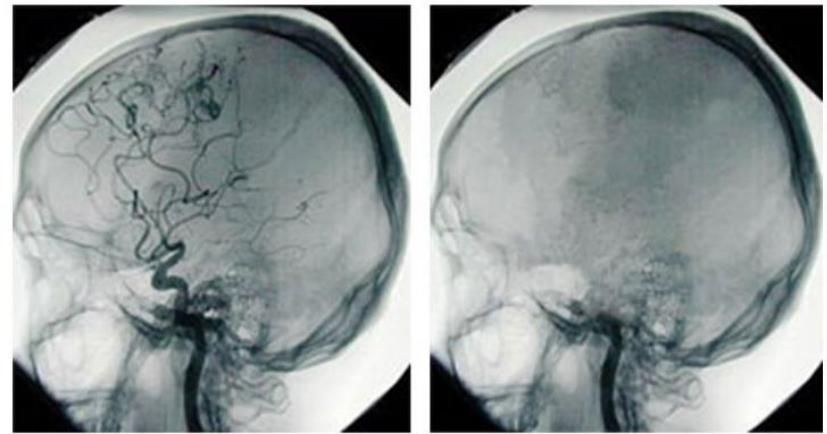




Prélèvement d'organe :
Quoi de neuf en 2024 ?

Place du médecin urgentiste dans la
procédure de PMO



Dr MIGNOT Axel, médecin Urgentiste DHUMU CHU Nice
Jeudi 28 mars 2024

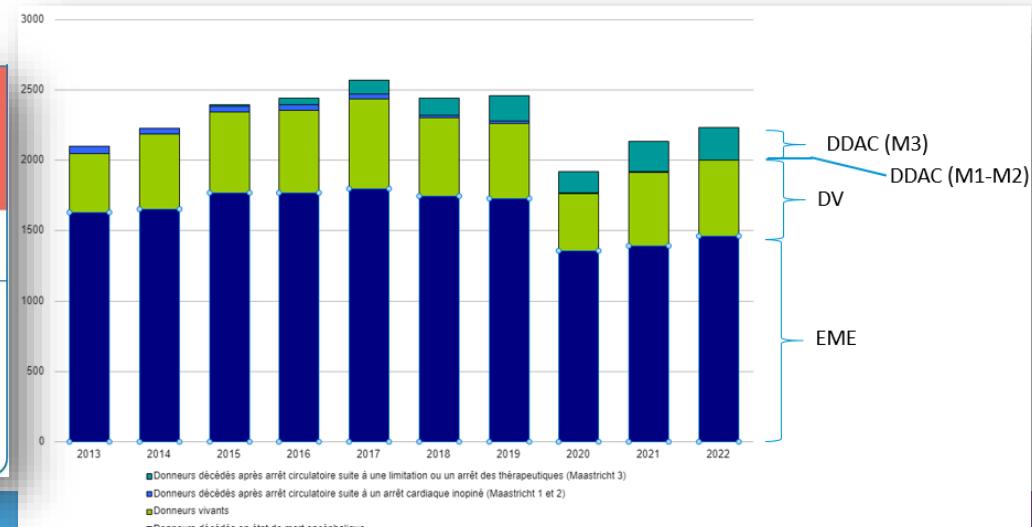
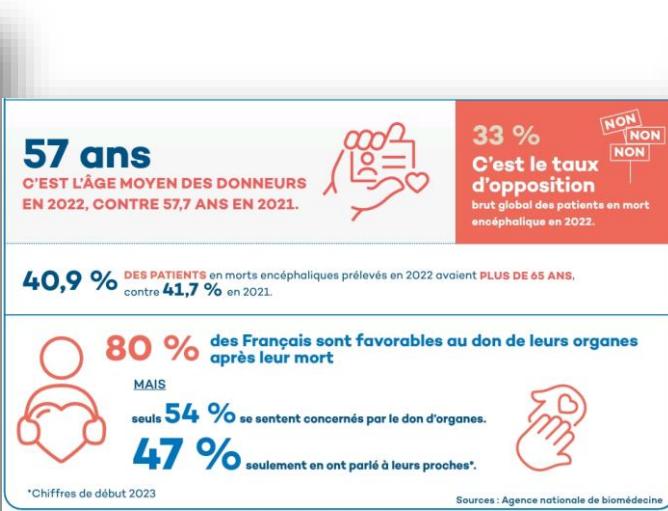
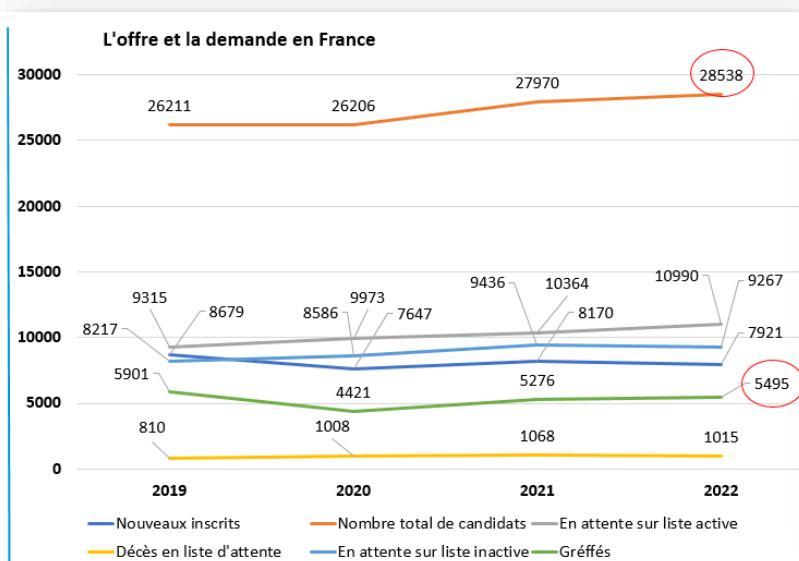
INTRODUCTION - FRANCE

