

Transports intracorporels de cocaïne. A propos de deux cas à l'Aéroport de Conakry.

Intracorporeal transport of cocaine. About two cases at Conakry Airport.

Conde N¹, Kadigna HL¹, Diallo AM¹, Bah AA¹, Bigot C², Agbobli YA³, Barry O¹, Bah H¹

¹Service de médecine légal, Hôpital National Ignace Deen, Conakry, Guinée.

²Service de Médecine légale, CNHU-HKM (Cotonou Bénin)

³CHU Sylvanus Olympio (Lomé, Togo)

Correspondance :Dr Namoudou CONDE, Service de Médecine Légale, hôpital national Ignace-Deen (Conakry Guinée). E-mail : cnamroud1@gmail.com Tel : (00224) 620 86 26 82

RESUME

L'objectif du transport intracorporel est d'introduire la drogue dans un pays pour échapper aux différents contrôles de police et de douane.

Les techniques de conditionnement diminuent la radio-opacité des boulettes, et la faible sensibilité de la radiographie abdominale d'où la pratique du scanner abdominal est recommandée en première intention.

La rupture d'un ou plusieurs paquets est un risque, provoquant une intoxication et une overdose brutale supra-létale.

Le diagnostic de transport intracorporel de boulettes de cocaïne est un enjeu important au regard des conséquences pénales et médicales éventuellement associées. Il s'avère nécessaire que le service de médecine légale dispose des équipements de toxicologie et d'anatomopathologie pour une meilleure expertise.

SUMMARY

The objective of intracorporeal transport is to introduce the drug into a country to escape the various police and customs controls.

The packaging techniques reduce the radiopacity of the pellets, and the low sensitivity of abdominal radiography, hence the practice of abdominal CT is recommended as a first-line treatment.

The rupture of one or more packages is a risk, causing intoxication and a sudden supra-lethal overdose.

The diagnosis of intracorporeal transport of cocaine pellets is an important issue in view of the potentially associated criminal and medical consequences. It is necessary for the forensic medicine department to have toxicology and anatomopathology equipment for better expertise.

KEY WORDS : Intracorporeal transport, intoxication, cocaine.

INTRODUCTION

La dissimulation des substances illicites dans le tube digestif est une pratique qui consiste à convoyer ces substances prohibées des zones de forte production aux zones de consommation en les dissimulant dans le tube digestif pour échapper aux différents contrôles de police et de douane [1].

Historiquement, le profil type du « transporteur » est un adulte jeune, consommateur de substances psychoactives, le plus souvent originaire de pays producteurs de substances illicites (Afrique de l'ouest, Caraïbes, Jamaïque, Afghanistan, Turquie, etc.) [2]. Dans quelques cas, il peut s'agir de femmes, parfois même de femmes enceintes ou d'enfants [3]. Ce phénomène, apparu dans les années 1970, est actuellement en progression [4]. Selon les agences fédérales américaines, le renforcement des contrôles frontaliers consécutifs aux attentats du 11 septembre 2001 serait en partie responsable de cette augmentation [5]. Le portage intracorporel peut être digestif, intra rectal ou encore intravaginal.

La cocaïne est l'un des principaux stupéfiants concernés par cette pratique, mais la littérature rapporte également des cas de sachets contenant de l'héroïne, des hallucinogènes, du cannabis ou encore des médicaments, opioïdes (méthadone, oxycodone) et benzodiazépines (oxazepam, nitrazepam). Les stupéfiants peuvent être placés dans des préservatifs ou dans des paquets fermés par plusieurs couches de polyéthylène ou de latex et parfois recouverts d'une couche externe de cire. Après que les passeurs de stupéfiants aient avalé plusieurs paquets, ils prennent généralement des médicaments pour ralentir le transit intestinal jusqu'à que les paquets puissent être récupérés. La quantité totale de stupéfiants en cause représente une dose supra-létale. La rupture d'un ou plusieurs paquets est un risque, provoquant une intoxication et une overdose brutale.

L'objectif du transport intracorporel est d'introduire de la drogue dans un pays.

Les deux cas que nous présentons ici sont tous de nationalité nigériane. Le premier passeur décédé à bord d'un vecteur aérien suite à des malaises survenus au cours du vol, le second a été interpellé par le service des Douanes à l'Aéroport alors qu'il s'apprêtait à prendre le vol.

