

Place du don d'organes chez les patients en coma grave à la suite d'un accident vasculaire cérébral.

Bollaert P-E, Vinatier I, Orlikowski D, Meyer P, Groupe d'Experts. Prise en charge de l'accident vasculaire cérébral chez l'adulte et l'enfant par le réanimateur (nouveau-né exclu), (hémorragie méningée exclue). *Réanimation* 2010;19:471-78.

Recommandations formalisées d'experts sous l'égide de la Société de Réanimation de Langue Française, avec la participation du Groupe Francophone de Réanimation et Urgences Pédiatriques (GFRUP), de la Société Française Neurovasculaire (SFNV), de l'Association de Neuro-Anesthésie et Réanimation de Langue Française (ANARLF), de l'Agence de la Biomédecine (ABM).

JMPG du 28 Mars 2011
Dr Martin-Lefèvre

Place du don d'organes chez les patients en coma grave à la suite d'un accident vasculaire cérébral. Sommaire.

- Illustration par 2 cas cliniques
 - Recommandations du groupe d'experts et résultats des cotations
 - Proposition d'un chemin clinique
 - Chiffres du Réseau Vendéen de Prélèvement d'Organes et de Tissus
-

Les cas cliniques

Mme A., 80 ans, est admise aux Urgences des Sables d'Olonne pour coma.

- ATCD/Mode de vie

- Démence vasculaire (institutionnalisée depuis 4 ans)

- HDLM

- Patiente intubée et ventilée pour glasgow à 5 avec pupilles asymétriques
 - TDM cérébrale: volumineux hémātome profond droit avec inondations ventriculaires
-

Décision d'arrêt des traitements (extubation)

- Après contact téléphonique entre urgentiste des SO et réanimateur (patiente dépendante avec atteintes des fonctions supérieures et gravité de l'hémorragie)
 - Après information de la famille
 - quant au pronostic fonctionnel et vital
 - quant aux modalités d'accompagnement en post-extubation (soins de confort)
 - Famille adhérent à cette prise en charge
-

Décision d'admission en réanimation pour PMO

- Après s'être assuré de l'absence de contre-indication évidente au prélèvement, proposition, auprès des proches, de poursuivre la réanimation dans le seul but d'attendre (dans un délai court) un passage en mort encéphalique
- Patiente non opposée au don d'organes et famille d'accord pour le transfert en réanimation
- Famille revue à l'admission en réanimation
 - pour s'assurer de la bonne compréhension de la situation (réanimation d'attente)
 - pour s'assurer de l'adhésion à cette démarche
- Passage en mort encéphalique à J1
- Prélèvement foie et reins

Mr B., âgé de 76 ans, est admis aux urgences de LRSY pour fibrinolyse d'infarctus cérébral

■ ATCD

- Cardiopathie ischémique avec pontage aorto-coronaire

■ HDLM

- Hémiplégie brutale droite avec aphasie
 - Admission aux urgences à H2 avec patient en coma grave (CGS à 4)!
 - Patient intubé et ventilé
 - TDM: hémorragie massive avec inondation tétra-ventriculaire
-

Décision d'arrêt des traitements

- Patient au-delà de toute ressource thérapeutique (avis neurologue, neurochirurgien et personnel soignant) avec évolution soit vers un décès rapide, soit vers des séquelles lourdes
 - Famille consultée et d'accord avec cette décision
 - Recherche auprès de l'épouse, par l'urgentiste et la coordination, de l'opposition du patient au don:
 - « avait discuté à plusieurs reprises de cette question et son mari y était tout à fait favorable »
 - Admission en réanimation pour éventuel PMO
-

Mais avant l'admission

- Recherche de contre-indication évidente au prélèvement
 - Interrogatoire de la famille et du médecin traitant
 - Biologie (fonction rénale et hépatique)
 - Échographie abdominale
 - Réexplication de la réanimation d'attente et de sa durée limitée (2 à 3 jours)
-

Et pendant le séjour en réanimation

- Accompagnement quotidien des proches par le personnel soignant et la coordination des prélèvements pour s'assurer
 - de la bonne compréhension de la situation
 - de l'absence de « souffrance » des proches liée à l'attente
 - Arrêt des traitements de réanimation à J2 (extubation) car:
 - pas d'aggravation neurologique
 - proches supportant de plus en plus mal l'attente du décès
-

