

Autopsie médico-légale

Dr MM SOUMAH

L'autopsie médico-légale, se pratique à la demande du magistrat (procureur ou juge d'instruction). La famille ne peut s'y opposer, le corps du défunt devenant - temporairement - une pièce à conviction mise à la disposition de la justice. Ses objectifs et ses spécificités sont en particulier:

- la détermination de la cause du décès;
- l'étude du délai post mortem ;
- le recueil éventuel des éléments d'identification du défunt;
- la découverte, l'identification et le prélèvement de microtraces utiles à l'enquête judiciaire et notamment à l'étude des indices permettant de remonter jusqu'à l'auteur éventuel des faits;
- le recueil de liquides biologiques en vue d'analyses toxicologiques ;
- l'interprétation de la relation d'imputabilité entre les faits qualifiés d'infraction (homicide volontaire ou involontaire, non assistance à personne en danger...) et les circonstances ayant précipité l'évolution vers le décès ;
- la distinction entre mort naturelle et mort violente (avec intervention d'une force ou d'un agent extérieur à la personne) ;
- l'établissement d'un rapport médico-légal' destiné au magistrat.

Systematique de l'examen du corps

- L'examen du corps se pratique dans des conditions idoines d'éclairage et de propreté du local, après l'éventuel premier examen sur place, dans le cadre de la levée de corps.
- Un corps ne s'examine plus dans une morgue de cimetière encombrée par le matériel du fossoyeur ni à la manière des phares du véhicule de police! Cette époque est dépassée depuis des lustres. L'utilisation d'un rayonnement UV est tout à fait recommandé (Polilight) et améliore le repérage de taches suspectes.

Précautions à adopter

- Indispensable d'utiliser deux paires de gants chirurgicaux.
- Se méfier des projections.

Aspects généraux du corps

- Tous éléments d'identification (diverses cicatrices, tatouages, déformations membres, amputations, empreintes digitales...)
- Les éléments thanatologiques (la température corporelle, l'hypostase, la rigidité cadavérique, ainsi que les divers signes nous orientant éventuellement vers le stade de décomposition atteint). Dans le même ordre d'idées, les éléments utiles de faune et flore sont prélevés en vue de la détermination du délai post mortem.

Examen des vêtements

- Examen soigneux des vêtements, d'abord in situ et ensuite après enlèvement de ceux-ci en salle d'autopsie. Nous pouvons y trouver diverses particules et/ou microtraces révélatrices (cheveux ou poils, sang, sperme, débris quelconques d'un instrument ayant pu être utilisé, particules de plâtre, traces de franchissement, traces d'accélération...).
- Les vêtements sont confiés ensuite au laboratoire de police technique et scientifique. Ils sont placés en sacs de papier pour le transport et ensuite séchés en local adéquat (préservation de l'ADN).

Extrémité céphalique.

- La palpation de la tête osseuse est indispensable, les lésions pouvant échapper à l'observation en raison de la pilosité. L'examen de la face impose l'observation des faces internes des paupières, des conjonctives (hémorragies, pétéchies...). La palpation du nez peut être révélatrice de fracture. L'examen soigneux des lèvres peut mettre en évidence des plaies de leur face muqueuse vestibulaire (blessée par écrasement sur les dents correspondantes). Des objets intrabuccaux peuvent être découverts également. La présence de mousse intrabuccale, peut orienter vers le diagnostic général d'œdème aigu pulmonaire (mort naturelle, submersion...).

Régions cervicales.

- Les abrasions en coup d'angle, les zones de constriction, les traces de liens sont évidemment extrêmement révélatrices de manoeuvres strangulatoires ou équivalentes.

Thorax.

- Les déformations thoraciques observées « à jour frisant» (ainsi qu'à la palpation délicate) sont révélatrices de manoeuvres d'écrasement, notamment en association avec des gestes strangulatoires, le genou de l'auteur comprimant le thorax pendant le resserrement cervical manuel ou au lien.
- Les manoeuvres de réanimation sont également souvent responsables de fractures costales et de lésions cutanées visibles (électrodes de défibrillation).

Périnée ano-génital.