Description de deux cas de passeurs

Premier cas

Monsieur X, âgé 46 ans, de nationalité nigériane de forte corpulence mesurant 1,87 m, qui voyageait en

classe affaires à bord d'un vecteur d'une compagnie aérienne selon l'itinéraire suivant :

- 11 Juin 2024 départ de Sao Paulo vers Addis-Abeba,
- 12 Juin départ d'Addis-Abeba vers Lagos (vol annulé),
- 14 Juin départ d'Addis Abeba vers Conakry avec escale à Abidjan.

Il a fait un malaise lors du trajet Abidjan-Conakry. Il est décédé pendant le vol. Les autorités aéroportuaires de l'Aéroport AST de Conakry ont été aussitôt alertés. A l'atterrissement, elles se sont rendues sur le tarmac avec une équipe de la médecine légale qui s'est rendu à bord pour la levée de corps. Le corps a été ensuite transporté à la Morgue du CHU Ignace Deen à des fins d'autopsie.

Deuxième cas

Grâce à un signalement, Monsieur Y, âgé 49 ans, de nationalité nigériane pesant 127 kg et mesurant 1,79 m avec un indice de masse corporelle (IMC) de 39,64 kg/m², a été interpellé le 24 Juillet 2024 aux environs de 22H dans la salle d'attente de l'Aéroport AST par le service des douanes de l'aéroport alors qu'il s'apprêtait à prendre un vol à destination de la Hollande.

Selon la gendarmerie depuis le 18 Mai 2024, Monsieur Y, après son troisième passage à Conakry, était sous surveillance et faisait l'objet d'une filature.

RESULTATS

Le 14 Juin 2024 aux environs de 18H, nous avons procédé à la levée du corps de Monsieur X, âgé 46 ans, retrouvé en décubitus dorsal, présentant un myosis bilatéral avec des piquetés hémorragiques, des sécrétions jaunâtres bucco-narinaires. Les lividités étaient voie de formation au niveau des parties déclives du corps, s'effaçant à la vitro pression. La rigidité était en phase d'installation. L'abdomen était distendu avec une matité.



A : Tarmac de l'Aéroport de Conakry



B : Lieu de découverte du cadavre dans l'avion (Class Affairs)



C : Image de la position du corps de Mr X

L'autopsie réalisée le 10 Juillet 2024 à la morgue du CHU Ignace Deen, a mis en évidence une congestion des poumons, une ulcération au niveau de la muqueuse gastrique et du colon ; le cœur ne présentait aucune particularité. Le dévidage des anses a permis de ramener 40 capsules au niveau de l'estomac et 38 capsules au niveau de l'intestin et du colon, soit un total de 78 capsules faisant un poids total de 2,5 Kg (dont 32,05g environ par capsule).

Le deuxième cas interpellé dans la salle d'attente de l'aéroport, était Monsieur Y, âgé 49 ans, qui présentait un bon état général, les téguments et conjonctives

normo colorés avec une attitude active peu coopérante. La conscience normale avec un score de Glasgow 15/15, les réflexes présents et normaux.



Photographie des anses après éviscération



Ouverture de l'estomac et des anses



Collecte des boules de cocaïne receuillies

Au niveau de l'appareil cardiocirculatoire : Le rythme était régulier, sans souffle surajoutés; la fréquence cardiaque était de 80 battements/mn avec une tension artérielle à 12/8CmHg. ; la saturation d'oxygène SPO₂:98% AA.

Au niveau des poumons : la respiration était de type abdominal sans râles crépitants aux champs pulmonaires.

L'abdomen était distendu avec un périmètre abdominal de 138 cm.

L'examen des autres appareils ne révèle aucune particularité.

L'ASP (Abdomen Sans préparation) réalisé a mis en évidence de multiples opacités arrondies, de densité moyenne, siégeant dans le colon ascendant, transversal, descendant et dans l'ampoule rectale, une absence d'opacité calcique en projection des

aires urinaires pancréatique et biliaire. Il n'avait pas de: niveaux hydroaériques sur l'ensemble du cadre colique, ni de croissant gazeux sous diaphragmatique. Le cadre osseux était normal.

Le lavement évacuateur à base de laxatifs a permis d'extraire quatre-vingt-onze (91) capsules en matière plastique arrondies.

La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) réalisée après l'évacuation a permis d'observer quelques opacités arrondies résiduelles siégeant dans le colon ascendant et l'ampoule rectale. Les boules expulsées pesaient 2,157kg.

Monsieur Y présentait bon état général après expulsion des boules et ne nécessitait pas une mise en observation médicale. Il a été ramené à la police où il a expulsé 04 boules restantes au cours de sa garde à vue.



