



Programme Latin de Don d'Organes



Fribourg



Genève



Jura



Neuchâtel



Tessin



Valais



Vaud

PROCOLE POUR LE DIAGNOSTIC DE LA MORT CÉRÉBRALE CHEZ LE DONNEUR À CŒUR BATTANT DANS LE CONTEXTE DE LA TRANSPLANTATION D'ORGANES

selon les directives médico-éthiques 2017
de
l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)

Ce document a été élaboré par : le Pr. Yvan Gasche, médecin adjoint agrégé, Service des soins intensifs des HUG et le Dr Jean-Pierre Revelly, PD MER, médecin adjoint, Service de médecine intensive adulte du CHUV. Il a été validé par la direction du PLDO. Rédaction: Diane Moretti.
Mise à jour novembre 2017 par la direction du PLDO.

Étiquette dito

ALGORITHME POUR LE DIAGNOSTIC DE LA MORT CÉRÉBRALE

Lésion cérébrale primaire ou lésion anoxique
(situation clinique dépassée)

I
Sans
facteurs
confondants

II
Traumatisme crânio-facial
empêchant l'examen
des nerfs crâniens

III
Participation métabolique /
toxicologique possible
suspectée

IV
Suspicion de
polyradiculonévrite
des nerfs crâniens

Suivre la procédure:

I
Étapes
1→2→4→7→8

II
Étapes
1→2→4→5*→6→7→8

III
Étapes
1→2→3→4

IV
Étapes
1→2→4→5*→6→7→8

exclue

doute
persiste

IIIa
Étapes
→7→8

IIIb
Étapes
→6→7→8

*Suivre la procédure point 5, page 8

Étapes

- 1 **POINTS GÉNÉRAUX ET CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ DES DONNEURS POTENTIELS**
 - A. Critères cliniques d'exclusion du don
 - B. Autorisation au don et aux mesures de conservation des organes
 - C. Implication judiciaire en cas de mort non naturelle
- 2 **DÉCLARATION D'ACCORD AU PRÉLÈVEMENT D'ORGANES ET DE TISSUS**
- 3 **DOSAGES SANGUINS DESTINÉS À EXCLURE UNE COMPOSANTE MÉTABOLIQUE ET TOXIQUE**
- 4 **EXAMEN CLINIQUE DE DÉFAILLANCE COMPLÈTE DU CERVEAU**
- 5 **DÉTERMINATION DE L'ACTIVITÉ BIOÉLECTRIQUE CORTICALE PAR EEG**
- 6 **EXAMENS PARA-CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES**
- 7 **CONCLUSION / RÉSUMÉ**
- 8 **APPEL DES COORDINATEURS DE PRÉLÈVEMENT-TRANSPLANTATION**

Étiquette dito

1. POINTS GÉNÉRAUX ET CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ DES DONNEURS POTENTIELS

A. Critères cliniques d'exclusion du don	oui	non
Infection systémique grave incurable ou d'origine inconnue Lors d'un sepsis contrôlé par antibiothérapie dirigée, la contre-indication au don d'organes doit être discutée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suspicion (ou risque) de maladie à prions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suspicion d'infection par le virus de la rage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie dégénérative d'origine inconnue affectant le système nerveux central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie néoplasique, quelle que soit sa localisation Exceptions: - Certaines tumeurs primaires du système nerveux central ne formant pas de métastase; - Carcinome primaire des cellules basales de la peau; - Carcinome in situ du col de l'utérus; - Tumeur maligne guérie sans récurrence après 5 ans.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques :

La discussion concernant le don d'organes devrait être engagée après que la famille a été informée que la situation médicale est dépassée. Le moment de la discussion du don avec la famille doit être adaptée aux circonstances individuelles. Cette discussion aborde le don d'organes **et** les mesures médicales nécessaires à leur conservation.

