

CHPOT		Page 1 sur 7
<b>Prise en charge d'un « donneur possible » d'organes dans le cadre d'une démarche anticipée dans les Services d'Accueil d'Urgences adultes</b>		
CPOT-DME-MO-01		VERSION II
<b>Mots clés</b>		
[Mots clés]		
<b>Rédaction</b>		
Equipe de la CHPOT Axel MIGNOT Caroline MION NOLIN Pierre OLIVIER		Janvier 2020
<b>Vérification</b>		
Isabelle DELOFFRE – Médecin coordonnateur Jacques LEVRAUT – Chef de service des Urgences		Septembre 2020
<b>Approbation</b>		
[nom et fonction signataire étape 3]		[date signature étape 3]
<b>Diffusion</b>		
<b>Emetteur :</b>	<b>Destinataires du document :</b>	
CHPOT SAU - SAMU	Pôle ARU	
<b>Date d'application</b>		
Septembre 2020		

## Prise en charge d'un donneur possible dans le cadre d'une démarche anticipée

### SOMMAIRE

1) OBJECTIF PRINCIPAL .....	3
2) RESPONSABLE(S).....	3
3) PERSONNEL(S) CONCERNE(S) .....	3
4) PRODUIT(S) OU ACTIVITE(S) CONCERNE(ES).....	3
5) PRINCIPE(S) .....	3
6) DESCRIPTION .....	4
7) ALGORITHME DECISIONNEL .....	7

## Prise en charge d'un donneur possible dans le cadre d'une démarche anticipée

### 1) OBJECTIF PRINCIPAL

Définir les modalités de détection, de signalement et de prise en charge d'un patient neurolésé susceptible de devenir un donneur d'organes et de tissus en état de mort encéphalique (EME).

### 2) RESPONSABLE(S)

Médecins responsables

- des services d'urgences
- des services de soins critiques
- de la coordination hospitalière des prélèvements d'organes et de tissus (CHPOT)

### 3) PERSONNEL(S) CONCERNE(S)

Médecins des services de soins

Infirmiers des services de soins

Médecin coordonnateur (MCH)

Infirmier coordonnateur (ICH)

### 4) PRODUIT(S) OU ACTIVITE(S) CONCERNE(ES)

Identification et prise en charge d'un donneur possible, avant passage en état de mort encéphalique.

### 5) PRINCIPE(S)

Dans le contexte actuel de pénurie de greffons, et vu le profil des donneurs les plus fréquemment prélevés (sujets âgés victimes d'AVC), une démarche dite anticipée est mise place, en amont des services de réanimation pour détecter et prendre en charge spécifiquement les patients susceptibles d'évoluer vers un état de mort encéphalique.

Comme il n'est pas éthique d'admettre en réanimation un patient sans projet thérapeutique, et que les capacités de prise en charge en réanimation sont limitées, une sélection rigoureuse des patients concernés est nécessaire.

Il est donc important de les identifier le plus tôt possible dans le parcours de prise en charge des patients, tout en respectant un cadre éthique conforme à la réglementation et aux recommandations des sociétés savantes.

## Prise en charge d'un donneur possible dans le cadre d'une démarche anticipée

### 6) DESCRIPTION

#### 6.1.1. Détection d'un patient « possible donneur »

Peut être considéré comme possible donneur,

- Tout patient présentant des lésions neurologiques graves définies à partir les critères suivants :
  - Score de Glasgow  $\leq 6$  à la prise en charge avant toute sédation ou curarisation
  - Aggravation rapide au cours des premières heures
  - Critères péjoratifs au scanner ou à l'IRM
    - Volume de la lésion  $> 65$  cc
    - Engagement sous falcoriel ou amygdalien, effacement des citernes de la base, hydrocéphalie avec inondation ventriculaire V3V4
- En situation de limitation des thérapeutiques actives (LATA) validée collégialement avec un neurochirurgien ou un neurologue et un réanimateur.
- En l'absence de contre-indications d'emblée évidente : VIH, tuberculose active, cancer métastatique, ou de diagnostic récent ( $< 5$  ans) et/ou en cours de traitement curatif (chimio, radiothérapie). Toute autre contre-indication devra être validé avec la CHPOT

#### 6.1.2. Signalement d'un donneur possible

Le médecin en charge de ce type de patient, contacte la CHPOT au **32 458** 24h24, 7j/7.

Afin d'évaluer la possibilité d'engager une démarche en vue d'un éventuel prélèvement d'organes et de tissus, l'infirmier de la CHPOT (ICH) recueille auprès du médecin les éléments nécessaires pour faire une première évaluation de « prélevabilité ».

- critères de probabilité de passage en état de mort encéphalique (clinique, imagerie)
- élimination d'une contre-indication à tout prélèvement (antécédents)
- évaluation rapide de la « greffabilité » d'au moins un organe, à partir des éléments disponibles (antécédents, biologie rénale et hépatique)

En présence de ces critères, le médecin et l'ICH décident de l'opportunité et de la possibilité de participation de l'ICH à l'entretien avec les proches pour les informer de la décision de LATA. Il est important de prendre en compte, hors heures ouvrables, le délai d'arrivée au CHU de l'ICH qui est d'astreinte à domicile. Si l'ICH ne participe pas à cet entretien, le médecin évitera d'aborder le don d'organes et préviendra les proches d'un deuxième entretien à distance (délai précisé au cas par cas)

#### 6.1.3. Poursuite de la démarche

l'ICH se rend sur place dans les plus brefs délais et accompagne le médecin dans la

## Prise en charge d'un donneur possible dans le cadre d'une démarche anticipée

poursuite de la prise en charge du donneur possible.

