

|  |
|--|
| <p><b>ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE, MULTICENTRIQUE, PROSPECTIVE DES ENVENIMENTS PAR LA<br/>SCOLOPENDRE AUX ANTILLES : FICHE DE RECUEIL DE PATIENT</b></p> |
|--|

**(A l'attention des urgentistes, de la régulation médicale au SAMU ou des médecins généralistes)**

- ❖ La morsure de scolopendre représente la première cause d'intoxication animale aux Antilles, avec une centaine de cas observés annuellement aux urgences des hôpitaux publics de Guadeloupe. Il y a peu de séries décrites dans la littérature, qui ne correspondent pas toujours aux espèces présentes aux Antilles et peu de connaissances sur la toxicité du venin de scolopendre. Les symptômes les plus décrits sont une douleur intense, un érythème, un œdème. Une apparition parfois de pustules et d'une nécrose cutanée a été rapportée. Dans de rares cas, des ganglions lymphatiques gonflés, une paresthésie, des surinfections bactériennes, des maux de tête, des palpitations, des nausées et vomissements et des démangeaisons ont été décrits. Enfin, des manifestations systémiques parfois sévères ont été décrites telles que vision perturbée, perte de conscience, fièvre, dyspnée, hypotension, bradycardie, ischémie coronaire, infarctus du myocarde, rhabdomyolyse, insuffisance rénale aiguë et troubles de la coagulation. Enfin, deux cas de décès potentiellement dû à un choc anaphylactique ont été signalés en 2016 dans la presse locale mais l'imputabilité n'a pu être établie.
- ❖ La prise en charge décrite dans la littérature est souvent empirique, en fonction des signes et symptômes observés. Ceux-ci peuvent dépendre notamment de la taille et de l'espèce de scolopendre impliquée ou des caractéristiques des patients.
- ❖ Aussi, nous vous proposons de participer à une étude épidémiologique prospective des envenimations par les scolopendres aux Antilles en remplissant la fiche de recueil ci-après. Cette étude, effectuée dans le cadre d'une thèse d'exercice en médecine, permettra de mieux connaître l'incidence, les caractéristiques cliniques des envenimations, leur prise en charge, et les éventuelles complications notamment infectieuses qui pourraient survenir. Merci de l'intérêt que vous porterez à ce travail.

Si vous disposez d'une photographie de la scolopendre ramenée par les patients (les espèces peuvent être identifiées par une photo) ou si la symptomatologie de la plaie présente une particularité et que vous pouvez la photographier, vous pouvez l'envoyer par mail à l'adresse : [scolopendre2017@gmail.com](mailto:scolopendre2017@gmail.com)

## 1. Patient

| Information patient                                   |
|---|
| Age: _____  |
| Nom (deux premières lettres du nom uniquement): _____ |
| Sexe: _____   |
| Numéro de téléphone: _____                            |

## Antécédents médicaux notables (HTA, diabète, terrain allergique, VIH, greffe...)




---

---

---

## 2. Morsure

- Date et heure de la morsure : le \_/\_/\_ à \_h\_
- Lieu de la morsure : ☐ Extérieur maison ☐ Intérieur maison
- Taille de la scolopendre (si le patient l'a vu):

|  |   |
|--|---|
|   | <input type="checkbox"/> Inférieur à 5 cm |
|   | <input type="checkbox"/> Entre 5 et 10 cm |
|  | <input type="checkbox"/> Plus de 10 cm    |

- Espèce en cause (si le patient l'a vu, d'après photographie des espèces transmise)
  - ☐ *Scolopendra morsitans*
  - ☐ *Scolopendra alternans*,
  - ☐ *Scolopendra crudelis*
  - ☐ *Scolopendra subspinipes*.