B1. Autorisation au don d'organes et de tissus	Favorable	Non favorable	Non connue
Déclaration écrite du (de la) patient (e)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volonté présumée du (de la) patient (e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décision du représentant légal, du représentant thérapeutique ou des proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*En présence d'une déclaration écrite du patient, l'accord écrit des proches n'est en principe pas nécessaire

Étiquette dito

B2. Autorisation aux mesures médicales destinées à la conservation des organes	Favorable	Non favorable	Non connue
Déclaration écrite du (de la) patient (e)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volonté présumée du (de la) patient (e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décision du représentant légal, du représentant thérapeutique ou des proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*En présence d'une déclaration écrite du patient, l'accord écrit des proches n'est en principe pas nécessaire

C. Implication judiciaire en cas de mort non naturelle	oui	non
<p>En cas de mort non naturelle (constat de décès), accord donné par l'instance judiciaire compétente en accord avec les procédures cantonales.</p> <p>Date, heure: _____</p> <p>Personne de contact : _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques:



2. DÉCLARATION D'ACCORD AU PRÉLÈVEMENT D'ORGANES ET DE TISSUS À FIN DE TRANSPLANTATION À PARTIR D'UNE PERSONNE DÉCÉDÉE

(disponible sur <https://pldo.hug-ge.ch/directives-et-recommandations> dans d'autres langues)

Je soussigné(e):

Nom: _____

Prénom: _____

Lien de parenté: _____

déclare avoir été dûment informé(e) par le Dr. _____.

J'ai bien compris l'état de santé de mon (ma) _____, M./Mme. _____.

L'équipe médico-infirmière m'a laissé suffisamment de temps de réflexion avant ma prise de décision.

Estimant que mon (ma) _____ aurait approuvé le don de ses organes et les mesures médicales pour leur conservation, je donne librement mon accord au prélèvement d'organe(s) et de tissu(s) à fin de transplantation.

Après le décès, j'autorise:

Tout prélèvement d'organes et de tissus **ou**

le prélèvement de:

cœur <input type="checkbox"/>	poumons <input type="checkbox"/>	foie <input type="checkbox"/>	pancréas <input type="checkbox"/>
intestin <input type="checkbox"/>	reins <input type="checkbox"/>	cornées <input type="checkbox"/>	autres tissus <input type="checkbox"/>

Lieu: _____

Date: _____

Heure: _____

Signature du proche: _____

Étiquette dito

3. DOSAGES SANGUINS DESTINÉS À EXCLURE LA COMPOSANTE MÉTABOLIQUE OU TOXIQUE

Electrolytes: Na: _____ K: _____ Ca: _____

Glycémie: _____ Autre(s): _____

Urée: _____ Créatinine: _____ Autre(s): _____

Fonction hépatique - Facteurs de la coagulation: _____

Dosages toxicologiques quand ils sont nécessaires: _____

Étiquette dito

4. EXAMEN CLINIQUE DE DÉFAILLANCE COMPLÈTE DU CERVEAU

	cocher
T° ≥ 35°C	<input type="checkbox"/>
Coma	<input type="checkbox"/>
Pupilles moyennement dilatées ou en mydriase bilatérale, sans réaction à la lumière	<input type="checkbox"/>
Absence du réflexe vestibulo-oculaire: Mobilisation rapide de la tête (yeux de poupée) ou si lésion cervicale test calorique (injection d'eau froide dans le conduit auditif externe D et G)	<input type="checkbox"/>
Absence des réflexes cornéens	<input type="checkbox"/>
Absence de réaction d'origine cérébrale à des stimuli douloureux	<input type="checkbox"/>
Absence des réflexes de toux et oropharyngé	<input type="checkbox"/>
Absence d'activité respiratoire spontanée:	
-pas de curarisation	<input type="checkbox"/>
Test d'apnée	
-gazométrie artérielle initiale	<input type="checkbox"/>
-ventilation 10 minutes avec FIO ₂ : 1.0	<input type="checkbox"/>
-diminuer la Vmin (0.5 à 2l/min)	<input type="checkbox"/>
-gazométrie artérielle PaCO ₂ > 8 kPa (60mmHg) et pH _a < 7,30	<input type="checkbox"/>
-déconnexion du patient du respirateur	<input type="checkbox"/>
-oxygénation: O ₂ 2 à 4 L/min, par sonde endotrachéale	<input type="checkbox"/>
-observation de l'absence de mouvement respiratoire pendant 1 minute*	<input type="checkbox"/>
-reprise du mode ventilatoire et O ₂ antérieurs au test	<input type="checkbox"/>

