



Journal Homepage: - www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/13228

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/13228>



RESEARCH ARTICLE

A BLUE PHLEBITIS REVEALING AN UNRECOGNIZED SNAKE BITE: A CASE REPORT

Dr. Sediki Soukaina¹, Pr. Ilham Tadmori¹, Pr. Said Belmkadem², Pr. Adnane Berdai², Pr. Moustapha Harandou² and Pr. Moustapha Hida¹

1. Service De Pédiatrie Du CHU Hassan II de Fès, Maroc.
2. Service De Réanimation Mère-Enfant Du CHU Hassan II de Fès, Maroc.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 05 June 2021

Final Accepted: 09 July 2021

Published: August 2021

Key words:-

Blue Phlebitis, Compartment Syndrome, Snake Bite, Anti Venom Serum

Abstract

Viperine envenomation is a medical and surgical emergency. The clinical symptomatology is polymorphic depending on the degree of envenomation as well as the early treatment. The most formidable systemic haematological complications can involve the patient's vital and functional prognosis. We report a case of blue phlebitis in an eleven-year-old child revealing an unrecognized snake bite after carrying out radiological investigations.

Copy Right, IJAR, 2021,. All rights reserved.

Introduction:-

La phlébite bleue ; ou phlegmatia coerulea dolens ; est une forme grave de thrombose veineuse profonde ;fréquente chez l'adulte mais rare chez l'enfant.Elle associe une thrombose veineuse profonde proximale à une ischémie artérielle. Elle est de mauvais pronostic en raison du risque de gangrène et de décès [1].Elle touche les membres inférieurs dans 95.4% des cas et elle est bilatérale dans 6.2% des cas [2].Chez l'adulte ; les étiologies sont dominées par le contexte paranéoplasique et les principaux facteurs prédisposants sont : la grossesse, les thrombopénies induites par l'héparine, la chirurgie récente, le syndrome des anti-phospholipides et l'insuffisance cardiaque [3]. Chez l'enfant les facteurs de risque les plus fréquents rapportés sont les cathéters veineux, les malformations vasculaires de la veine cave, les néoplasies et les traumatismes ainsi que les causes infectieuses [4].Nous rapportons une observation illustrant le tableau clinique d'une phlébite bleue révélant une morsure de serpent méconnue chez un enfant.

Observation:-

Enfant de 11 ans, habitant la campagne, sans antécédents pathologiques notamment pas de chirurgie récente ou de pathologie inflammatoire chronique ou tumorale. Il est admis aux urgences pédiatriques pour une grosse jambe douloureuse évoluant sur 48 heures. L'enfant a été victime d'une chute de sa hauteur avec point d'impact au niveau du pied et la jambe droite. La chute a eu lieu en mois d'Aout et au moment du coucher du soleil. L'enfant a présenté une petite plaie de la face dorsale du pied droit avec des écorchures multiples au niveau de la même jambe avec des douleurs au niveau du membre inférieur droit et impotence fonctionnelle. Le tableau clinique s'est enrichi par l'augmentation du volume de la jambe avec installation d'un aspect bleuâtre de la peau et accentuation de la douleur, motivant la famille à consulter à H10 à l'hôpital provincial. Le diagnostic d'une thrombose veineuse profonde(TVP) a été suspecté sur les données de l'échodoppler vasculaire puis fut référé aux urgences pédiatriques de CHU Hassan II pour complément de prise en charge. À l'admission ; l'enfant était conscient avec un fébricule à 38°C, stable sur le plan hémodynamique avec une fréquence cardiaque FC à 90Bat/mn ; Tension artérielle à 110/70mmHg. L'examen cutané objective un œdème de la jambe droite s'étendant jusqu'au genou douloureux et sans signes

Corresponding Author:- Dr. Sediki Soukaina

Address:- Service De Pédiatrie Du CHU Hassan II de Fès, Maroc.

