

Détection, annonce et suivi d'un donneur DCD

Module — 9

Version 1.1 — Février 2023

Équipe rédactionnelle :

PD Franz Immer, Renato Lenherr, Spécialiste en médecine intensive, Dre Deborah Pugin,
Christophe Rennesson

Équipe d'experts :

Sascha Albert, Pr Christian Benden, Dr Christian Brunner, Dre Edith Fässler, Dr Raphael Giraud,
Dr Mathias Nebiker, Stefan Regenscheit, Dr Kai Tisljar

Inhalt

| | |
|--|----------|
| 1.0 Introduction | 5 |
| 1.1 Histoire du Swiss Donation Pathway | 5 |
| 1.2 Histoire du don DCD ¹ | 5 |
| 2.0 Résumé | 6 |
| 2.1 Schéma des étapes de processus | 6 |
| 2.2 Points essentiels d'un don DCD | 6 |
| 3.0 Étapes détaillées du processus du don DCD | 8 |
| 3.1 Détection | 8 |
| 3.1.1 Condition de base | 8 |
| 3.1.2 Quel patient peut devenir donneur ? | 10 |
| 3.1.3 Où est détecté un donneur DCD possible ? | 10 |
| 3.1.4 Qui détecte un donneur DCD ? | 10 |
| 3.1.5 Quand la question d'un don possible se pose-t-elle ? | 11 |
| 3.1.6 Soutien, informations FOGS-SDOT ² , hotline | 11 |
| 3.2 Mesures préliminaires dans la prise en charge d'un donneur DCD | 12 |
| 3.3 Évaluation des dons d'organes | 12 |
| 3.3.1 Consentement | 14 |
| 3.3.2 Durée probable de la phase terminale | 14 |
| 3.3.3 Critères médicaux | 14 |
| 3.4 Annonce – inscription dans le Swiss Organ Allocation System (SOAS) | 16 |
| 3.5 Transfert d'un donneur potentiel dans un hôpital de prélèvement | 16 |
| 3.6 Mise en œuvre du don d'organes : phase finale et prélèvement d'organes | 17 |
| 3.6.1 Préparation immédiate/planification | 17 |
| 3.6.2 Mise en œuvre : changement thérapeutique, phase terminale, décès | 17 |

¹ DCD: Donation after Cardiocirculatory Death

² FOGS: spécialiste du don d'organes et de tissus

| | |
|---------------------------------------|----|
| 3.6.3 Prélèvement d'organes | 21 |
| 3.6.4 Prise en charge de la dépouille | 21 |
| 3.6.5 Suivi des proches | 21 |
| 3.6.6 Contrôle qualité | 22 |
| 3.6.7 DCD et prélèvement du cœur | 22 |

Les termes « le patient » ou « le donneur » utilisés dans ce module englobent toujours les personnes des deux sexes. Le masculin est uniquement utilisé pour faciliter la lecture du texte. Il en est de même pour le terme de « don d'organes » qui inclut aussi le don de tissus, où cela s'avère utile.

1.0

Introduction

1.1 Histoire du Swiss Donation Pathway

Les directives et les recommandations du Swiss Donation Pathway ont été conçues comme un programme d'assurance qualité avec des normes nationales applicables au processus du don d'organes. Elles font partie d'un outil de formation destiné aux personnes impliquées dans le processus du don d'organes afin de respecter les exigences légales de la loi sur la transplantation, qui est entrée en vigueur le 1er juillet 2007.

Le module 9 : « Détection, annonce et suivi d'un donneur DCD » fait partie du Swiss Donation Pathway qui repose sur le Critical Pathway, en vigueur pour le don d'organes en état de mort cérébrale.

Le Swiss Donation Pathway est un projet commun de la Société Suisse de Médecine Intensive (SGI-SSMI) et du Comité National du don d'organes (CNDO)/Swisstransplant. Les recommandations ont été élaborées par des intensivistes du groupe d'experts du CNDO. Les recommandations pour le traitement du donneur adulte Donation after Cardiocirculatory Death (DCD) sont destinées au personnel médical des unités de soins intensifs de Suisse. L'objectif est de réaliser le don et le souhait de chaque donneur possible, qualifié pour un don d'organes et favorable au don. Le nombre des donneurs non utilisés, en raison d'une non-détection ou d'une prise en charge insuffisante, doit être minimisé afin de pouvoir augmenter la quantité et la qualité des organes disponibles pour la transplantation.

