



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



CAS ANATOMOCLINIQUE

## Mort subite d'un homme jeune dans le cadre de séquelles tardives d'une pathologie pédiatrique : à propos d'un cas



*Sudden death of a young man as late sequelae complicating a pediatric disease: About a case*

Clémence Pierry<sup>a,\*</sup>, Camille Franchet<sup>a</sup>,  
Lucile Tuchtan-Torrents<sup>a,b</sup>, Céline Macon<sup>a</sup>,  
Julia Torrents<sup>a</sup>, Caroline Capuani<sup>a</sup>,  
Marie-Dominique Piercecchi-Marti<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Service de médecine légale et droit de la santé, université d'Aix-Marseille, 264, rue Saint-Pierre, 13385 Marseille, France

<sup>b</sup> Aix-Marseille université, CNRS, EFS, ADES UMR 7268, 13916 Marseille, France

Accepté pour publication le 13 janvier 2017

Disponible sur Internet le 18 mars 2017

### MOTS CLÉS

Autopsie ;  
Mort subite ;  
Maladie de  
Kawasaki ;  
Anévrisme  
coronarien

**Résumé** Environ 40 000 cas de mort subite sont enregistrés en France chaque année, le plus fréquemment d'origine cardiaque. Si les cardiopathies ischémiques en constituent l'étiologie la plus fréquente au-delà de 35 ans, les cardiomyopathies constitutives et les canalopathies sont responsables d'un nombre important de décès chez le sujet jeune. Certaines pathologies acquises peuvent également entraîner des morts subites cardiaques. Nous rapportons ici l'observation d'un jeune homme de 17 ans victime d'une mort subite au décours d'une activité sportive. L'autopsie et l'étude anatomopathologique retrouvaient un cœur pathologique siège d'anévrismes coronariens géants remaniés et thrombosés associés à des foyers fibreux myocardiques cicatriciels d'épisodes ischémiques, l'ensemble étant en faveur de séquelles d'une maladie de Kawasaki. La maladie de Kawasaki constitue une étiologie rare, mais non exceptionnelle de mort subite d'origine cardiaque chez le sujet jeune. En l'absence d'antécédent connu, certains aspects morphologiques, bien que non spécifiques, peuvent faire évoquer ce diagnostic. Même face à une bonne tolérance clinique apparente de ces séquelles, un suivi cardiaque est indispensable devant le risque non négligeable de mort subite.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [clemence.pierry@chu-bordeaux.fr](mailto:clemence.pierry@chu-bordeaux.fr) (C. Pierry).

**KEYWORDS**

Autopsy;  
Sudden death;  
Kawasaki disease;  
Coronary aneurysm

**Summary** In France, sudden death is responsible every year for 40,000 deaths. The most frequent etiology is cardiac disease. Atheromatous-related pathology is the most common etiology beyond 35, but cardiomyopathies and channelopathies are responsible for a significant number of deaths in young adults. Some acquired disorders can also cause sudden cardiac death. We report the case of a 17-year-old man who died suddenly after sport. Autopsy and pathological study found multiple giant coronary aneurysms. Thrombosis and fibrous scar of myocardial ischemic events were observed. These lesions were in favor of late sequelae of Kawasaki disease. Kawasaki disease is a rare but not exceptional cause of sudden cardiac death in young adults. In the lack of known clinical history, some aspects, even not specific, should evoke this diagnosis. Even in front of apparent good clinical tolerance, these sequelae require appropriate follow-up because of a significant risk of sudden death.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Introduction**

Environ 40 000 cas de mort subite de l'adulte sont enregistrés chaque année en France, majoritairement d'origines cardiaques [1]. À travers le monde, 17,5 millions de décès liés à des pathologies cardiovasculaires ont été recensés en 2012 (données de l'Organisation mondiale de la santé). La mort subite d'origine cardiaque est définie par la survenue d'un décès dans l'heure suivant l'apparition de symptômes devant témoins ou dans les 24 heures suivant la dernière fois où une personne a été vue vivante et en bonne santé en l'absence de témoin [2,3] (on parlera alors de mort subite probable).