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

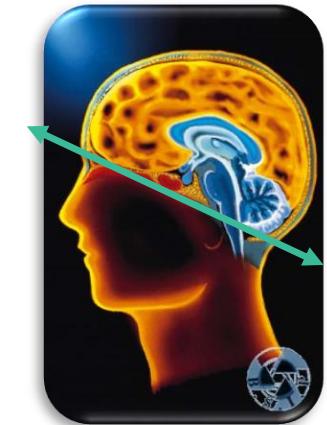
Atteinte du SNC : Hématome / œdème / Vasoconstriction cérébrale / PIC > PPC ...

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

> taux national/local
→ Formation ++

➤ Détail SAU :

29 signalements
(SAUV ++)

5 CI méd d'emblée
10 faibles proba passage EME

14 entretiens
(CHPOT)

7 oppositions rapportées

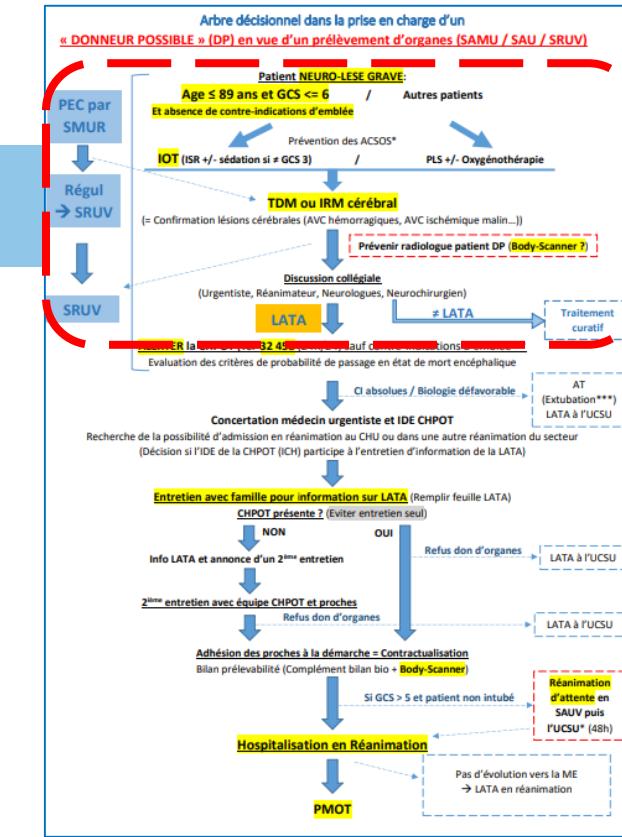
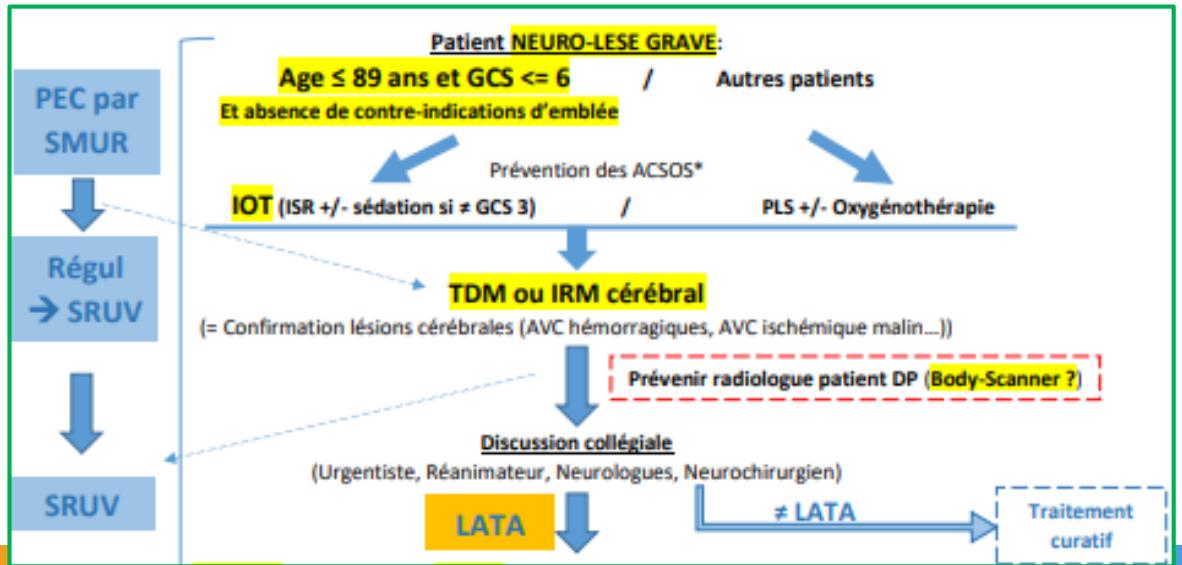
3 PMO (7 organes)
+ 2 Donneurs Tissus