Photographie de Mr Y dans la salle de radiographie



Cliché de radiographie ASP de Mr Y

Présence de multiples opacités arrondies, de densité moyenne, siégeant dans le colon ascendant, transversal, descendant et dans l'ampoule rectale

DISCUSSION

Concernant le premier cas, Monsieur X est décédé dans un tableau d'œdème aigu des poumons ayant entraîné un phénomène d'asphyxie. Les capsules retrouvées ont fait l'objet d'un test chromatographique réalisé à base du thiocyanate de cobalt qui s'est révélé positif à la cocaïne.

Koehler et al. rapportent le cas d'un body packer décédé suite à la rupture au niveau gastro-intestinal de plusieurs boulettes de cocaïne de fabrication artisanale, avec des concentrations sanguines de cocaïne post mortem de 4 670 ng/mL.

Becam et al. rapportent un décès de body-packer, retrouvant au niveau gastrique une unique boulette de cocaïne, probablement de fabrication artisanale, et des concentrations élevées en cocaïne de 30 900 ng/mL et en benzoylegonine de 58 200 ng/mL [6, 7].

La dose létale de cocaïne par voie orale est estimée entre 0,5 g à 1,3 g en une fois en fonction des utilisateurs [8, 9]. Le mécanisme physiopathologique de l'overdose comprend des atteintes d'organes multiples, principalement cardio-vasculaires [10]. Les concentrations post-mortem sanguines après surdose de cocaïne sont assez variables, pouvant aller de 100 ng/mL à 31 000 ng/mL [9].

Dans notre cas nous avons retrouvé une congestion des poumons et un ulcère gastrique classiquement observés dans un syndrome toxique. Quoique l'absence de prélèvements toxicologique et anatomopathologique aient constitué une difficulté à préciser le mécanisme exact du décès, il est à noter que la majorité des décès imputés à la cocaïne dans la littérature ont une cause cardiaque ou vasculaire [11]. L'atteinte pulmonaire retrouve classiquement une hémorragie intra-alvéolaire, un emphysème et un œdème aigu pulmonaire. Au niveau digestif, la cocaïne peut entraîner une ischémie mésentérique et des ulcères gastroduodénaux [8, 10, 12].

Ainsi la cause de décès retenue après autopsie est une intoxication aiguë par overdose brutale consécutive à la rupture d'une boulette de cocaïne dans l'estomac.

Quant au cas de Monsieur Y, l'ASP a permis de mettre en évidence la présence de corps étrangers au niveau de l'abdomen qui après expulsions ont fait l'objet d'un test chromatographique réalisé au thiocyanate de cobalt positif à la cocaïne.

Les études rapportent une sensibilité de 58-87% de la radiographie abdominale et de 98-100% du TDM abdomino-pelvien pour la détection de body-packing, ainsi qu'une valeur prédictive positive de respectivement 50%-71% et 94-97% [13, 14].

De plus, la sensibilité de la radiographie diminue de 45%-64% lorsqu'il s'agit de boulettes de fabrication manuelle (vs 90% pour le TDM). Les recommandations actuelles préconisent donc un scanner abdominal en première intention. En l'absence de prise concomitante de ralentisseur de transit la présence de boulettes au niveau du rectum indique une ingestion des boulettes datant d'au moins 8 heures, dans l'hypothèse d'une absence de pathologie accélératrice de transit [15].

La surveillance médicale consiste en un examen clinique régulier à la recherche de signes d'intoxication aigüe à la cocaïne ou de complications digestives. L'apparition de signes d'intoxication aigüe à la cocaïne, d'occlusion digestive ou de perforation, ou la positivité des tests urinaires à la cocaïne doit faire envisager une prise en charge chirurgicale en urgence par endoscopie, ainsi qu'une prise en charge en soins intensifs [16, 17].

La surveillance hospitalière sous garde à vue dure en moyenne 2,5 jours, mais peut atteindre 17 jours en cas de complication [18].

CONCLUSION

Il ressort de notre étude de cas que bien que la littérature fasse état d'un faible taux de complications graves lors d'un transport intracorporel de boulettes de cocaïne de fabrication micro-industrielle, les cas rapportés sont un rappel du risque parfois mortel qu'encourent les transporteurs.

