**Freyja**

Caractéristiques générales : Femelle, né environ mi février 2013, décédée le 02-01-2016 à 18h50. Décès effectif à 18h50 soit 1041j de vie environ.

Dernier poids connu : Le 02-01-2016 : 333g d'aspect sarcopénique postérieure.

Dernier état clinique : Signes déficitaires des membres inférieurs (dégénérescence neurologique). Appétit et activité conservées les dernières semaines. Bonne réactivité et bons réflexes généraux.

Rhinite chronique depuis quelques semaines a minima (auparavant ayant entrainé deux arrêts respiratoires réanimés). Cataracte bilatérale depuis 3 mois (pré-mortem). Tumeur axillaire G depuis deux mois en légère croissance ces dernières semaines. Masse mandibulaire D d'apparition récente fistulisée à la peau avec pus en son sein.

Gasps et dystonies ainsi qu'hyperextension des membres avec réflexes douloureux au niveau de la tumeur constaté à 18h30 motivant d'euthanasie.

Conditions de décès : Douloureuse fin de vie abrégée par injection intra thoracique de 10mg de potassium le 02-01-2016 vers 18h50. Quelques mouvements péri mortem de type ample des 4 membres, en position de décubitus latéral D enveloppée d'une serviette (hypotherme depuis le début de l'épisode). Tachycardie avec assourdissement des bruits du cœurs irréguliers et rapides précédant un arrêt définitif cardio-ventillatoire.

Examen externe : Yeux ouverts exophtalmes. Rigidité cadavérique établie à 20h en position de décubitus latéral D. Prélèvement de quelques poils gardés dans un tube sec.

Autopsie :

*Cou* : Thyroïde non distinguée, trachée perméable, VADS sans particularité. Masse kystique mandibulaire droite infectée, avec érosion minime de l'arcade mandibulaire droite et envahissement du muscle mylo-hyoïdien avec fibrose solide en son sein, quelques kystes abcédés dans la région de l'angle mandibulaire D (ne bombant pas dans la cavité buccale), chaînes mandibulaire chargées à droite, la chaîne ganglionnaire s'étendant en jugulaire D jusque dans le médiastin antérieur et moyen + quelques ganglions jugulaire gauche. Glandes salivaires sans particularité. Veines jugulaires semblant perméables malgré zone fibrotique et adénopathies l'encerclant sur le trajet de drainage.

*Thorax* : Masse axillaire gauche pluri lobulaire d'aspect fibro-lipoïde avec quelques plages de nécrose. Deux fractures de côtes en voie de consolidation (cal vicieux) secondaires aux manœuvres de réanimation antérieures. Pleurésie et congestion pulmonaire iatrogènes (injection de chlorure de potassium à but létal) constatés à l'ouverture de la cage thoracique. Gros vaisseaux en place, pas de signe embolique. Poumons siège de lésions d'anthracose, deux perforations (iatrogénie toujours) au poumon gauche . Pas de signe d'embolie/d'atélectasie ou d'emphysème. Coeur : aspect sain, pas d'épanchement péricardique ni de ponction en son sein. Diaphragme RAS. Veine cave inférieure perméable et sans particularité.

*Abdomen* : Graisse sous cutanée en regard de la ligne blanche, graisse intra péritonéale autour des intestins. Donc bon état adipeux, pas de cachexie. Foie sain quadrilobé d'aspect sain, vésicule biliaire non vue, pas de signe congestif. Rate blanchâtre, de taille normale. Estomac quasiment vide (résidus bilieux), sans particularité macroscopique. Intestin d'aspect non dilaté contenant des résidus alimentaires, ainsi que quelques selles. Surrénales non vues. Pancréas non dissocié. Reins : kyste millimétrique cortical à droite, pas d'allure d'insuffisance rénale, non atrophiés, pas d'anomalie des voies excrétrices urinaires. Masse graisseuse rétropéritonéale droite. Utérus fin, bifide, siège d'une vascularisation dense, pas d'ovaires visualisés (atrophie ménopausique). Vessie pratiquement vide.

*Squelette* : Intégrité du squelette axial et des 4 membres, mobilité normale des articulations.

Au total : Femelle décédé à l'âge de 34mois environ, probablement des suites d'un choc septique sur abcédation d'une masse mandibulaire Droite, envahissant les chaines ganglionnaires jugulaires et s'étendant au médiastin moyen supérieur (pouvant expliquer les épisodes de dyspnée antérieurs). Pas d'anatomopathologie de la lésion.

Hypothèses retenues quant à cette masse : - abcès cloisonné +++

- tumeur infectée ?

Euthanasie efficace par injection de potassium 10mg intra pleural + intra-parenchymateuse pulmonaire (responsable d'une hyperkaliémie puis arrêt cardiaque par Fibrillation ventriculaire).

Le 03/01/2016 à 00h33 à Tours.

BIGAND Antoine.