



**Club de Pathologie Médico-Légale
Carrefour Pathologie
Palais des Congrès, Paris
Jeudi 5 novembre 2016, 16h-17h45
Modérateurs : Caroline Rambaud, François Paraf**

Les lames virtuelles des cas présentés sont accessibles sur le site de la Société Française de Pathologie, espace multimédia, rubrique clubs, ou directement sur le site teleslide.fr à l'adresse :

http://www.teleslide.fr/web/forum3/pu_subjects.php?ForumId=506&SubjectId=0&QueryStart=0&QueryLimit=10&SectorId=4

Cas n°1

Une entorse qui tourne mal

Savary Caroline (1,2), Ducancelle Alexandra (3), Monteiro Rodrigues Antonio (4), Rougé-Maillart Clotilde (2), Rousselet Marie-Christine (1), Triau Stéphane (1,2)

(1) Département de pathologie cellulaire et tissulaire, (2) service de médecine légale, (3) unité de virologie, (4) SAMU 49, CHU, Angers.

Une jeune fille de 15 ans consultait son médecin traitant pour une entorse du poignet survenue la veille. Outre une douleur au poignet, l'examen clinique montrait une fièvre modérée. Le médecin prescrivait du paracétamol. Le lendemain, l'état clinique se dégradait sur 12 heures avec survenue de douleurs abdominales, de selles liquides et d'une hypothermie à 35,5°C. Le médecin traitant recommandait de poursuivre le paracétamol. L'état général s'altérait encore avec une majoration des douleurs abdominales devenant intenses et l'apparition de douleurs des membres inférieurs. Le père appelait alors le centre 15. A l'arrivée des secours, la patiente présentait un arrêt cardio-respiratoire. L'autopsie montrait un volumineux épanchement péricardique citrin avec un cœur macroscopiquement normal et un abdomen sans particularité. On apprenait que l'oncle paternel était atteint d'un syndrome de Brugada et que la mère présentait un syndrome grippal.

Diagnostic : décès par tamponnade sur myopéricardite aiguë au cours d'une infection grippale myopéricardite aiguë

Commentaires : le virus Influenza A(H3N2) a été identifié chez cette jeune fille uniquement sur des écouvillons naso-pharyngés et pas au niveau cardiaque (liquide péricardique, myocarde). La myocardite étant une complication non exceptionnelle de la grippe et en présence d'un contage prouvé, il a été retenu le diagnostic de myopéricardite aiguë au cours d'une infection grippale, compliquée de tamponnade. La souche identifiée était une souche saisonnière classiquement retrouvée au cours de l'hiver 2014-2015 (55% des souches identifiées) et pour laquelle la protection vaccinale était incomplète.

La grippe saisonnière est chaque année responsable de décès, il est donc important d'y penser en période d'endémie, y compris chez le sujet jeune et d'effectuer à titre systématique des prélèvements adaptés.

Cas n°2

La neuropathologie peut-elle lire dans les pensées ?

Delteil Clémence (1), Maues Da Paula André (2), Piercecchi-Marti Marie-Dominique (1).

(1) Service de médecine légale, (2) Service d'anatomie pathologique et de neuropathologie, CHU La Timone, Marseille

Dans le cas de décès suite à un état d'agitation aigüe, l'examen neuropathologique est souvent peu contributif. Cependant dans quelques cas, cet examen peut s'avérer très pertinent dans la compréhension de ce type de comportement, notamment par la découverte d'une pathologie constitutionnelle ou acquise pouvant être à l'origine ou favoriser cet état.

Un homme de 37 ans, a priori sans antécédent, présentait des troubles du comportement d'apparition rapidement progressive (agitation, angoisse, absence de réactivité aux stimuli externes, propos incohérents : séquences répétitives et continues de couleurs et de numéros) associés à une auto-agressivité extrême ayant conduit à son décès sur la voie publique. Les analyses toxicologiques ont mis en évidence la présence de marqueurs du cannabis dans le sang, le liquide gastrique et les cheveux. L'examen neuropathologique a révélé une lésion constitutionnelle rare épileptogène dont la localisation spécifique peut expliquer en grande partie les symptômes du patient.

