

en marge

«L'alexie sans agraphie? C'est donc une calcarine!»

C'est un phénomène, lent et souterrain. Un phénomène dont on redoute de voir la fin: la mort lente de l'autopsie médicale, cette autopsie dite scientifique. A échéances plus ou moins régulières, des sonnettes d'alarme sont tirées, des alertes que les médias ne reprennent pas. Les seules autopsies qui font recettes sont les médico-légales, jadis celles des Maigret, aujourd'hui des séries américaines. C'est toujours la même veine: que nous dira le *corps ouvert* du mort? Que verra, de ses propres yeux, le légiste?

Aujourd'hui, face ou presque au 36 quai des Orfèvres de Simenon, à l'embouchure de la rue Bonaparte sur la Seine éternelle, c'est l'Académie nationale française de médecine qui sonne le glas. Elle a repris les chiffres de 2013. Pendant huit mois, elle s'est intéressée à recenser le nombre d'autopsies scientifiques menées en France. Parallèlement, elle a pu recueillir les avis et les souhaits des professionnels. Ce sont des professionnels inconnus des téléspectateurs: les membres du Collège français des pathologistes (CO-PATH), de la Société française de fœtopathologie (SOFOET), de la Société française de

neuropathologie et de la Collégiale des professionnels de chambres mortuaires (CPCM).

La conclusion académique¹ est sans appel: l'autopsie médico-scientifique est en voie de disparition en France; chez l'adulte comme chez l'enfant. «Avec seulement 588 autopsies d'adultes, 433 d'enfants et 6541 actes de fœtopathologie recensés en France métropolitaine en 2013, la France est la lanterne rouge de l'autopsie scientifique en Europe et dans le monde, écrit l'Académie de médecine. En effet, même si ce déclin est perceptible partout, c'est en France et de loin qu'il est le plus important. A noter d'ailleurs que la tendance est même inverse en Belgique: au seul Hôpital Erasme de Bruxelles, 219 autopsies médico-scientifiques ont été effectuées en 2011, 193 en 2012, contre 60 en 1998.»

Un tel constat est non seulement incompréhensible, il est inacceptable. Cette pratique est en effet la seule à mettre au jour un nombre non négligeable d'erreurs diagnostiques, parfois majeures et multiples – des erreurs ayant échappé aux techniques d'in-

vestigation les plus modernes. L'autopsie scientifique est souvent (encore et toujours) indispensable au diagnostic de certaines maladies, à l'enseignement, à la quête de la vérité vraie, débarrassée du tain de l'imagerie.

Pourquoi ce délitement, cette régression? Les Académiciens ont fait le diagnostic. «Les autopsies médico-scientifiques se heurtent à une réglementation parfois mal adaptée, des tabous sociologiques et des raisons religieuses erronées, à la croyance tant des médecins que des familles en l'infailibilité des techniques modernes de diagnostic *ante-mortem*

... On comprenait alors cette appellation de «soins intensifs», si peu évidente jusque-là: l'urgence naissait du décès! ...

qui contraste avec la remise en question du pouvoir médical et la crainte de poursuites judiciaires, expliquent-ils. S'y ajoutent le coût de l'autopsie, des techniques modernes qui doivent lui être associées et de la mise aux normes des salles d'examen. Enfin, et surtout, il y a de moins en moins de spécialistes de cette pratique qui n'est même pas incluse dans la formation médicale.»

Sauver l'autopsie médico-scientifique en France? La sauver en Suisse d'où il nous revient que sa pratique rencontre aussi quelques obstacles? Les Académiciens français veulent croire que c'est encore possible. A six conditions. Elles sont un peu jargonneuses mais ceux qui ont le pouvoir comprendront:

