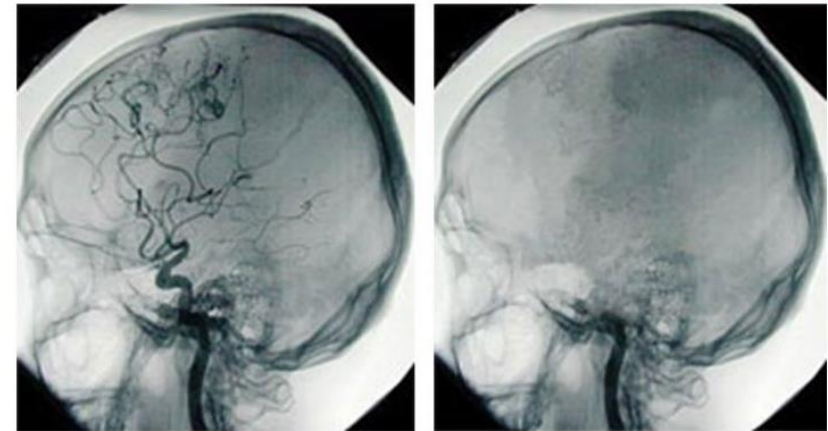




Prélèvement d'organe :
Quoi de neuf en 2024 ?

Place du médecin urgentiste dans la
procédure de PMO



INTRODUCTION - FRANCE

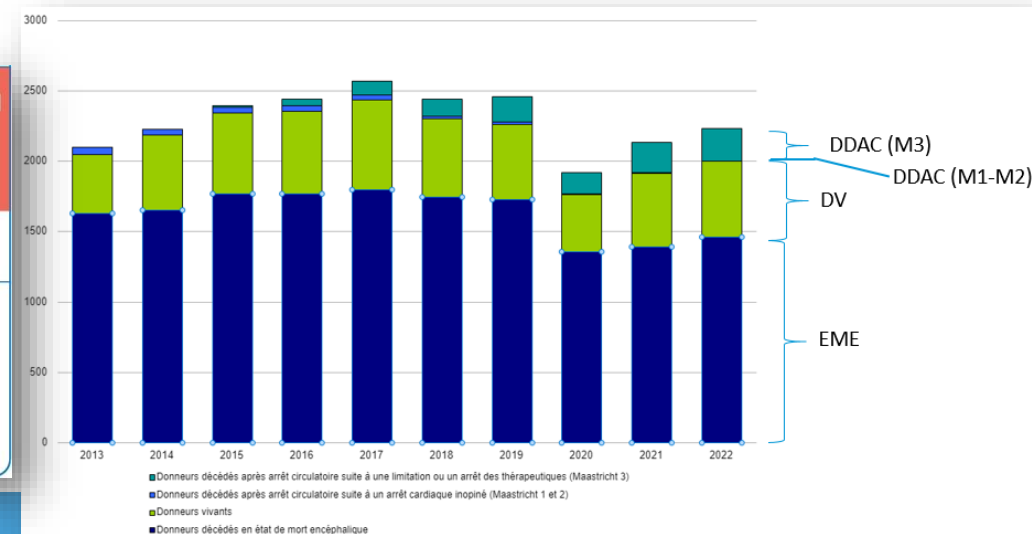
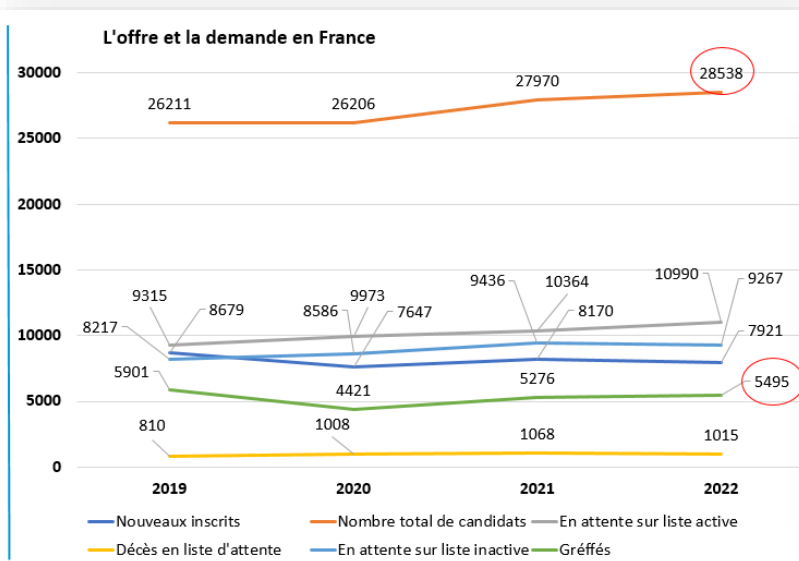
Offre et demande ≈ **30 000 candidats VS 6000 greffes** (France 2022)