Date: _____

Heure: _____

Noms et signatures des 2 médecins spécialistes (au sens des directives de l'ASSM) ayant pratiqué l'examen clinique (l'un des 2 n'a pas été impliqué dans la prise en charge du malade)

Signature: _____

Signature: _____

Nom: _____

Nom: _____

Spécialité: _____

Spécialité: _____

Étiquette dito

* Si test pratiqué sous CPAP, observation pendant 3 minutes

5. DÉTERMINATION DE L'ACTIVITÉ BIOÉLECTRIQUE CORTICALE PAR ÉLECTRO-ENCÉPHALOGRAPHIE (EEG)

- a) **En cas de trauma crânio-facial ou de polyradiculonévrite** empêchant un examen fiable des nerfs crâniens, la présence d'une activité bioélectrique à l'EEG exclut d'emblée le diagnostic de mort cérébrale. L'examen de la circulation cérébrale tel que recommandé à l'étape 6 n'est alors plus justifié. En cas d'absence d'activité bioélectrique, le diagnostic de mort cérébrale doit être posé par un examen de la circulation cérébrale tel que recommandé à l'étape 6. Si l'EEG n'est pas disponible, cela ne doit pas préteriter la procédure, l'examen de la circulation doit être pratiqué tel que recommandé.
- b) **En cas d'atteinte isolée du tronc cérébral**, la présence d'une activité bioélectrique à l'EEG exclut d'emblée le diagnostic de mort cérébrale (dd: locked in ?!). L'examen de la circulation cérébrale (angio-CT, angio etc...) n'est alors plus justifié. En cas d'absence d'activité bioélectrique, le diagnostic de mort cérébrale doit être posé par un examen de la circulation cérébrale tel que recommandé à l'étape 6.

Résultat de l'EEG: _____

Étiquette dito

6. EXAMENS PARA-CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES PERMETTANT DE MONTRER L'ARRÊT CIRCULATOIRE CÉRÉBRAL

Pression artérielle moyenne (PAM) \geq 60mmHg pendant l'examen

Ultrasonographie Doppler transcrânienne à codage couleur
(Spécialiste en Neurologie avec CFC en maladies cérébro-vasculaires)

Ou

Angio-tomographie axiale computerisée (Spécialiste en Radiologie)

Ou

Angio-tomographie par résonance magnétique (Spécialiste en Radiologie)

Ou

Angiographie par soustraction digitale (Spécialiste en Radiologie)

Résultat:

Date: _____

Heure: _____

Nom du médecin spécialiste: _____

Signature: _____

Étiquette dito

7. CONCLUSION ET RÉSUMÉ

Cause ayant conduit à la mort:

Procédure choisie (entourer ce qui convient):

	I	II	IIIa	IIIb	IV
CHECK-LISTE DES ÉTAPES À SUIVRE SELON LA PROCÉDURE CHOISIE					
1. POINTS GÉNÉRAUX ET CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ DES DONNEURS POTENTIELS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. DÉCLARATION D'ACCORD AU PRÉLÈVEMENT D'ORGANES ET DE TISSUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. DOSAGES SANGUINS DESTINÉS À EXCLURE UNE COMPOSANTE MÉTABOLIQUE ET TOXIQUE			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. EXAMEN CLINIQUE DE DÉFAILLANCE COMPLÈTE DU CERVEAU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. DÉTERMINATION DE L'ACTIVITÉ BIOÉLECTRIQUE CORTICALE PAR EEG		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
6. EXAMENS PARA-CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. CONCLUSION / RÉSUMÉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Toutes les conditions pour le diagnostic de la mort cérébrale sont remplies et le corps peut être libéré pour le prélèvement des organes et des tissus mentionnés dans la déclaration d'accord. Oui Non

Si non expliquer:

8. APPEL DES COORDINATEURS DE PRÉLÈVEMENT-TRANSPLANTATION

Date: _____

Heure: _____

Nom du médecin spécialiste en médecine intensive en charge du patient ou ISDOT : _____

Signature: _____

Étiquette dito