Diagnostic : dysplasie corticale focale

Commentaires : une dysplasie corticale focale de type IIa au niveau du lobe temporal et occipital ainsi que des lésions diffuses d'anoxo-ischémie ont été observées lors de l'examen neuropathologique. Ces lésions sont connues pour être à l'origine d'épilepsie partielle simple ou complexe. Dans ce cas, leurs localisations peuvent être à l'origine de crise d'épilepsie avec signes neuro-psychiatriques : épilepsie temporale avec hallucinations auditives plus ou moins complexes, troubles de la mémoire, signes végétatifs, automatismes et épilepsie occipitale avec hallucinations visuelles élémentaires.

Dans le cas présenté, la présence d'une intoxication aiguë au cannabis pourrait également expliquer au moins en partie cette agitation. Et ce d'autant plus que le patient présentait des facteurs prédictifs de survenue d'une complication psychiatrique suite à la consommation de cannabis tels que : un ratio THC/cannabidiol bas, une possible ingestion orale, un taux de THC très supérieur à la norme et un terrain débilisé avec cette dysplasie corticale focale.

Il s'agit au total d'un décès des suites d'une hémorragie externe secondaire à des lésions auto-infligées dans le cadre d'un état d'agitation aiguë avec hallucinations auditives et visuelles associées à un état de terreur extrême. Cet état peut être expliqué par des crises d'épilepsies dites "effrayantes" secondaires à une dysplasie corticale focale de type IIa. Mais le rôle du cannabis avec ce chimiotype particulier est probablement non négligeable.

Cas n°3

Un larynx très oedémateux...

Le Gall François (1), Cauchois Aurélie (1), Bouvet Renaud (2)

(1) Service d'anatomie pathologique, (2) Service de médecine légale, CHU Pontchaillou, Rennes

Homme de 33 ans, asthmatique et toxicomane, découvert par les services de secours au domicile d'un ami. Il se serait rendu chez cet ami dans l'après-midi et aurait été décrit comme essoufflé, ayant le « visage bleu ». Décès rapide malgré les gestes de réanimation. Constatations médico-légales autopsiques : poumons congestifs et œdémateux, avec spume à la pression, œdème majeur de l'épiglotte et des cordes vocales, absence de lésion hémorragique ou de fracture des cornes thyroïdes ou de l'os hyoïde.

Diagnostic : laryngite aiguë allergique

Commentaires : la laryngite aiguë est une inflammation de durée habituellement courte chez un patient par ailleurs en bonne santé. Elle se manifeste par un tableau douloureux et une dyspnée inspiratoire, avec présence d'un érythème à la laryngoscopie. Elle peut être d'origine infectieuse ou allergique.

La laryngite virale concerne surtout l'enfant de moins de 6 mois et s'associe à d'autres symptômes respiratoires (toux, rhinorrhée...). En laryngoscopie, on constate un érythème des cordes vocales. Un éventuel examen anatomo-pathologique montrerait œdème, dilatation vasculaire et stase vasculaire avec présence d'un infiltrat lymphocytaire, sans polynucléaires. La laryngite bactérienne survient surtout chez l'enfant mais est possible chez l'adulte. Elle est surtout due à l'*Haemophilus influenzae*. Le tabac, le reflux, les infections ORL sont des facteurs prédisposants. La fièvre est élevée. A la laryngoscopie, on observe des lésions ulcérées, intéressant la margelle, surtout l'épiglotte. L'évolution se fait habituellement en 1 à 7 jours. L'examen macroscopique montre une épiglotte rouge-cerise, œdémateuse, augmentée de volume, mal limitée. L'examen microscopique montre une lésion ulcérée avec de nombreux neutrophiles.

La laryngite atopique peut cliniquement être associée à un œdème angio-neurotique, une dyspnée voire un choc anaphylactique. Il faut y penser devant tout épisode laryngé brutal sans étiologie évidente. Plusieurs examens biologiques peuvent être contributifs et peuvent être pratiqués en post-mortem : dosage de tryptase, IgE, sérotonine. L'examen microscopique montre l'absence d'ulcération, un œdème très marqué, la présence d'éosinophiles et de mastocytes. On peut éventuellement s'aider d'un marquage CD117. Il n'existe cependant pas de tableau histologique vraiment pathognomonique.

Une cause traumatique, voire criminelle, peut être discutée dans certains cas, en particulier chez l'enfant.