Reins >> Foie > Pancréas, poumon, cœur, intestins...

EME >> Donneurs vivants > Arrêt Thérapeutiques Actives (M3 = prélèvement sur cœur arrêté / 2015)

→ Causes décès EME : **Vasculaires** (hémorragiques ++) >> TC > Anoxie, autres...

→ Augmentation de l'âge des donneurs EME : 40 ans (2000) → 58 ans (2022)



Etat de Mort Encéphalique

Déf : Sujet décédé d'un point de vu neurologique avec maintien d'une activité cardiaque

Atteinte du SNC : Hématome / Œdème / Vasoconstriction cérébrale / PIC > PPC ...

A definition of irreversible coma: report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death.

JAMA. 205 (6): 337–40. 1968

Mollaret P, Goulon M

Le Coma Dépassé

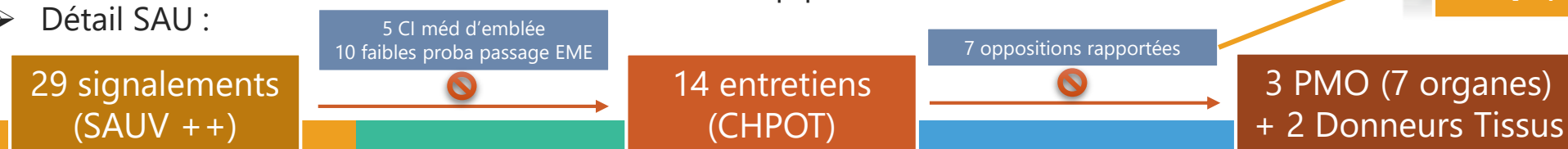
Revue Neurologique. Tome 101 – N. 1 - 1959

Diag + :

- Absence de circonstances confondantes (hypoT°, PAM < 50 mmHg, troubles métab, intox méd...)
- Absence totale conscience et activité motrice (GCS 3)
- Abolition réflexe du Tronc Cérébral
- Absence ventilation spontanée
- Confirmation paraclinique (Angiographie cérébrale / EEG x2)

Année 2023 au CHU Nice : EME → PMO = activité stable ≈ 20/an dont **3 signalés** par le SAU mais bcp provenant d'une PEC SMUR initiale

➤ Détail SAU :