Chez le sportif, la mort subite d'origine cardiaque constitue la première cause médicale de mortalité. Les cardiopathies ischémiques en sont l'étiologie la plus fréquente [2] au-delà de 35 ans. Chez le sujet jeune dépourvu d'athérosclérose, l'examen autopsique et anatomopathologique permettra de diagnostiquer certaines cardiomyopathies constitutives ou d'évoquer une canalopathie, dans le but de mettre en place un dépistage et une surveillance familiale.

Certaines pathologies acquises peuvent également entraîner des morts subites cardiaques :

- myocardites dans le cadre d'infections virales ;
- anomalies vasculaires type dissection aortique ;
- usage de substance ou de produits dopants, ...

Nous présentons ici l'observation d'une mort subite cardiaque chez un jeune homme sportif survenant dans le cadre de séquelles tardives d'une pathologie acquise au cours de l'enfance.

**Observation**

Alors qu'il participait à un match de basketball dans le cadre d'une activité de club où il était licencié, un jeune homme de 17 ans présentait un malaise brutal. Un arrêt cardio-circulatoire était constaté. Les secours intervenaient rapidement, mais le décès était prononcé malgré la tentative de réanimation. À l'interrogatoire, seule une notion de douleur thoracique survenue une quinzaine de jours auparavant était retrouvée. Devant la survenue d'une mort subite chez un jeune homme de 17 ans, un obstacle médico-légal était posé. Une autopsie complétée d'expertises

anatomopathologiques et toxicologiques étaient requises par le procureur.

Au temps autopsique, l'examen externe mettait en évidence un sujet de corpulence normale, présentant des signes de réanimation sans lésion traumatique. L'examen interne retrouvait un cœur d'aspect nettement pathologique, déformé, son examen après ouverture étant reporté au temps anatomopathologique. Le reste des viscères ne présentait pas d'anomalie notable en dehors d'un œdème pulmonaire.

Après fixation formolée, le cœur pesait 440 grammes. Il était adressé entier et non disséqué. Macroscopiquement, on observait un aspect bombé le long du bord gauche de l'artère pulmonaire jusqu'à l'auricule gauche, avec compression extrinsèque de l'artère pulmonaire (Fig. 1a). À la coupe, ce bombement se révélait être un anévrysme du tronc commun se prolongeant après sa division vers l'artère interventriculaire antérieure. Cet anévrysme mesurait jusqu'à 38 mm de diamètre et était le siège de remaniements hémorragiques et calcifiés avec présence de thromboses occlusives (Fig. 1b). Il se poursuivait jusqu'au tiers moyen de l'artère interventriculaire antérieure, le calibre artériel redevenant normal au-delà. Un important réseau collatéral était développé. L'artère coronaire droite était également le siège d'un anévrysme intéressant environ un tiers de son trajet, et dont le plus grand diamètre mesurait 15 mm (Fig. 1c). À l'ouverture des cavités, le ventricule droit était dilaté et sa paroi épaissie. De même, on notait une hypertrophie du ventricule gauche (dont l'épaisseur était mesurée à 25 mm), sans lésion macroscopique identifiable d'infarctus récent ou ancien.

L'examen histologique confirmait l'existence d'importantes lésions vasculaires. Les parois anévrysmales étaient le siège de remaniements dégénératifs caractérisés par un tissu collagénique siège de macro et microcalcifications (Fig. 2a). Il s'y associait des néovaisseaux (Fig. 2b) avec stigmates de remaniements hémorragiques récents, semi-récents (présence d'hémosidérine) (Fig. 2c) et plus anciens (présence de mottes d'hématoidine). À distance de l'anévrysme, les parois coronaires présentaient un épaississement concentrique non inflammatoire (Fig. 2d), réduisant significativement la lumière vasculaire. L'examen du myocarde retrouvait des séquelles d'infarctus d'âges différents, tantôt collagénique, tantôt fibroblastique avec persistance de quelques éléments inflammatoires lymphocytaires (Fig. 2e). Il n'était pas retrouvé de stigmates de lésion ischémique aiguë et l'immunomarquage

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5715799>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5715799>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)