inflammatoire en regard, ne prenant pas le godet avec signe de HOMANS positif. La peau a un aspect bleuâtre avec allongement du temps de recoloration cutanée et chaude à la palpation. On note la présence des écorchures multiples avec une petite plaie de 2cm superficielle en voie de cicatrisation à la face dorsale du pied homolatéral avec des phlyctènes siégeant au niveau de la jambe droite (Figure1). La mobilisation active et passive du Membre Inférieur (MI) droit est très algique. Les poulx pédieux sont présents et symétriques. Par ailleurs le membre inférieur contre latéral est sans anomalie. On ne note pas de syndrome hémorragique extériorisé. L'examen pleuropulmonaire et cardiovasculaire sont sans particularité. Les autres articulations sont libres. Sur le plan paraclinique, le patient a bénéficié d'une radiographie standard du MI droit n'objectivant pas de fracture. L'échodoppler veineuse et artérielle du MI réalisée au niveau du centre hospitalier provincial revenant en faveur d'une TVP de la veine fémorale étendue à la veine poplitée ; refaite au CHU revenant normale. Le bilan biologique a révélé à l'hémogramme une anémie avec Hb à 8.8g/dl, les GB à 15100é/lts/ml, PNN à 9000é/lts/ml et lymphocytes à 2000é/lts/ml; une thrombopénie à 29000é/lts/ml sans agrégats plaquettaires sur frottis. Le taux de prothrombine à 40% avec TCA allongé. Le bilan hépatique est revenu normal. La CRP était à 29mg/l. On a noté une insuffisance rénale d'allure fonctionnelle (urée à 0.41g/l et créatinine à 7mg/l). LaCPK à 1656U/l et CPK Mb à 424U/l. L'évolution dans les 24 heures qui suivent

l'hospitalisation a été marquée par l'installation des signes de choc hypovolémique avec une tachycardie à 160Bat/min et allongement de temps de recoloration cutanée et l'extension de l'œdème au pli de l'aîne homolatéral (figures 2 et 3) ainsi que les troubles trophiques et l'accentuation de la douleur cotée à 8 selon l'échelle visuelle analgésique. Le diagnostic de la phlébite bleue a été éliminé en réalisant une échodoppler du MI montrant la perméabilité des axes vasculaires du MI (figure 4).Devant ce tableau réalisant l'aspect d'un syndrome de loge, une discussion avec les réanimateurs pédiatriques et les chirurgiens infantiles a été menée évoquant le diagnostic d'une morsure de serpent méconnue en se basant sur l'histoire de l'évènement ; l'horaire et période de survenue de l'incident (Aout et au coucher de soleil) ;ainsi que l'évolution de tableau clinique et l'installation de CIVD sur le plan clinique et biologique. Une échographie trans-thoracique a été réalisée objectivant des signes de choc hypovolémique. Sur le plan thérapeutique, l'enfant a bénéficié d'un remplissage vasculaire par du sérum salé 0,9% et l'immunothérapie antivenimeuse« Inoserp »a été administrée. En plus de la mise sous protection gastrique, antalgique deuxième palier associé à l'injection du sérum anti tétanique et une antibiothérapie à base d'Amoxicilline protégée afin d'éviter la surinfection des lésions cutanées. L'évolution clinique et biologique était spectaculaire au bout de 48 heures de l'administration de l'immunothérapie antivenimeuse. Sur le plan clinique ;le patient est devenu stable sur le plan hémodynamique et respiratoire ; avec une FC à 87Bat/min, TA à 110/60, diurèse conservée à 2ml/kg /h, nette régression de l'œdème, de la douleur et des troubles trophiques. Sur le plan biologique la NFS : Hb à 10.5g/dl ; GB à 10650é/lts/ml et PNN à 5000é/lts/ml ; PLQ à 100 000é/lts/ml puis normalisation à 280000é/lts/ml ; ainsi que la normalisation du bilan rénal, du TP/TCA et des CPK. C'est ainsi que le diagnostic d'envenimation vipérine a été retenu et la déclaration du cas a été faite comme telle. La sortie de l'hôpital était après une semaine d'hospitalisation aux urgences pédiatriques et en réanimation.