Histoire naturelle des AVC compliqués d'un coma grave

- Etude épidémiologique réalisée dans la région Ouest (n=359)
 - Prise en charge initiale:
 - aux urgences dans la plupart des cas
 - décision de limitation ou arrêt des thérapeutiques (LAT) dans 51% des cas
 - intubation dans 68% des cas
 - Taux de mortalité de 80% dont 39% de mort encéphalique
 - Demande des soignants de recommandations sur la prise en charge des AVC en réanimation et de la place du don dans cette prise en charge
-

RFE Champ 5:

Place du don d'organes chez les patients en coma grave à la suite d'un accident vasculaire cérébral.

Groupe d'experts: Laurent Martin-Lefèvre, Jean-Paul Jacob,
Fabienne Pessione

Recommandation 5.1

- Devant un coma grave à la suite d'un infarctus ou d'une hémorragie cérébrale, en l'absence de toutes ressources thérapeutiques et lorsque l'évolution vers une mort encéphalique est probable, il est possible d'admettre en réanimation un patient dans l'optique exclusive d'un prélèvement d'organes.
-

Recommandation 5.1

- Devant un coma grave à la suite d'un infarctus ou d'une hémorragie cérébrale, en l'absence de toutes ressources thérapeutiques et lorsque l'évolution vers une mort encéphalique est probable, il est possible d'admettre en réanimation un patient dans l'optique exclusive d'un prélèvement d'organes. « **Accord faible** »
-

Recommandation 5.2

- Il est nécessaire d'informer les proches de la gravité de l'atteinte cérébrale, du pronostic sombre (séquelles sévères ou décès) et de l'absence de ressources thérapeutiques avant la recherche préalable auprès des proches d'une opposition du patient au don d'organes.
-

Recommandation 5.2

- Il est nécessaire d'informer les proches de la gravité de l'atteinte cérébrale, du pronostic sombre (séquelles sévères ou décès) et de l'absence de ressources thérapeutiques avant la recherche préalable auprès des proches d'une opposition du patient au don d'organes.
« Accord fort »
-

Recommandations 5.3

- La recherche d'opposition du patient au don d'organes auprès des proches doit se faire dans toute la mesure du possible avec la participation de la coordination hospitalière aux prélèvements d'organes.
-

Recommandations 5.3

- La recherche d'opposition du patient au don d'organes auprès des proches doit se faire dans toute la mesure du possible avec la participation de la coordination hospitalière aux prélèvements d'organes.
« Accord fort »
-

Recommandations 5.4

- En l'absence d'opposition du patient au don, l'accord des proches est indispensable à l'instauration et/ou à la poursuite des thérapeutiques de réanimation dans l'optique exclusive d'un prélèvement d'organes.
-

Recommandations 5.4

- En l'absence d'opposition du patient au don, l'accord des proches est indispensable à l'instauration et/ou à la poursuite des thérapeutiques de réanimation dans l'optique exclusive d'un prélèvement d'organes. « **Accord fort** »
-

Recommandations 5.5

- Il est indispensable que les proches soient informés qu'en l'absence d'évolution vers un état de mort encéphalique, les thérapeutiques de réanimation seront arrêtées et les soins palliatifs entrepris.
-

Recommandations 5.5

- Il est recommandé que les proches soient informés qu'en l'absence d'évolution vers un état de mort encéphalique, les thérapeutiques de réanimation seront arrêtées et les soins palliatifs entrepris. « **Accord fort** »
-

Recommandations 5.6

- Pendant la poursuite des thérapeutiques de réanimation, les proches doivent être soutenus et leur adhésion à la démarche régulièrement évaluée grâce à des entretiens répétés avec l'équipe soignante et la coordination hospitalière aux prélèvements d'organes.
-

Recommandations 5.6

- Pendant la poursuite des thérapeutiques de réanimation, les proches doivent être soutenus et leur adhésion à la démarche régulièrement évaluée grâce à des entretiens répétés avec l'équipe soignante et la coordination hospitalière aux prélèvements d'organes. « **Accord fort** »
-