> taux national/local
→ Formation ++



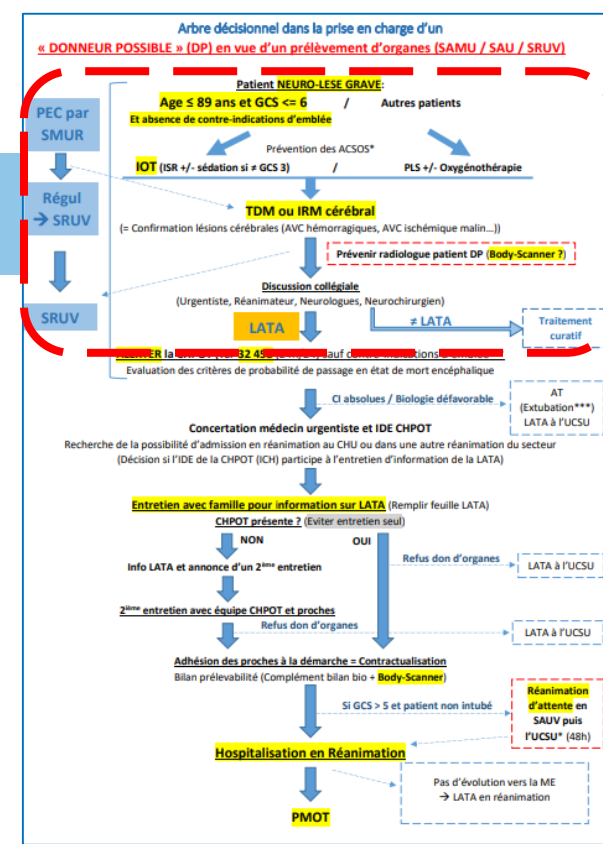
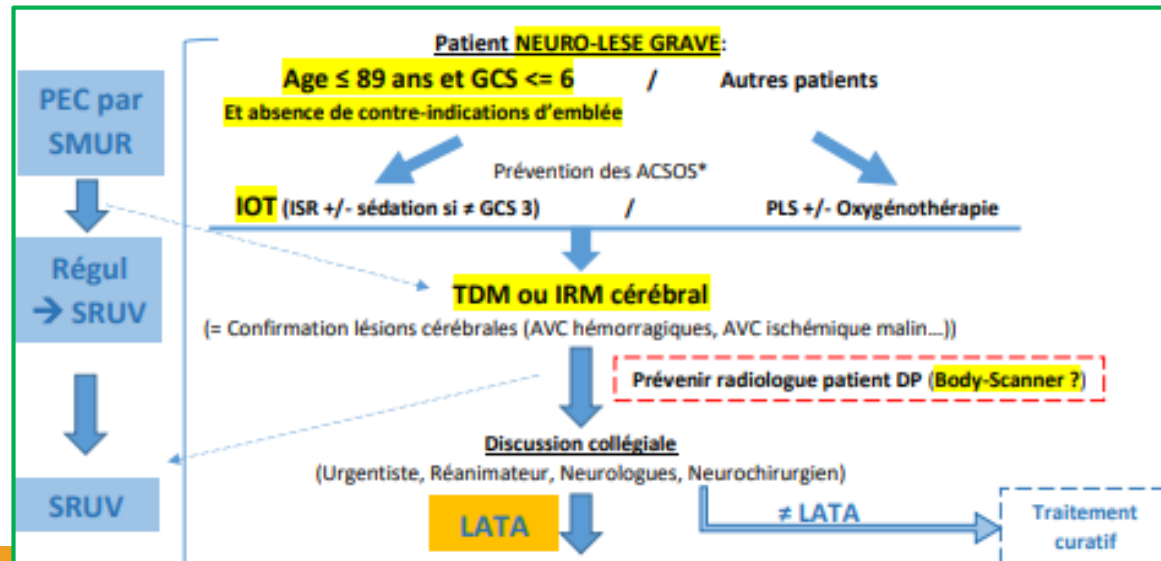
Place de l'urgentiste

PRE HOSPITALIER / HOPITAL

→ Quotidien = Coma / suspicion d'AVC

→ Protocole « neuro-lésé grave » sur le DHUMU Nice :

- Age ≤ 89 ans + GCS ≤ 6 + absence CI absolues = IOT
- Transfert vers TDM +/- SRUV avant/après imagerie



CI Absolues

Cancers évolutifs ou en cours de ttt

Tuberculose active
Etat septique non contrôlé (décès)

Absence identité
Encéphalites
(SIDA) / Rage / Creutzfeld-J

CI Relatives

Certains cancers
Certaines infections
(grippes, palu, dengue...)
Pathologies altérant la fonction des greffons (HTA, D...)
Addictions / intox...