Place de l'urgentiste

PRE HOSPITALIER / HOPITAL

- Quotidien = Coma / suspicion d'AVC
- Protocole « neuro-lésé grave » sur le DHUMU Nice :
 - Age \leq 89 ans + GCS \leq 6 + absence CI absolues = IOT
 - Transfert vers TDM +/- SRUV avant/après imagerie



CI Absolues	CI Relatives
Cancers évolutifs ou en cours de ttt Tuberculose active Etat septique non contrôlé (décès) Absence identité Encéphalites (SIDA) / Rage / Creutzfeld-J	Certains cancers Certaines infections (grippes, palu, dengue...) Pathologies altérant la fonction des greffons (HTA, D...) Addictions / intox...

Place de l'urgentiste

HOPITAL – SAUV / UC

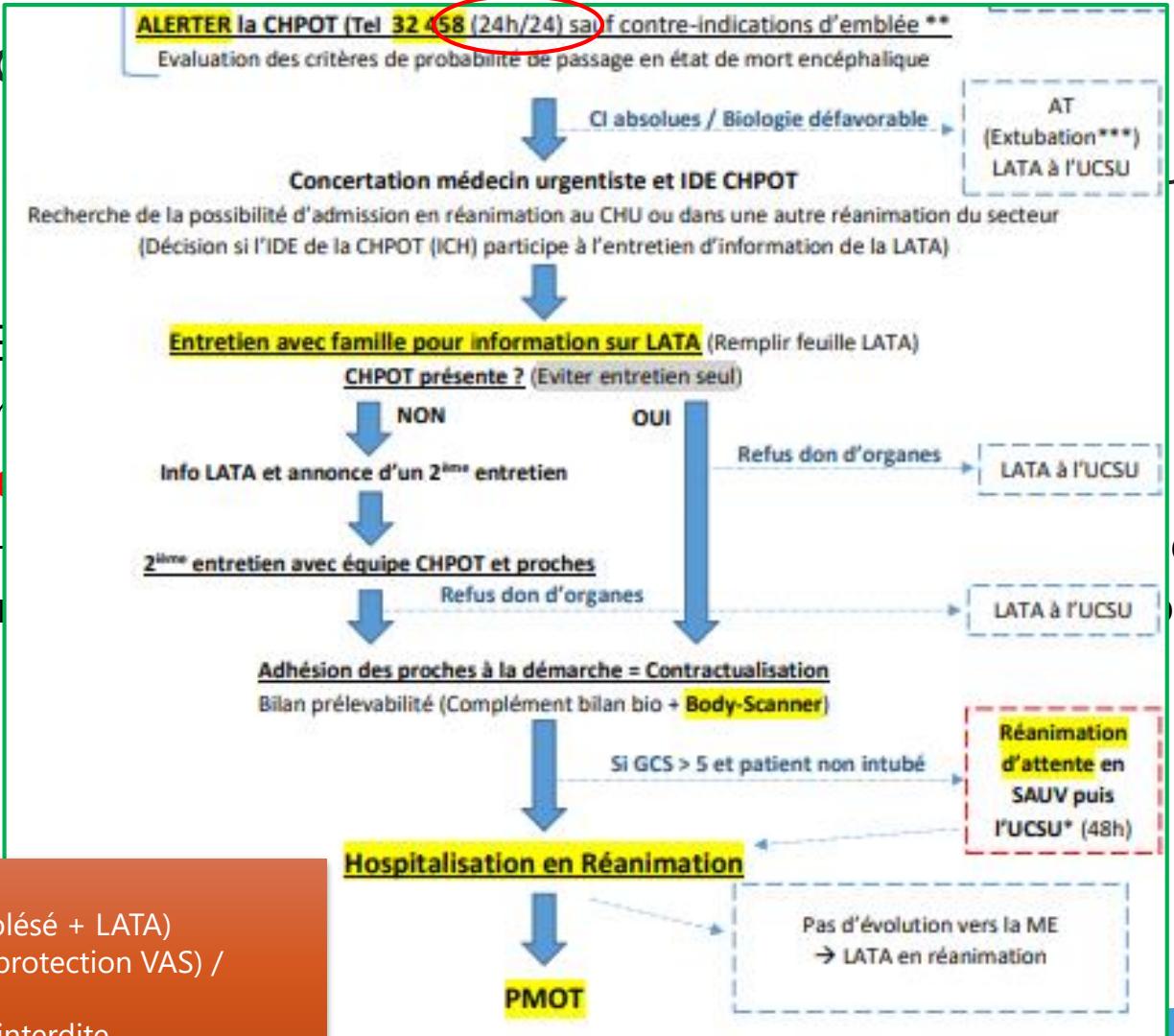
→ Patient coma non

→ Orientation

- Avis RE
- Avis Gr
- **Décisi**
 - +/-
 - Co

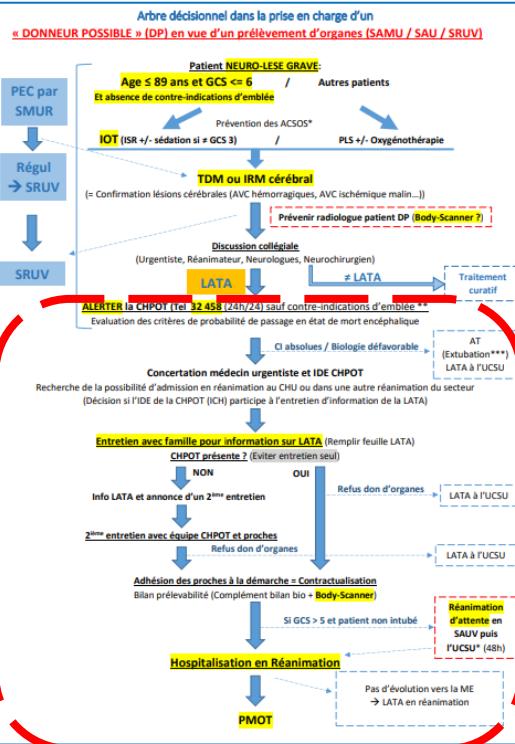
Particularité Principauté Monaco :