lu pour vous

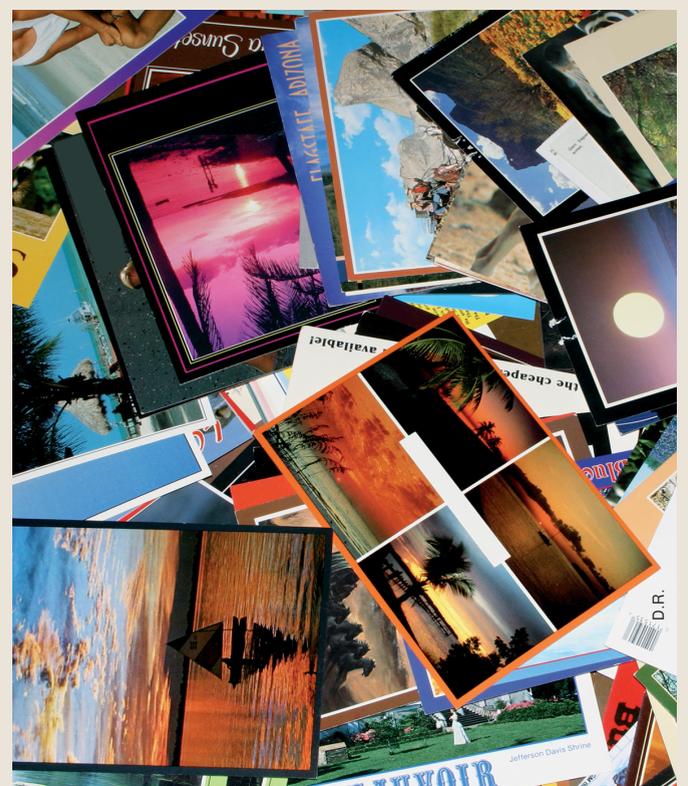
Coordination: Dr Jean Perdrix, PMU (Jean.Perdrix@hospvcd.ch)

Diarrhées du voyageur: résistez aux antibiotiques!

Cette étude finlandaise a enrôlé 526 patients, dans un centre de médecine des voyages, qui consultaient avant un voyage à l'étranger d'au moins quatre nuits, principalement en Afrique et en Asie. Pour participer à l'analyse, les patients devaient remplir un questionnaire et fournir un échantillon de selles avant et après le voyage, ce qui a été réalisé chez 430 patients. Les échantillons de selles étaient analysés à la recherche d'entérobactéries sécrétrices de bêta-lactamases à spectre élargi (ESBL-PE) ou de carbapénémases (CPE). Après leur retour en Finlande, 21% des voyageurs ont été retrouvés porteurs d'ESBL-PE acquises durant le voyage. Ce risque était maximal pour les personnes ayant voyagé en Asie du Sud avec un risque de 46% de devenir porteur d'ESBL-PE, suivi d'un risque de 33% après un voyage dans le sud-est ou l'est asiatique, au Moyen-Orient ou en Afrique du Nord. Pour les voyageurs ayant visité le sud de l'Asie (région avec le

risque le plus élevé), 23% des patients qui n'avaient pas fait de diarrhées ni pris d'antibiotiques étaient porteurs d'ESBL. Ce pourcentage montait à 47% chez les voyageurs ayant fait une diarrhée sans prise d'antibiotiques et à 80% chez les patients ayant pris des antibiotiques et fait une diarrhée! Aucun patient n'a été retrouvé porteur de CPE. En analyse multivariée, le risque de portage d'ESBL-PE était associé avec le fait d'avoir fait une diarrhée durant le voyage ou d'avoir pris des antibiotiques. Pour les patients qui n'avaient pas fait de diarrhées, le risque d'être porteur d'ESBL-PE était augmenté proportionnellement à l'âge.

Commentaire: Malgré le nombre de cas relativement modeste, cette étude suggère que l'association d'une diarrhée du voyageur et de la prise d'antibiotiques pour contrer cette dernière pose un risque significatif de devenir porteur d'entérobacté-



pratiquer les autopsies dans les centres hospitaliers agréés en collaboration avec un réseau régional ou interrégional; assurer leur financement; mentionner l'autopsie parmi les index de qualité des soins hospitaliers et les outils de veille sanitaire; mettre en œuvre lors de toute hospitalisation la déclaration de la «Personne de confiance» (ou du représentant légal pour ce qui concerne les mineurs), afin de faciliter une éventuelle demande d'autopsie; sensibiliser l'ensemble du personnel hospitalier, soignant et administratif à l'importance majeure de l'autopsie médico-scientifique malgré les apports des techniques modernes d'investigation; mettre en œuvre des campagnes d'information sur l'utilité des autopsies en santé publique et pour la recherche scientifique.