Dans la pratique médico-légale, affirmer ou infirmer le diagnostic de transport intracorporel de boulettes de cocaïne est un enjeu important au regard des conséquences pénales et médicales éventuellement

associées. Outre l'aspect sanitaire, le trafic de cocaïne constitue une préoccupation majeure en termes d'impact social, économique et de l'ordre public pour laquelle il est nécessaire de mettre en place des actions de prévention à plus large échelle, ainsi que des actions de coopération internationale.

Aussi le développement par les passeurs de techniques de conditionnement diminuant la radio-opacité des boulettes, et la faible sensibilité de la radiographie abdominale, nécessite la réalisation d'examens plus poussés tels que le scanner abdominal en première intention.

Face à cet état de fait, il s'avère nécessaire voire primordial de doter le service de médecine légale en équipements d'imagerie, de toxicologie et d'anatomopathologie pour une meilleure expertise dans la lutte contre le trafic de substances illicites.

REFERENCES

- 1. Gerald F. O'Malley, DO, Grand Strand Regional Medical Center. Rika O'Malley, MD, Grand Strand Medical Center.** Vérifié/Révisé déc. 2022.
- 2. S Cappelletti et al.** Drug-related deaths with evidences of body packing: two case reports and medico-legal issues Legal Med (2016)
- 3. B Becour et al.** Transport de stupéfiant in corpore J Eur Urgences (2008)
- 4. M Soichot et al.** Intérêt de l'analyse toxicologique dans la prise en charge des transporteurs intracorporels de drogues : à propos de 2 cas ; Tox Anal Clin (2018)
- 5. K Blaho et al.** Blood cocaine and metabolite concentrations, clinical findings and outcome of patients presenting to an ED Am J Emerg Med (2000)
- 6. Koehler S-A, Ladham S, Wecht C H et al.** The risk of body-packing : a case of a fatal cocaïne overdose. Forensic Sci Int. 2005 ;151(1):81-84.
- 7. Becam J, Sastre C, Baillif-Courniou V, Gaulier J-M, Tuchtan-Torrents L, Champeaux-Fesquet C, Léonetti G, Pélissier-Alicot A-L.** Décès par rupture d'un sachet de cocaïne situé au niveau gastrique. Toxicol Anal Clin. 2019 ;31(3) :189-193
- 8. Pousset M.** « Cocaïne, données essentielles ». Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Paris ; 2012. Disponible sur le site de la

documentation française

<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/codescom.pdf>.

9. Baselt RC; Disposition of toxic drugs and chemical in Man. 12th edition, Biomedical Publications, Seal Beach, 2020 : 497-501

10. Guiraudet O, Monségu J, Revel et F, Ollivier J-P. Cœur, Vaisseaux et cocaïne. EMC Cardiologie. 2008.

11. Jenny Becam, Caroline Sastre, Valérie Baillif-Couniou et al. Décès par rupture d'un sachet de cocaïne situé au niveau gastrique. Toxicologie Analytique et Clinique ; Volume 31, Issue 3, September 2019, Pages 189-193

12. CUNEA. Item76 Addiction au cannabis, à la cocaïne, aux amphétamines, aux opiacés, aux drogues de synthèse. In : Référentiel de psychiatrie et addictologie. Paris : Presse Universitaire François-Rabelais ; 2016.

13. Flach P M, Ross S G, Patak M A et al. Drug mules as a radiological challenge : Sensitivity and specificity in identifying internal cocaine in body packers, body pushers and body stuffers by computed tomography, plain radiography and Lodox. Eur J Radiol. 2012 Oct;81(10):2518-2526.

14. Bulakci M, et Adem K. Comparison of diagnostic value of multidetector computed tomography and X-ray in the detection of body packing. Eur J Radiol. 2013 ;82(8) :1248-1254.

15. CDU-HGE. Chapitre 35-Item 303 Diarrhée chronique. In : Collège d'hépato-gastro-entérologie. Paris : Elsevier Masson ; 2012.

16. Soichot M, Pang C, Gourlain H, Bourgogne E, Delhotal B, Houze P, Megarbane B et Labat L. Intérêt de l'analyse toxicologique dans la prise en charge des transporteurs de drogues intracorporels. Toxicol Anal Clin. 2018 ;30(4) :229-238.

17. Schmit G, Bou Abdallah F, Vanhaebost J, Hantson P. Prise en charge des body-packers. Méd. Intensive Réa. 2018 ;27:421-427

18. Piriou V. Description épidémiologique et évaluation de la prise en charge des bodypackers au centre hospitalier de Cayenne de 2016 à 2019 [Thèse]. Cayenne : Université Antilles-Guyane ; 2020.