Place de l'urgentiste

HOPITAL – SAUV / UCSU

→ Patient coma non

→ Orientation

➤ Avis RE

➤ Avis Gr

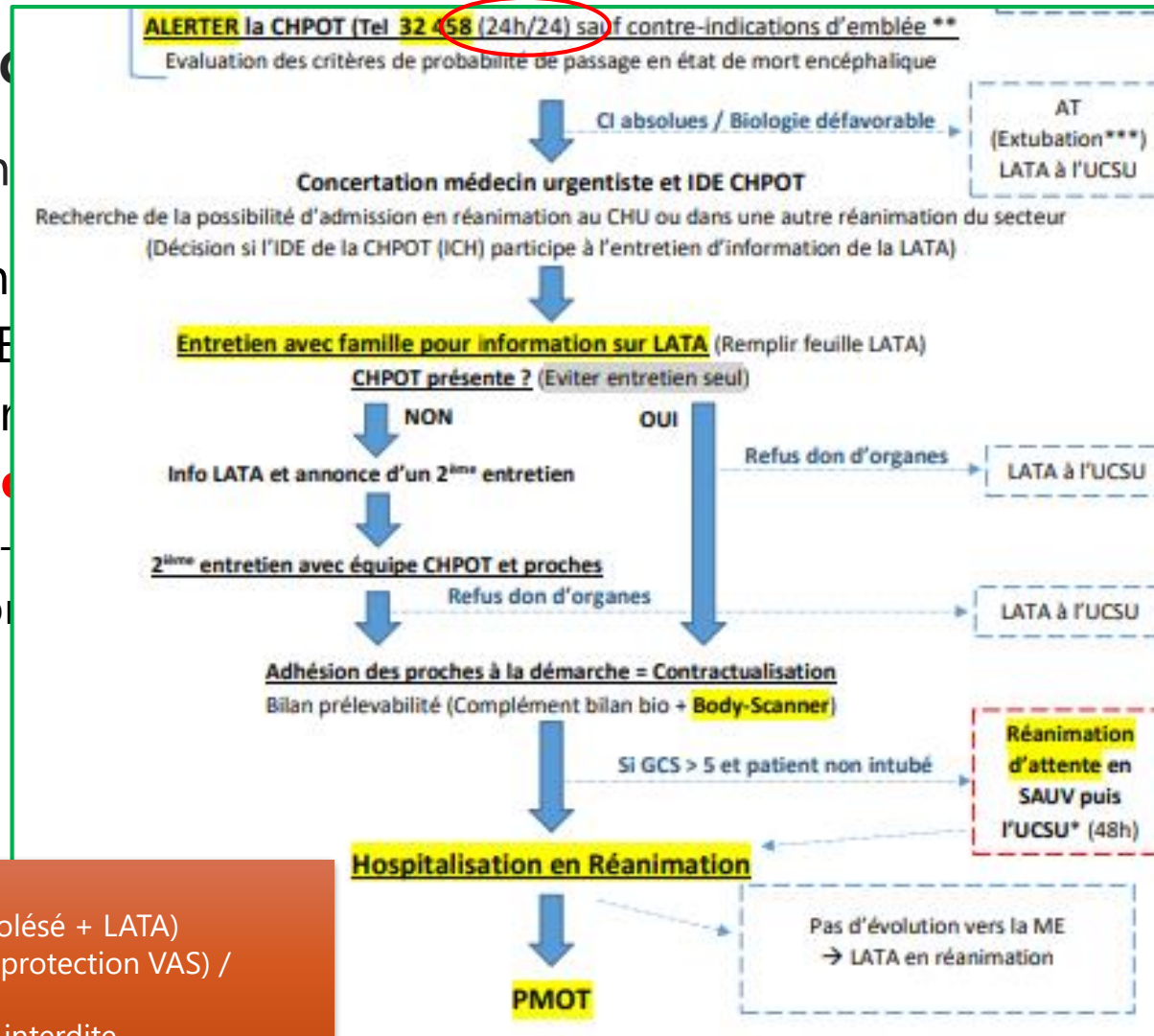
➤ **Décision**

▪ +/-

▪ Co

Particularité Principauté Monaco :