Ils s'assurent de la possibilité d'admission en réanimation au CHU ou dans un des établissements de proximité

### 6.1.4. Abord des proches en vu de don

Préparé et réalisé par un membre de la CHPOT et le médecin en charge du patient.

Le médecin s'assure de la compréhension par les proches, de l'irréversibilité des lésions, du pronostic vital engagé à court terme, et la décision de LATA.

Une fois ces éléments actés, la présentation de la possibilité d'envisager un don d'organes peut être abordée.

L'ICH explique que la poursuite de la prise en charge thérapeutique active a pour unique objectif de préserver les organes greffables dans le cas où le patient passerait en état de mort encéphalique dans un délai déterminé (48 heures le plus souvent).

Il s'efforce de recueillir le témoignage d'une opposition au don exprimé du vivant par le patient et l'adhésion des proches à la démarche.

#### 6.1.4.1 *Opposition au don et/ou non adhésion par les proches*

Le médecin informe les proches des mesures d'accompagnement de fin de vie qui vont être mises en place.

L'ICH reste disponible pour les proches.

#### 6.1.4.2 *Absence d'opposition et adhésion des proches*

Un « contrat moral » est alors verbalisé.

Les modalités pratiques de prise en charge seront expliquées.

La possibilité d'un arrêt de la procédure à tout moment lié à la découverte d'une contre-indication où du fait de la volonté des proches est précisée.

L'ICH informe les proches des modalités de la prise en charge.

Le niveau de charge thérapeutique et son évolution, intubation des VA notamment, sont précisés avec le réanimateur, ainsi que le moment du passage en réanimation en fonction de l'évolution des signes cliniques et/ou scannographiques. Ces conditions sont tracées dans le dossier du patient afin de faciliter le passage d'informations entre les équipes au moment des relèves.

### 6.1.5. Prise en charge avant transfert en réanimation

L'ICH se tient à la disposition du médecin pour l'accompagner dans la poursuite de la prise en charge du donneur possible.

#### 6.1.5.1 *Bilan complémentaire de prélevabilité*

Un bilan complémentaire à la recherche d'une contre-indication secondaire est réalisé, il consiste en :

- un bodyscanner pour éliminer la découverte fortuite d'une masse

## Prise en charge d'un donneur possible dans le cadre d'une démarche anticipée

- suspecte ou d'une atteinte vasculaire empêchant toute canulation pour le prélèvement,
- un complément de bilan biologique sur demande de l'ICH

### 6.1.5.2 Conditionnement et surveillance du patient

Si des signes d'inconfort apparaissent, une analgésie-sédation suffisante, **mais la plus légère possible** peut être envisagée pour maintenir la possibilité de suivre l'évolution des signes cliniques (et notamment estimer le score de GCS).

La poursuite des autres thérapeutiques n'a pour objectif que de **maintenir la fonctionnalité des organes greffables et de les optimiser**. Il s'agit donc de maintenir les paramètres fonctionnels suivants dans les limites de la normale :

- Sur le plan hémodynamique :
  - PAM > 65 mm HG (Les troubles du rythme et l'HTA ne seront traités que s'ils sont mal tolérés)
  - Diurèse comprise entre 1 et 1.5 ml/kg/heure (lutter contre les épisodes d'oligo-anurie)
- Sur le plan respiratoire : SaO<sub>2</sub> > 95%
- Sur le plan ionique et métabolique, surveillance :
  - NA, K, glycémie, urée, créatinine et transaminases (doivent rester dans les limites de la normale)

Le conditionnement consistera en:

- Pose d'une VVP
- Pose d'une sonde urinaire
- Monitoring : Scope, tensiomètre automatique et saturomètre
- O<sub>2</sub> au masque si désaturation
- Hydratation par cristalloïdes (minimum 1 litre par 24 heures, à adapter à la morphologie du patient et à une éventuelle insuffisance cardiaque)

Surveillance clinique et biologique (service UCSU)

- Toutes les 2 heures :
  - Diurèse
  - PAM, fréquence cardiaque, troubles du rythme, SaO<sub>2</sub>
  - Surveillance neurologique : score de Glasgow, réflexes du tronc cérébral (photomoteur et cornéen principalement)
- Toutes les 24 heures :
  - Bilan biologique : ionogramme standard, glycémie, urée, créatinine, transaminases

## 6.2 En cas d'arrêt de la démarche

Quel que soit le motif de l'arrêt de la procédure, avant hospitalisation en réanimation, la poursuite des soins de fin de vie sera assurée à l'UCSU. En cas de patient donneur possible fléchi à l'UCSU, la surveillance se poursuivra pendant 48 heures.

Prise en charge d'un donneur possible dans le cadre d'une démarche anticipée

7) ALGORITHME DECISIONNEL