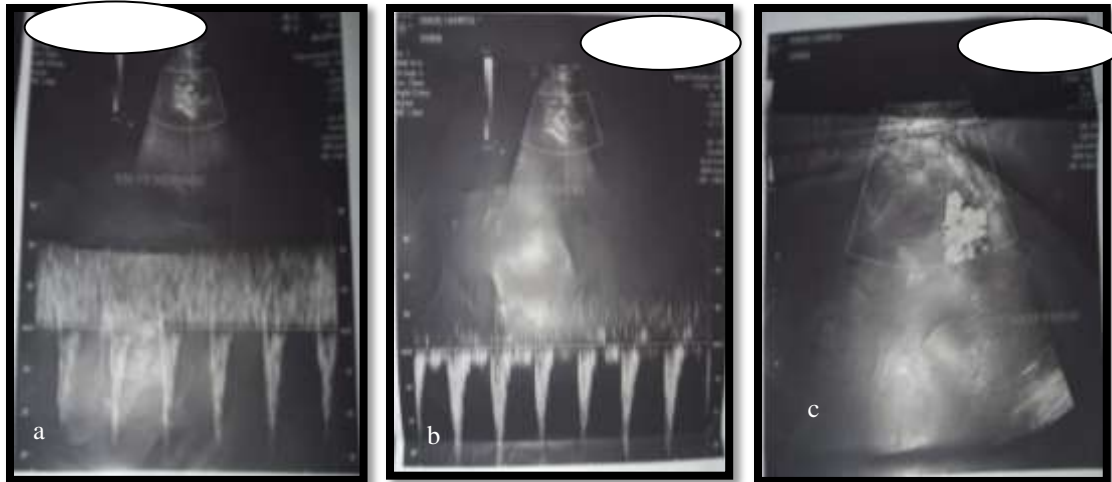
Figure1:- Œdème dur de la jambe droite avec des écorchures en regard de la malléole interne et quelques phlyctènes à la face dorsale du même pied décrivant un syndrome de loge.



Figure 2:- Extension de l'œdème à la cuisse homolatérale avec apparition des ecchymoses spontanées.



Figure. 3:- Diffusion de l'œdème au delà du pli inguinal homolatéral avec apparition d'ecchymoses en sus inguinal droit.



Figures 4:- Des images de l'échodoppler (a ;b ;c) du paquet vasculaire du MI atteint objectivant la perméabilité de l'ensemble du paquet vasculaire du membre.

Discussion:-

La morbidité et la mortalité des morsures par serpents varient selon les pays. En France, la mortalité est de 2–5 cas/an [5], contre 10 000 cas/an en Inde. Au Maroc, les données épidémiologiques sont connues de manière fragmentaire du fait de l'absence de leur recueil. Les morsures de serpent entraînent des tableaux cliniques très variés en fonction des serpents en cause et de la gravité de l'envenimation [6,7]. Schématiquement ; on distingue les envenimations par venins neurotoxiques (cobridés, élapidés) entraînant des paralysies extensives, et par venins hémotoxiques (crotalidés, vipéridés) responsables de troubles de la perméabilité capillaire et de troubles de la coagulation. Les symptômes cardinaux des envenimations par serpents à venins hémotoxiques sont des traces de crocs, une douleur, un œdème et un érythème du site de la morsure et des tissus adjacents. Il peut y avoir une, deux ou plusieurs traces de crocs, selon la précision et le nombre de coups portés. Un aspect de griffure superficielle est parfois rencontré, qui n'aboutit pas à une envenimation car le venin n'est pas injecté dans ce type de lésion. La douleur est modérée à sévère, dans environ 90 pour cent des cas. Elle est décrite comme une brûlure aigue et apparaît dans les cinq minutes qui suivent la morsure. Si elle n'apparaît pas dans un délai d'une heure, l'envenimation est peu probable. L'œdème et l'érythème sont caractéristiques de l'envenimation et se développent dans les trente minutes. L'œdème peut progresser pendant 24 à 48 heures, parfois plus, pour atteindre tout le membre mordu même le tronc et le membre controlatéral. Si l'œdème et l'érythème n'apparaissent pas dans un délai de 4 heures après la morsure, l'envenimation est peu probable. Une progression de l'œdème et de la douleur évoquant une lymphangite avec cordon induré et adénopathie régionale est possible même en cas d'envenimation minime. La constatation d'une petite nécrose cutanée au niveau de la morsure est classique. Un syndrome de loge par œdème sous-aponévrotique est parfois observé, et peut aboutir à une nécrose des parties molles par arrêt des flux sanguins [7,8]. Ce qui est observé chez notre patient d'où le diagnostic de morsure de serpent.