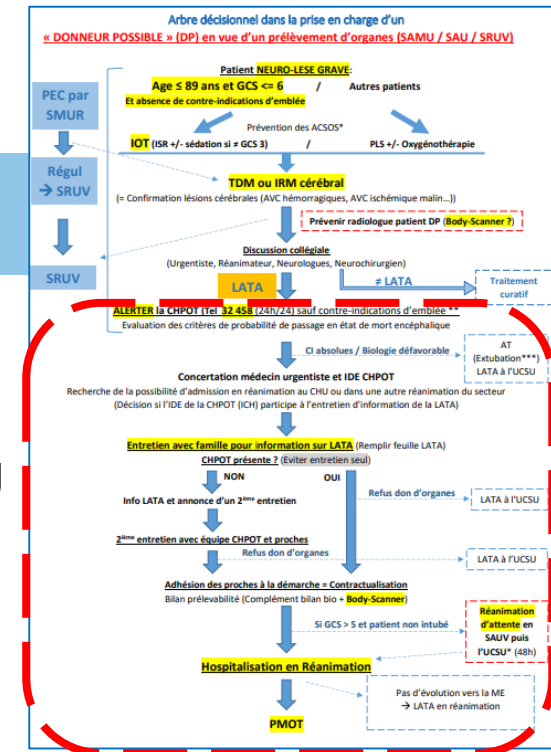
- Importance signalement CHPOT (Neurolésé + LATA)
- Importance bilan régulation C15 : IOT (protection VAS) / ACSOS → SRUV Nice
- Diagnostic d'EME = sortie du territoire interdite



JCSU

de CI d'emblée)

ossible



Place de l'urgentiste

UCSU (Patie

→ Patient av
de LATA +

→ **Patient si**

→ Durée cor

Prise en charge d'un patient « Donneur Possible » à l'UCSU



Patient « Donneur Possible » = **Lésions neurologiques GRAVES** avec décision de **LATA** (= **Feuille présente et remplie par médecin**) à risque de passage en Mort Encéphalique (ME) → Hospitalisation à l'UCSU pour surveillance

Patient identifié comme
« Donneur Possible »

→ Annoter sur transmissions IDE

Patient non identifié comme
« Donneur Possible »

→ Vérifier avec médecin en charge du
patient si oublié

Protocole de soins

SCOPE +/- O2 si SpO2 < 95% (objectif > 94%)

Hydratation IV 1l NaCl 0,9% (*) + SUAD (éviter globe U)

+ Bilan biologique 24h (NFS + ione + urée + créatinine +/- hépatique si non réalisé)

Surveillance toutes les 2h

Etat neurologique (score de Glasgow / pupilles) et respiratoire (pauses respiratoires) / diurèse

→ **TOUTE AGGRAVATION** neurologique/respiratoire = **Appeler médecin SAUV 38711**

Si pas d'aggravation dans les 48/72h

→ Voir avec médecin UCSU en charge du patient pour arrêt de la surveillance (= pas de passage en ME très probable)

* à adapter en fonction de son état d'hydratation et fonction rénale = voir avec médecin SAU en charge du patient