Cas n°4

Décès brutal inexpliqué d'origine cardiaque

Casteillo François (1), Mobarki Mousa (1), Forest Fabien (1), Duband Sébastien (2), Paysant François (3), Péoc'h Michel (1).

(1) Service d'anatomie pathologique, (2) Service de médecine légale, CHU de Saint-Etienne, Hôpital Nord, Saint-Etienne, (3) Service de médecine légale, CHU de Grenoble, La Tronche.

Homme de 39 ans, sans antécédent notable, décédé brutalement à son domicile à la suite d'un malaise, malgré l'intervention du SAMU. Cet homme présentait depuis quelques jours des douleurs thoraciques attribuées à des troubles musculo-squelettiques. L'autopsie mettait en évidence une cardiomégalie associée à la présence de zones blanchâtres confluentes occupant une grande partie du myocarde au niveau du ventricule gauche et du septum inter-ventriculaire. Aucune lésion athéromateuse sténosante n'était observée.

Diagnostic : sarcoïdose

Commentaires : la sarcoïdose, pathologie systémique dont la physiopathologie n'est que partiellement connue, est associée à une mortalité d'environ 5 %. Malgré leur rareté, les cas de mort subite peuvent survenir, et sont principalement attribuables à une atteinte cardiaque. Si l'imputabilité du décès à cette pathologie peut parfois être évidente, elle est dans d'autres cas plus difficile à établir. Les deux cas rapportés illustrent ces deux situations ; le premier, un homme de 39 ans, montre une atteinte cardiaque massive ayant entraîné la mort par trouble du rythme ou de la conduction, ou insuffisance cardiaque aiguë. Pour le deuxième cas, une femme de 62 ans décédée à la suite d'un malaise associé à des vomissements et diarrhées, l'hypothèse évoquée était celle d'une hypercalcémie secondaire à une sarcoïdose méconnue, décompensée par la déshydratation, ayant entraîné un trouble du rythme cardiaque létal.

Cas n°5

Les champignons de la momie

Paraf François (1, 2), Moreau Fanny (1), Coutaz-Fluck Caroline (1), Charrault Sylvine (1), Eberhard Maxime (1), El Balkhi Souleiman (3), Gaulier Jean-Michel (3), Saint-Marcoux Franck (3)

(1) Service de médecine légale, (2) Service d'anatomie pathologique, (3) Service de pharmacologie et toxicologie, CHU Dupuytren, Limoges.

Femme de 39 ans dont le corps sans vie a été découvert à son domicile fermé de l'intérieur. Traitement connu par Lamictal®, Norset®, Xanax®, Mepronizine®, Skénan®, Actiskénan®. L'autopsie montrait un corps desséché et momifié, de couleur ocre, dont les orifices naturels étaient colonisés par de nombreux asticots blancs. Les organes internes étaient putréfiés. Ces résultats et les données de l'enquête étaient compatibles avec un délai post-mortem d'environ 2 mois. L'expertise toxicologique montrait la prise d'alcool et de psychotropes à dose supra-thérapeutique avant le décès.

Diagnostic : aspergillose et mucormycose pulmonaires accompagnées d'une intoxication à la pholcodine.

Commentaires : Outre la prise d'éthanol, l'expertise toxicologique montrait une prise de fluoxétine (Prozac®) à dose supra-thérapeutique et une prise de pholcodine à dose potentiellement létale. L'examen microscopique confirmait la putréfaction et montrait la présence dans les poumons de filaments de type *Aspergillus* et *Mucorales*. Les aspergilloses invasives et les mucormycoses surviennent souvent chez des sujets immunodéprimés. Le diagnostic est difficile et reste essentiellement morphologique par la mise en évidence des filaments et de leur caractère invasif. Le pronostic est grave avec une mortalité supérieure à 50%. Le mécanisme du décès est ici vraisemblablement double, en rapport avec une aspergillose et une mucormycose pulmonaire responsables d'une toux motivant la prise excessive de sirops antitussifs contenant de la pholcodine. La pholcodine est un composé synthétisé à partir de l'opium contenu dans de nombreux sirops antitussifs (Biocalyptol®, Denoral®, Hexapneumine®, Respilène®, Rhinathiol® ...) et dont le surdosage peut entraîner des vomissements, une somnolence, une dépression respiratoire et le décès.