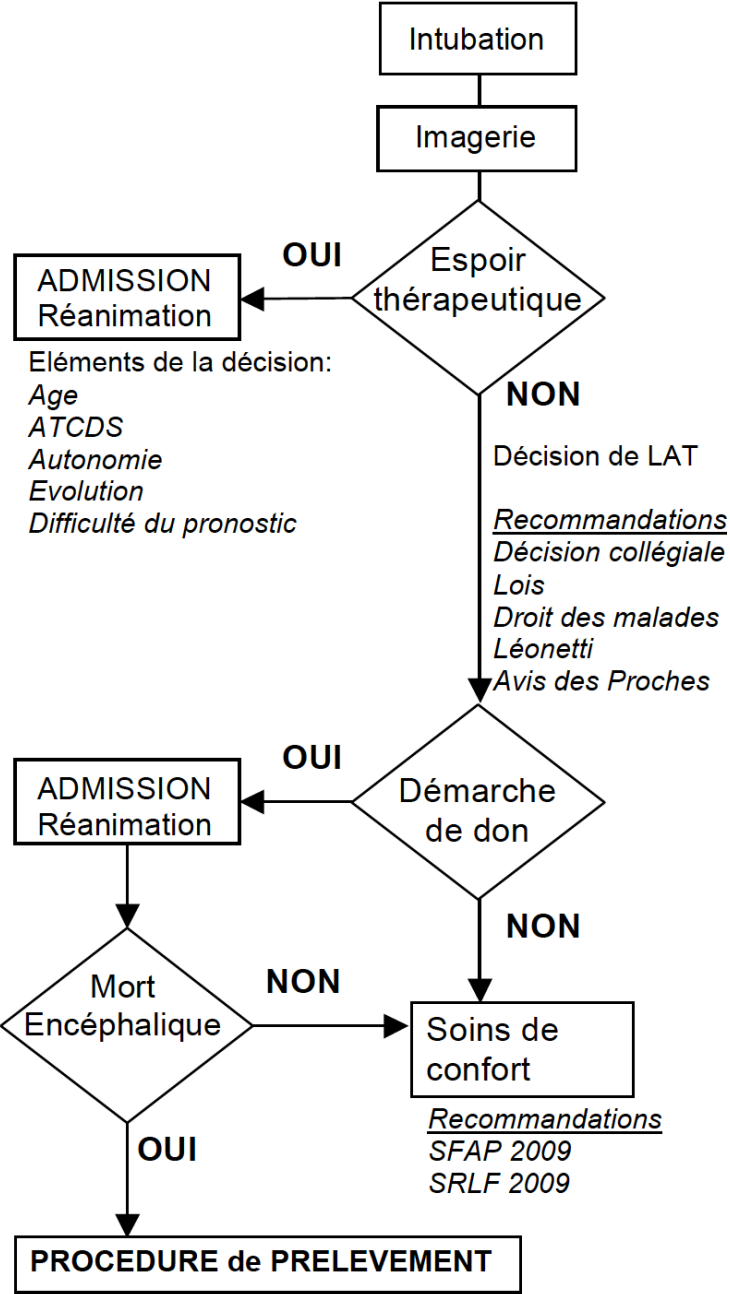
Recommandations 5.7 et 5.8

- Il est recommandé de mener, préalablement à une démarche de don d'organes chez les patients en coma grave à la suite d'un accident vasculaire cérébral, sans espoir thérapeutique, une réflexion hospitalière aboutissant à un consensus, entre les différentes équipes soignantes qui les prennent en charge.
 - Cette démarche doit faire l'objet d'une procédure écrite.
-