) + décision
10

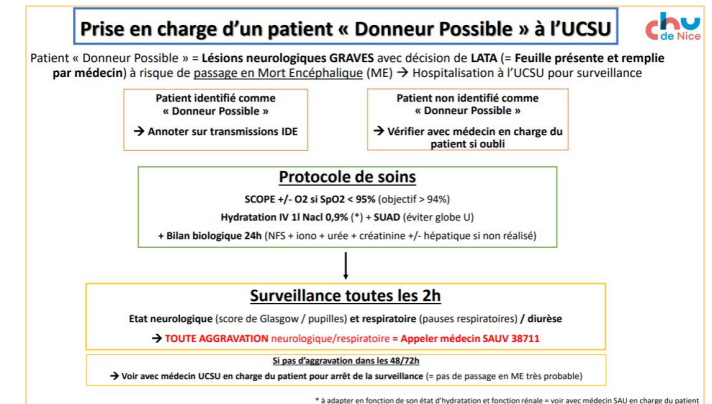
Place de l'urgentiste

UCSU (Patient fléché « Donneur Possible ») = protocole surveillance IDE

- Patient avec lésions neurologiques GRAVES + décision de LATA + lésions susceptibles d'évoluer vers EME (vu avec réa) sans CI absolue à un PMO, mais avec état neuro non grave (GCS 14/15)
- Patient signalé à la CHPOT

➤ SI AGGRAVATION NEUROLOGIQUE

- IDE UCSU → Appel SAUV +/- SRUV
- Abord des proches +/- en réanimation
- Démarche anticipée (recherche non opposition) / CHPOT



Exemple : Avril 2023 – SAUV (déchocage CHU Nice) / Réa méd Archet (CHU Nice)

F 78 ans / autonomie plutôt conservée – AVS et IDEL au domicile

- ATCD : BPCO emphysème, HTA, AOMI opérée 2020 (stent fémoral), coronaropathie stentée, kyste ovarien, ostéoporose, dépression
- Tabagisme sevré 2013, OH (quantité ?)
- Ttt : Furosemide, Bronchodual, Plavix, spironolactone, Loxen, Seresta...

Malaise brutal avec PDCi **en présence AVS 13h00** (Weekend) → PEC VSAV 15h20, trouble neurologique

GCS 3 à l'arrivée IOA → **SAUV 15h40**

TDM cérébral 16h30 : Vol hématorne G, engagement sous falcoriel et temporal, inondation Vre

Bilan biologique : insuffisance rénale (aigue sur chronique probable), reste sans particularité (BH normal)

Décision LATA 17h30 avec Réanimateur MIR

- **Appel CHPOT** / entretien avec AVS (pas de famille) → Rapporte patiente était favorable / Décision IOT

Pas de place MIR (site SAUV Pasteur 2) → **Réa Méd Archet 1 18h30** (**Transfert SMUR**)

- **Angioscanner C 22h36** → EME

Equipe marseillaise pour prélèvement ds la nuit (4h) → **1 Foie** (+ 2 cornées)

H 4'30
Neurolésé grave +
décision de LATA

H 5
Diagnostic EME

PMO

Take home message



- Repérage DP = **Y PENSER** (pré hospitalier → UCSU) devant **neurolésé grave ET 0 CI d'emblée**
- **IOT chez patients de < 90 ans ET coma grave ≤ 6** (+/- extubation au décours)
- Bilan biologique (penser au **BH complet** = FOIE)
- Décision LATA (traçabilité = feuille LATA) → Rappel « **Signalement CHPOT ?** »
- Démarche anticipée (en présence membre CHPOT = idéal) → **Recherche non opposition de son vivant** auprès des proches
- RNR consulté uniquement après diagnostic d'EME (décédé)
- Surveillance UCSU (fléché « DP » / 48h) : **Pas de sédation** (mais respect du confort), **Hydratation** 1 à 2l Nacl / jours → **Diurèse (Sonde U)** / Si dégradation → Médecin U/Réa





Merci pour votre
attention

mignot.a@chu-nice.fr



Dr MIGNOT Axel DHUMU CHU Nice / 28 mars 2024
Médecin urgentiste / Représentant 06 asso *Pharefuge*