



**Club de pathologie Médico-Légale**  
**Carrefour Pathologie**  
**Lundi 21 novembre 2011, 18 h, Maison de la chimie, Paris**  
**Modérateur : François Paraf**

François Paraf annonce que le Club de pathologie Médico-Légale a été reconnu en 2011 par la Société Française de Médecine Légale, qui a accepté de le prendre sous son égide. Il rappelle que c'est déjà le cas auprès de la Société Française de Pathologie, depuis la création du Club en 1992, comme pour tous les autres clubs de spécialités en anatomie pathologique. Cette reconnaissance devrait permettre au Club de de pathologie Médico-Légale de pouvoir participer en tant que tel aux congrès francophones de médecine légale, et de servir en tant que structure d'interface entre la médecine légale et l'anatomie pathologique.

L'ensemble des participants présents souhaite que le Club de pathologie Médico-Légale poursuive sa participation à Carrefour Pathologie et développe sa présence dans les activités organisées par la Société Française de Médecine Légale.

Malgré l'absence involontaire de la responsable du Club Caroline Rambaud qui avait prévu une intervention, 3 cas ont été présentés et discutés.

**Cas n°1 Décès par hémorragie de la délivrance**

François LE GALL, Nisrine CHOUKEIR, Renaud BOUVET

Service d'anatomie pathologique et service de médecine légale, CHU, Rennes

Femme de 36 ans. Décès du post-partum. 2<sup>e</sup> geste (antécédent de césarienne pour circulaire du cordon en 2007). Placenta recouvrant. Césarienne à 37 semaines d'aménorrhée. Dyspnée et collapsus lors de la délivrance, avec hémorragie et effondrement du taux de prothrombine. Arrêt cardiaque malgré une hystérectomie d'hémostase.

Lame soumise : tissu pulmonaire

Examen des poumons : absence de thrombose macroscopique. A l'examen microscopique : asphyxie œdémateuse, présence de rares squames et structures pileuses dans les artérioles et capillaires.

Diagnostic : **embolie amniotique.**

Commentaires : pathologie rare mais gravissime, due au passage de liquide amniotique dans la circulation maternelle. Diagnostic par mise en évidence dans la micro-circulation pulmonaire de débris fœtaux (nécessité de prélèvements multiples) mais également de mégacaryocytes.

Aides diagnostiques : examen en polarisation, coloration du méconium par le bleu alcian, recherche des squames par immunomarquage anti-cytokératine.

Piège diagnostique : ne pas confondre les squames intra-vasculaires et les cellules endothéliales desquamées.

## Cas n°2 Asphyxie mécanique lors d'un enfouissement criminel

Thierry LEFRANCO

Centre de Pathologie, Nevers

Anamnèse : garçon de 4 ans ½, retrouvé enterré nu, en bordure de rivière, 8 heures après une disparition inexpliquée.

Examen externe : aspect turgescence de la face et cyanose ; pétéchies cutanées, palpébrales et hémorragies de la sclère oculaire ; écoulement mousseux teinté, « champignon » des narines ; égratignures linéaires et empreintes punctiformes sur le front et les tempes ; traces de violences sexuelles de caractère vital ; absence de marque cutanée cervicale.

Examen interne : ecchymose de la partie basse du muscle sterno-cléido-mastoïdien droit ; pétéchies épicroâniennes et du scalp ; inhalation de liquide et de particules terreuses (limon ?) dans la trachée et les grosses bronches ; poumons de poids normal, sans empreinte costale, sans surcharge liquidienne, crissant à la coupe ; contenu gastrique non dilué.

Bilan toxicologique : négatif. Dosage du strontium : 43 mg/ml (sang) ; 48-53 mg/ml (eau de rivière).

Diatomées : 33 (poumon) et 1 (cœur) : pas de conclusion possible sur l'éventualité d'une noyade par inhalation d'eau.

Lame soumise : tissu pulmonaire

Examen microscopique : distension alvéolaire et dépôts liquidien, réaction cellulaire, particules organiques végétales et minérales incolores ou brunâtres disséminées dans le réseau bronchique proximal et distal et dans les alvéoles.

**Diagnostic** : **inhalation pulmonaire massive vitale de limon ou de boue.**

Commentaires : causes possibles d'asphyxie mécanique dans un contexte clinique où une noyade est également suspectée.

## Cas n°3 Mort subite révélatrice d'une leucémie aigüe

François PARAF, Pauline SAINT-MARTIN, Jean-Michel GAULIER, Sophie MARTIN-DUPONT, Agnès PEYCLIT

Services de médecine légale, de toxicologie et d'anatomie pathologique, CHU Dupuytren, Limoges, et Service de médecine légale, CHU Trousseau, Tours.

Homme de 40 ans, officier de marine sud-américain en stage en France. Traitement anti-inflammatoire pour lombalgies qui a été arrêté pour intolérance cutanée. Trouvé mort dans sa chambre d'hôtel.

Autopsie : ecchymoses de l'abdomen, hémorragie méningée, hématome cérébelleux droit.

Lame soumise : os hyoïde

Examen microscopique : infiltration dense de la moelle hématopoïétique par des cellules de grande taille exprimant la myéloperoxydase et négatives pour CD15, CD34, CD79a, CD117, CD138, kappa, lambda.

**Diagnostic retenu** : **leucémie aigüe promyélocytaire (LAM 3 dans la classification FAB).**

Commentaires : prolifération de promyélocytes anormaux contenant des corps d'Auer se compliquant souvent d'un syndrome hémorragique, qui est une cause classique de décès dans ce type de leucémie. Le risque hémorragique et le risque de mort subite sont au maximum avant que le diagnostic ne soit établi et lors de la chimiothérapie d'induction. Ce cas souligne l'intérêt des prélèvements systématiques, ici l'os hyoïde, qui a permis de faire le diagnostic.