Recommandations 5.7 et 5.8

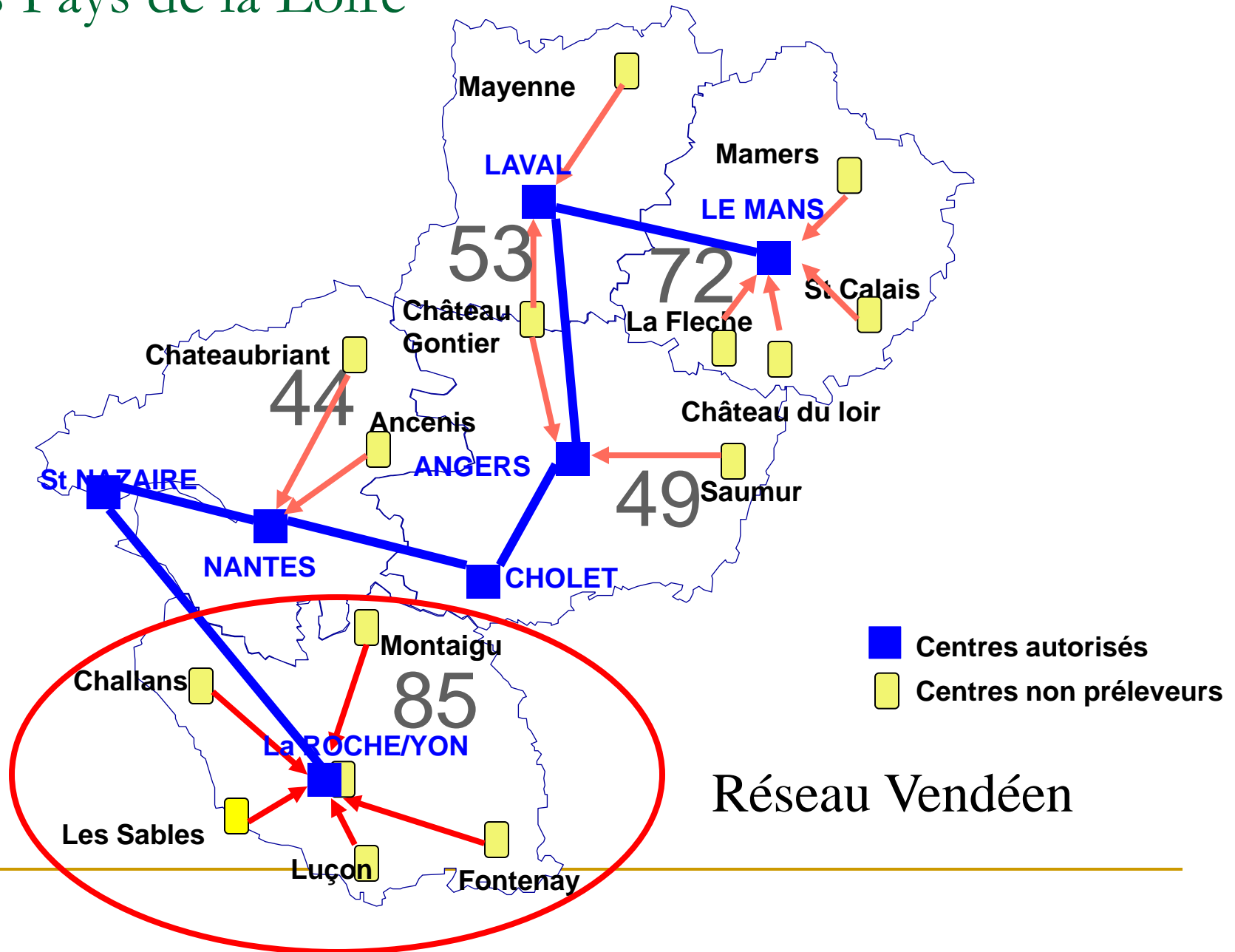
- Il est recommandé de mener, préalablement à une démarche de don d'organes chez les patients en coma grave à la suite d'un accident vasculaire cérébral, sans espoir thérapeutique, une réflexion hospitalière aboutissant à un consensus, entre les différentes équipes soignantes qui les prennent en charge. « **Accord fort** »
- Cette démarche doit faire l'objet d'une procédure écrite. « **Accord fort** »