- 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 (Patient)

→ Patient ayant une maladie neurologique 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 oubli

Protocole de soins

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

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

+ Bilan biologique 24h (NFS + iono + 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
AO

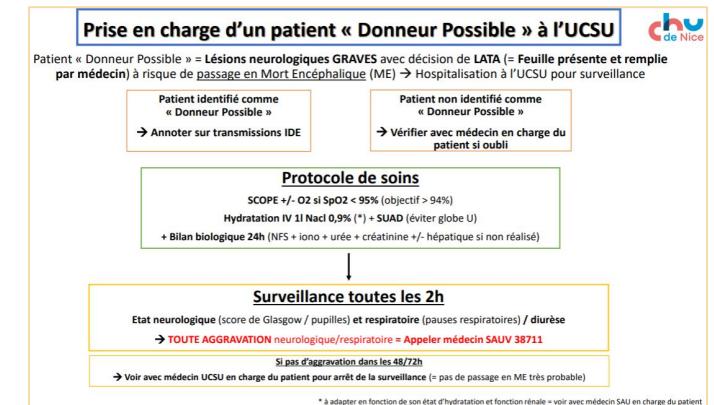
Place de l'urgentiste

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**

H 4'30
Neurolésé grave +
décision de LATA

TDM cérébral 16h30 : Vol hématome 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**)

H 5
Diagnostic EME

- **Angioscanner C 22h36 → EME**

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

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