Regarder la mort dans le blanc des yeux? Se souvenir du temps passé? Revenir à l'essentiel? Lundi de Pentecôte, temps suspendu, nous redécouvrons des mails oubliés. Dont celui-ci qui, après l'alerte académique, nous avait été adressé par le Dr William Lowenstein. Il est aujourd'hui président de SOS Addictions après une formation classique en médecine interne dans les meilleurs établissements de la capitale française. Voici son texte :

«Ahhh... les souvenirs d'externe en neurologie à Beaujon chez Jean Cambier... "Alexie sans agraphie, c'est donc une calcarine!"² clamait le pont neurologue après deux heures d'examen clinique et de très fine sémiologie.

ries productrices d'ESBL. Cela n'est guère étonnant dans la mesure où les antibiotiques risquent de sélectionner des souches de bactéries résistantes dans un microbiote intestinal déjà fragilisé par l'infection. Dans cette étude, seuls 9% des patients ont consulté une structure de soins locale, ce qui permet d'exclure une contamination nosocomiale significative. Quand on sait que les antibiotiques ont été pris en raison de diarrhées légères à modérées dans 62% des cas, il serait probablement intelligent de réserver ces derniers à des diarrhées sévères, accompagnées de sang et/ou de fièvre élevée afin d'éviter de rapatrier des germes multirésistants. De plus, la prise d'antibiotiques lors de diarrhées du voyageur est un facteur de risque pour un dérèglement durable du transit (syndrome du côlon irritable post-infectieux).

Dr Nicolas Blondel
HFR Fribourg – Hôpital cantonal

Kantele A, et al. Antimicrobials increase travelers' risk of colonization by extended-spectrum betalactamase-producing enterobacteriaceae. Clin Infect Dis 2015;60: 837-46.



Déjà bluffés par la mise en évidence d'un réflexe pollicico-mentonnier inépuisable et clownesque, nous étions d'autant plus admiratifs du diagnostic qu'aucun d'entre nous ne savait où se situait l'artère calcarine. Mais la phrase sonnait si bien: *Alexie sans agraphie, c'est donc une calcarine...* Comme un rendez-vous donné à un couple qui se sépare.

Et le rendez-vous survenait quelques jours ou semaines plus tard. Dans son box (et non sa chambre) de «soins intensifs de neurologie», entre quatre rideaux jaunâtres, alourdis par le poids des salmonelles, *coli* et autres *Pseudomonas* de sélection, le patient «Alexis San Agrafi» décédait.

On comprenait alors cette appellation de «soins intensifs», si peu évidente jusque-là: l'urgence naissait du décès! Après l'excitation modérée à constater le tracé totalement plat de l'EEG, l'externe devait assister le chef de clinique dans sa danse du scalp.

Le cuir (ex)chevelu retroussé jusqu'à la lèvre supérieure... la scie circulaire officiait pour dégager le cerveau... le chef de clinique grommelait pour arracher le bulbe... et la protubérance comme un bulot. L'heure de gloire de l'externe pouvait enfin arriver: il recueillait le bulot... pardon... le cerveau, dans un magnifique seau de plage (marqué AP/HP au feutre pour prévenir un bien improbable vol...).

Puis il devait immédiatement courir en anapath à l'autre bout de l'hôpital... si possible sans trop balancer le seau... pour que

le diagnostic puisse, enfin, être confirmé... Avec un peu de chance, il constatait alors que Calcarine, Alexie et Agraphie étaient bien partis... ensemble... visiter de splendides voûtes étoilées... Oui, vraiment, c'était bien nécropsie et anapath...»

Faudrait-il vraiment se résigner? Face à la concurrence de la néo-transparence, la messe autopsique est-elle dite?

Jean-Yves Nau
jeanyves.nau@gmail.com

¹ On trouvera ici le rapport de l'Académie nationale de médecine intitulé «Les autopsies médico-scientifiques sont indispensables au progrès médical». D. Lecomte et J.-J. Hauw (rapporteurs) au nom d'un groupe de travail de la commission I (Biologie).

² Rappelons que «l'alexie sans agraphie» est provoquée par une lésion du cortex inféro-temporal gauche. Cette lésion unilatérale entraîne une incapacité quasi irréversible de lire les mots. A partir de cette observation anatomoclinique, on a pu montrer l'existence d'une aire corticale cruciale, qui est une sorte de «bosse des lettres». Cette aire, située près de V4 à gauche, est dite «Aire de la Forme Visuelle des Mots» (alias AFVM); elle assure le traitement visuel des mots quel que soit le champ stimulé. Chez le sujet normal, on la voit s'activer pendant la lecture grâce aux méthodes de neuro-imagerie. Chez le patient, l'alexie qui suit la lésion de cette aire prouve que l'AFVM est un relais indispensable des processus cérébraux de la lecture. L'alexie n'est donc plus expliquée aujourd'hui par une disconnexion interhémisphérique postérieure (source: Michel F. L'alexie sans agraphie: un déficit exemplaire, choyé par les neuropsychologues. Rev Neurol 2008;164(Suppl. 3):S73-6.