1.2 Histoire du don DCD

Le don d'organes après arrêt cardio-circulatoire est une notion existant depuis le début de l'histoire du don d'organes et était également répandu en Suisse [1]. Il était largement reconnu qu'une personne mourait rapidement après un arrêt cardiaque. Les premières directives de l'ASSM sur la constatation de décès datant de 1969 mentionnent d'abord le critère d'arrêt cardio-circulatoire, et seulement ensuite l'état de mort cérébrale avec perte irréversible des fonctions cérébrales, alors que le cœur continue de battre. D'un point de vue historique, le don en état de mort cérébrale (DBD) est cependant rapidement devenu la norme, le don après un arrêt cardio-circulatoire se faisant de plus en plus rare. Le don DBD a donc été alors perçu comme le « don normal ».

L'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur la transplantation en 2007 en Suisse a entraîné la suspension de toutes les activités DCD en raison d'incertitudes juridiques [2]. En 2009, à l'initiative de Swisstransplant, tous les experts impliqués ont été invités à participer à une table ronde pour ouvrir la voie à la réintroduction du don DCD en Suisse [3, 4]. Une expertise d'Olivier Guillod en 2011 a permis de lever les incertitudes juridiques relatives au don DCD et de le rendre légal [5]. Un programme DCD entièrement nouveau a ensuite été développé et établi dans les réseaux suisses [6]. Selon les pays, les termes DCD, DDAC (Donneurs Décédés après Arrêt Cardiaque) ou DAC (Donneur à Cœur Arrêté) sont utilisées.

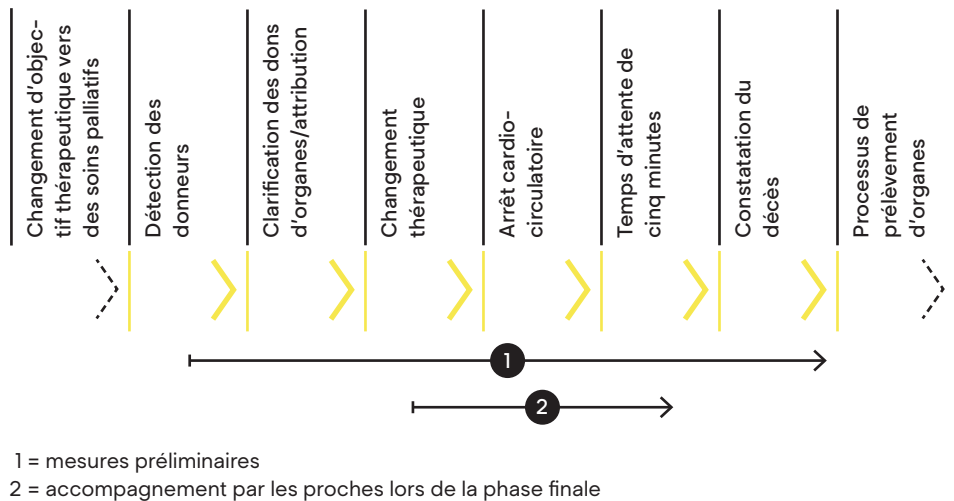
Dans ce module, les directives et les recommandations du Swiss Donation Pathway ont été conçues comme un programme d'assurance qualité avec des normes nationales applicables au processus du don DCD.

2.0

Résumé

2.1 Schéma des étapes de processus

Illustration 1 : schéma des étapes de processus



2.2 Points essentiels d'un don DCD

Un don DCD est la combinaison de deux processus englobant les soins palliatifs d'un patient et la possibilité d'un don d'organes. Envisager un don DCD est une étape obligatoire dès que les médecins constatent l'imminence du décès d'un patient dans un hôpital. En règle générale, il s'agit de patients se trouvant dans des unités de soins intensifs ou en salle de réanimation et pour lesquels l'inefficacité ou l'absence de perspectives des mesures thérapeutiques possibles entraînent le changement d'objectif thérapeutique vers des soins palliatifs et qui ne remplissent pas les critères de mort cérébrale de l'ASSM pendant le délai d'attente admissible après accord au don d'organes. Si la probabilité est élevée que le patient décède peu de temps après l'interruption du maintien des mesures thérapeutiques vitales, ce patient devient un donneur DCD potentiel. Cette possibilité doit correspondre à la volonté du

patient et aux prescriptions médicales. L'ensemble des décisions et des actions font partie des étapes de thérapie palliative de l'End-of-Life Care, avec obligation d'agir dans l'intérêt du patient pendant cette phase. L'accent est mis avant tout sur les meilleurs soins palliatifs possible compte tenu de la volonté du patient et des besoins des proches. La question du don d'organes ne sera toujours posée qu'après la décision finale du changement d'objectif thérapeutique vers des soins palliatifs. S'il ne s'agit pas de mort naturelle, le ministère public doit intervenir avant d'envisager un changement thérapeutique. En l'absence de contre-indications médicales absolues (voir SDP Module 1), il faut demander aux proches quelle était la volonté de la personne décédée. En cas de consentement, les organes sont évalués et toutes les données sont saisies dans le Swiss Organ Allocation System (SOAS). Une fois les données saisies contrôlées, le donneur est validé par le Medical Advisor. Des algorithmes préprogrammés et la typisation disponible permettent la sélection des receveurs correspondants conformément à l'attribution nationale.