**2. Date et heure de prise en charge :** le \_/\_/\_ à \_h\_

**Code postal du lieu de la morsure :** \_\_\_\_\_

**De quand date la morsure ?**

☐ Moins de 1 heure   ☐ Entre 1h et 3h   ☐ Entre 3 et 6h   ☐ Entre 6 et 12 h   ☐ Entre 12 et 24 h

Si supérieur à 24h, précisez : \_\_\_\_\_

**Siège de la/les morsures :**

☐ Pied   ☐ Jambes   ☐ Main   ☐ Bras   ☐ Tronc   ☐ Cou   ☐ Tête

**Signes cliniques :** ☐ oui   ☐ non

|                                      |   |                   |
|--------------------------------------|---|-------------------|
| Effraction cutanée (morsure) visible | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |                   |
| Œdème cutané local                   | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |                   |
| Erythème                             | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |                   |
| Douleur                              | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Score EVA : _____ |
| Prurit                               | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |                   |
| Malaise                              | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |                   |
| Nausées                              | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |                   |
| Ecoulement/Suppuration               | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |                   |
| Phlegmon                             | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |                   |

Autres signes cliniques : \_\_\_\_\_

## Examens

### Constantes biologiques du patient

|                              |  |
|------------------------------|--|
| Tension artérielle (PAS/PAD) |  |
| Température                  |  |
| Fréquence cardiaque          |  |

**Des examens spécifiques (ECG...) ou un bilan biologique (notamment CPK créatinémie, troponine..) ont-ils été effectués ?**

☐ oui   ☐ non

Si oui, précisez les résultats:

---

---

---

**S'agit-il d'une surinfection bactérienne ? ☐ oui ☐ non**

Si oui, précisez si une antibiothérapie avait été effectuée et si des médicaments avaient été prescrits

---

---

---

#### **4. Prise en charge immédiate**

|                                  |                              |                              |                   |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------|
| Désinfection par un antiseptique | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |                   |
| Immersion dans de l'eau chaude   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Score EVA : _____ |
| Immersion dans de l'eau froide   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Score EVA : _____ |
| Alternance eau chaude/froide     | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Score EVA : _____ |
| Prise en charge médicamenteuse   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |                   |

Si prise en charge médicamenteuse, précisez :

***Antalgiques*** ☐ oui ☐ non

Si oui, précisez (paracétamol, tramadol, morphine...)

---

---

***Corticoïdes*** ☐ oui ☐ non

Si oui, précisez

---

---

***Antihistaminiques*** ☐ oui ☐ non

Si oui, précisez

---

---

***Antibiotiques*** ☐ oui ☐ non

Si oui, précisez

---

---

*Autres médicaments dispensés*

☐ oui   ☐ non

Si oui, précisez

---

---

## 5. Traitements de sortie

Précisez l'ordonnance de sortie :

---

---

## 6. Champ libre pour toute observation utile

### ANNEXE 3 : FORMULAIRE DE SUIVI DES PATIENTS

#### (Rappel téléphonique effectué par le coordinateur ou les co-investigateurs)

☐ Rappel téléphonique à 15 jours      ☐ Rappel téléphonique à 30 jours

Suite à votre consultation aux urgences/prise en charge SAMU/médecin généraliste concernant la morsure de scolopendre :

- Avez-vous toujours mal : ☐ Oui   ☐ Non
- Avez-vous l'un des signes cliniques suivants :

Gonflement au niveau de la morsure      ☐ oui   ☐ non

Rougeur au niveau de la morsure      ☐ oui   ☐ non

Fièvre      ☐ oui   ☐ non

#### Autres signes cliniques

---

---

---

---

---

---

- Avez-vous dû reconsulter un médecin : ☐ oui   ☐ non

Si oui :

☐ Aux urgences   ☐ Chez un généraliste

Combien de temps après la première consultation :

☐ Moins de 2 jours   ☐ 2 à 5 jours   ☐ 5 à 15 jours   ☐ 15 à 30 jours

- Si oui, vous a-t-il prescrit des médicaments ? ☐ oui   ☐ non

Pourriez-vous nous dire quels sont ces médicaments ?

---

---

---

---

---

---