Proposition d'un chemin clinique à partir de la RFE



Les chiffres du réseau vendéen de prélèvements d'organes et de tissus

Les Pays de la Loire

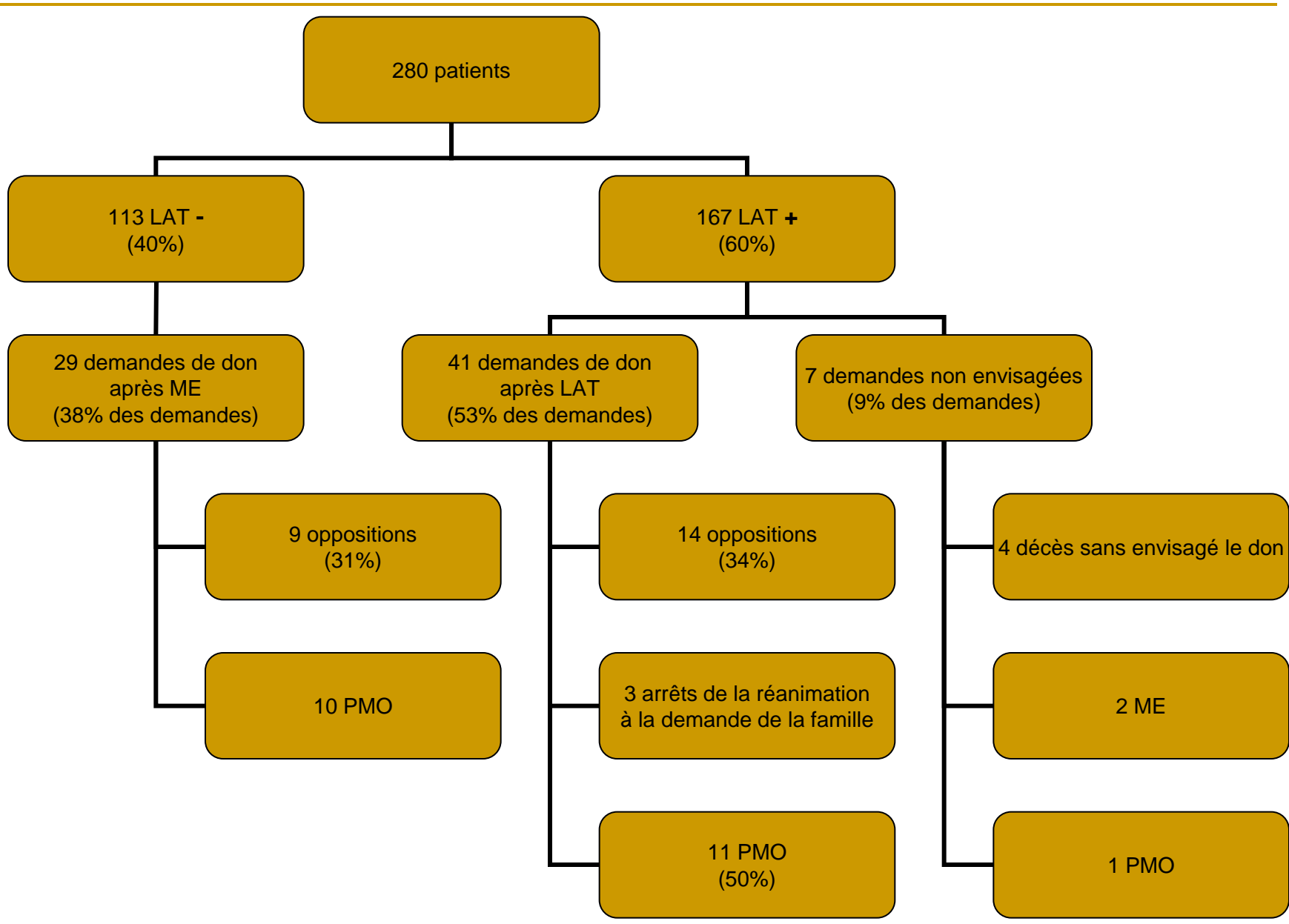


Méthodologie

- Recensement des comas graves (CGS < 8) de cause neurologique à partir, soit de l'appel au réanimateur, soit lors du séjour du patient en réanimation
 - Extraction des données patient comprenant:
 - cause du coma
 - décision de limitations des traitements (LAT)
 - demande de don
 - Devenir du patient:
 - décès ou non par mort encéphalique (ME)
 - prélèvement d'organes (PMO)
-

Données générales

- 290 patients sur la période de 2009 à 2010
 - 280 patients analysables
 - Médiane du CGS à 3
 - Causes du coma
 - AVC 112 (39%)
 - Anoxie et autres 158 (55%)
 - Traumatisme 19 (7%)
 - Médiane d'âge: 70 ans (23 ans à 92 ans)
-



Conclusion

- L'admission en réanimation d'un patient en coma grave dans le seul but d'un prélèvement d'organes est possible
 - Les conditions requises
 - Coopération entre les différents acteurs de santé (SAMU-Urgences-Neurologie-Neurochirurgie-Réanimation-Coordination des prélèvements)
 - Consensus des équipes sur les modalités d'arrêts des traitements de réanimation
 - Formations des acteurs de santé à l'abord des proches
-