Les complications locorégionales au niveau de la zone atteinte est la résultante de l'action des enzymes ; qui sont des protéines à multiples actions possédant des propriétés catalytiques et jouant un rôle complexe dans les troubles de la coagulation (nécrosantes ; pro coagulantes ; fibrinolytiques et anticoagulantes) mais aussi dans la diffusion du venin et l'effet des pratiques traditionnelles (scarification ; aspiration ; garrot) favorisant ainsi l'anoxie tissulaire [9]. Les complications systémiques sont souvent secondaires aux toxines libérées dans le venin ; qui se fixent sur des récepteurs spécifiques ; le plus souvent membranaires. Pourvus de tropisme de nature multiples à savoir : les cytotoxines et les cardiotoxines, les neurotoxines, les myotoxines et les désintégrines qui inhibent l'agrégation plaquettaire. Leur toxicité est dose-dépendante [9].

Toutes ces perturbations clinico-biologiques sont influencées par plusieurs facteurs : La toxicité du venin et la quantité inoculée par le serpent en sont les éléments essentiels. Le délai de prise en charge a également de grandes conséquences. Tout retard est source de complications et réduit l'efficacité du traitement dans des proportions difficiles à évaluer [10].

La prise en charge thérapeutique comporte deux volets : un traitement symptomatique, l'utilisation de l'héparinothérapie est indispensable chez les patients alités. L'antibiothérapie doit couvrir les bacilles gram négatifs et positifs particulièrement les anaérobies et un traitement spécifique à base de la sérothérapie [11, 12]. Malgré la prise en charge codifiée de ce type d'envenimation dans notre pays ; le cout élevé et l'approvisionnement en sérums antivenimeux restent problématiques et difficiles ; pouvant compromettre les efforts du gouvernement à faire face à ce problème de santé publique ; ainsi que l'efficacité thérapeutique.

Conclusion:-

La grande fréquence des diagnostics différentiels d'une thrombose veineuse profonde unilatérale du membre inférieur ; peut masquer des étiologies graves pouvant engager le pronostic vital immédiat ; comme c'est le cas de notre patient d'où l'intérêt d'un examen clinique minutieux couplé à une échodoppler du membre inférieur devant toute incertitude clinique.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références:-

- [1]-**Hartung O ; Alimi YS; Barthélémy P; Juhan C .La phlegmasiacaeruleadolens**: aspects diagnostiques et thérapeutiques .Sang Thrombose vaiss 2002 ;14 :232-9.
- [2]-**Perkins JMT; Magee TR; Galland RB**. Phlegmasiacaeruleadolens and venous gangrene.Br J Surg 1996; 83:19-23.
- [3]-**Khan IR; Reeves JG; Riesenman PJ; Kasirajan K** .Simultaneous arterial and venous ultrasound assisted thrombolysis for phlegmasia caerulea dolens. Ann VascSurg2011;25:696[e7-10].
- [4]-**D. Periard E. Haesler N. Ducrey N. von der Weid L. Mazzolai**;la thrombose veineuse profonde chez l'adolescent ; Rev Med Suisse 2006; volume 2. 31028
- [5]-**Sorkine M** .Les morsures de serpents en France : aspects cliniques, biologiques et thérapeutiques. Tunis: Société de réanimation de langue française, perspectives en réanimation; 1996.
- [6] **BEDOCK B., BLANC P.L., LASSONERY-JAY S**. Morsure de vipères en France. Prise en charge, traitement des formes graves. In : Réanimation et Médecine d'Urgence, Expansion Scientifique Française, Paris, 1989, 8-24.
- [7]- **GOLD B.S., BARISH R.A**. Venomous snakebites. Current concepts in diagnosis, treatment, and management. Emerg. Med. Clin. North Am., 1992, 10, 249-267.
- [8]-**DOWNEY D.J., OMER G.E., MONEIM M.S**. New Mexico rattlesnake bites: demographic review and guidelines for treatment. J. Trauma, 1991, 31, 1380-1386.
- [9]-**Mion G ; Olive F ; Hernandez E et al**.Action des venins sur la coagulation sanguine : diagnostic des syndromes hémorragiques.Bull soc patholExot 2002 ; 95 :132 -8.
- [10]-**Mion G, Olive F, Giraud D, Lambert E, Descraques D, Garabé E, Goyffon M**. Surveillance clinique et biologique des patients envenimés. Bull Soc PatholExot. 2002; 95(3):139-143. Pub Med | Google Scholar].
- [11]-**Wildi SM, Gämperli A, Beer G, Kurt M**. Severe enveniming by a Gaboon viper. Swiss Med Wkly 2001;131:54-5.].
- [12]-**Blaylock RS**.Antibiotic use and infection in snake bite victims. S Afr Med J 1999;89:874-6.].