- L'inspection du périnée s'avère indispensable avant toute mise en oeuvre des incisions d'autopsie. Les prélèvements ano-génitaux doivent être pratiqués initialement afin d'éviter la contamination.

Membres.

- Les membres supérieurs peuvent être le siège de zones pétéchiales et ecchymotiques correspondant à des manoeuvres de préhension (notamment au niveau des bras et avant-bras). Des signes de lutte, de défense, peuvent également y être observés. Pensons aux plaies au niveau des mains lors d'utilisation d'arme blanche (la victime tentant sans grande chance d'un quelconque succès, de saisir le couteau manipulé par l'auteur). Pensons aussi aux diverses ecchymoses parsemant les articulations métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes lors des échanges de coups.

Étude radiologique

- Celle-ci s'avère souvent précieuse et ses indications deviennent très larges. Elle doit être systématique lors du décès par arme à feu.
- L'étude radiologique doit également être appliquée en présence d'un corps non identifié ou d'un corps dont les téguments sont fort altérés (putréfaction, carbonisation...). L' on peut ainsi mettre en évidence outre des lésions récentes, du matériel prothétique, des déformations osseuses séquellaires.
- De même, l'étude radiologique complète s'impose chez le jeune enfant décédé ou face à une suspicion de maltraitance en général.

Grandes incisions

-
- Les grandes incisions aident à mettre en évidence des ecchymoses et/ou collections hématiques non visibles à l'examen externe. Elles compliquent cependant la restauration correcte du corps en vue de sa présentation à la famille après l'expertise médico-légale.
- Il est intéressant de remplacer cette technique par décollements cutanés complets par abord postérieur (incision de la base du crâne jusqu'au pli inter-fessier et prolongements postérieurs dans les quatre membres). Cette technique permet la fermeture du plan postérieur par une seule suture médiane.

Autopsie de la tête

- L'incision classique part derrière une oreille pour rejoindre l'oreille controlatérale, en passant au niveau du vertex, dans un plan parfaitement coronal.
- Les structures osseuses sont ouvertes à l'aide de la scie oscillante, selon un plan pratiquement horizontal. Le port du masque avec visière s'avère indispensable, la poussière d'os étant un élément potentiellement contaminant, notamment en cas d'hépatite B et C.
- La pachyméninge (ou dure-mère) est observée in situ. Après son incision et l'observation des espaces sous-duraux, l'encéphale est ôté en bloc, par section de la moelle épinière cervicale en profondeur et dissection de la tente du cervelet (par incision latérale le long des deux pyramides pétreuses).
- Après l'enlèvement de l'encéphale, la dure-mère basale est explorée et ôtée afin d'examiner valablement toute la table osseuse interne et d'y rechercher d'éventuels traits d'irradiations de fractures.

Autopsie cervico-tronculaire

- L'incision la plus habituelle pour l'anatomopathologiste est une incision en «Y». Le médecin légiste préférera l'incision mento-pubienne complète, abordant ainsi plus aisément les régions cervicales. Notons que l'incision en «U» jusqu'en région rétro-auriculaire est particulièrement aisée pour l'étude des téguments faciaux.
- Les tissus sont réclinés et clivés au niveau des fascias d'enveloppe, permettant ainsi une bonne observation des lésions des tissus sous-cutanés profonds et des plans musculaires superficiels.
- La technique d'ouverture thoracique classique se réalise par section très latérale et postérieure des arcs costaux, permettant ainsi un très bon dégagement viscéral.

Le bloc médiastinal et pulmonaire

- est abordé par voie postérieure. Sont ainsi disséqués successivement:
 - - l'aorte descendante et l'arc aortique;
 - - l'oesophage thoracique jusqu'au niveau pharyngé;
 - - le larynx, la trachée, la bifurcation trachéale, les bronches principales, les bronches lobaires.
- Les poumons sont ensuite disséqués par section coronale, à l'aide du couteau de Colin. Une telle méthode permet l'observation relativement correcte du contenu des petites bronches, des artères pulmonaires, du parenchyme pulmonaire (une méthode plus fiable consiste en la perfusion pendant 24 heures et conservation du poumon dans la même solution de formol à 10 %, ce qui permet sa dissection après fixation correcte, dans des conditions optimales : coupes de Gough).