Le changement thérapeutique est planifié avec soin et mis en œuvre conformément aux directives des soins palliatifs [7–10]. Les proches peuvent accompagner le patient pendant la phase terminale (schéma, III. 1 : flèche 2) et prennent congé de lui après confirmation de l'arrêt cardiaque par échocardiographie. Cinq minutes au moins doivent s'écouler avant que deux médecins spécialistes indépendants de la transplantation ne viennent constater le décès. L'équipe de transplantation réalise ensuite le prélèvement d'organes. Seuls sont prélevés les organes attribués à des receveurs. Après le prélèvement, la plaie est refermée par une équipe chirurgicale, afin de préserver l'intégrité physique du défunt. Après le prélèvement multiorganes, le défunt peut être mis en bière, de manière à accorder aux proches encore un peu de temps pour prendre congé, ce que nous conseillons en tous les cas.

L'équipe de traitement de l'unité de soins intensifs est responsable de l'ensemble du processus allant de la détection du donneur jusqu'à la constatation du décès. L'accent est mis avant tout sur les meilleurs soins palliatifs possibles avec prise en compte de la volonté du patient et des besoins des proches. Toutes les mesures nécessaires au don d'organes, du changement d'objectif thérapeutique vers des soins palliatifs jusqu'à la constatation du décès sont des mesures préliminaires (schéma : flèche 1) qui sont soumises à des contraintes des plus strictes en termes d'acceptabilité, de nécessité et de consentement (Directives de l'ASSM 2021 « Diagnostic de la mort en vue de la transplantation d'organes et préparation du prélèvement d'organes », p. 21).

3.0

Étapes détaillées du processus du don DCD

3.1 Détection

Les patients présentant un pronostic défavorable et maintenus en vie par des mesures thérapeutiques vitales doivent être considérés comme des donneurs potentiels et il s'agit de clarifier leur admissibilité en tant que donneur. Le suivi professionnel par des intensivistes est indispensable pour connaître la volonté du patient et permettre éventuellement un don d'organes.

Tout patient ne se trouvant pas en état de mort cérébrale dans les 48 heures suivant son accord au don d'organes et qui décède peu de temps après l'interruption du maintien des mesures thérapeutiques vitales, est un donneur DCD potentiel. Avant le changement d'objectif thérapeutique vers des soins palliatifs, il est important d'envisager un don d'organes afin de pouvoir alors le réaliser si ce don correspond aux souhaits du patient. De l'expérience est nécessaire à ce niveau, mais aussi l'habitude de traiter systématiquement les checklists et les éléments de contrôle du parcours thérapeutique, dont peut avoir besoin une équipe de traitement. Les points suivants décrivent les aspects essentiels du processus de détection d'un donneur DCD potentiel.

3.1.1 Condition de base

Le changement d'objectif thérapeutique vers des soins palliatifs est la condition sine qua non à un don d'organes après arrêt cardio-circulatoire. La décision doit être prise indépendamment du don d'organes et avant toute clarification. Elle se base sur la comparaison entre l'avis de l'équipe de traitement (pronostic) et la volonté du patient, réelle ou assumée. La question portant sur la possibilité d'un don d'organes peut être posée une fois cette décision prise.

A Maastricht en 1995, une classification des décès après arrêt circulatoire a été établie (révisée en 2013) [7].

Classification de Maastricht

Catégorie I : décès déjà survenu lors de l'arrivée à l'hôpital

Catégorie II : décès après échec de la réanimation

Catégorie III : décès après interruption des mesures thérapeutiques vitales

Catégorie IV : arrêt cardio-circulatoire suite à un décès dû à une lésion cérébrale primaire

Catégorie V : arrêt cardio-circulatoire inattendu chez un patient gravement malade

Les catégories I, II et IV correspondent à des dons d'organes après un arrêt cardio-circulatoire inattendu ou non contrôlé. Dans la catégorie III, le don d'organes est réalisé après le changement d'objectif thérapeutique en faveur des soins palliatifs. Dans ce module, les directives et les recommandations du Swiss Donation Pathway ont été conçues comme un programme d'assurance qualité avec des normes nationales applicables au processus du don DCD de catégorie III.

Dans le cadre de la catégorie DCD Maastricht III, la décision du changement d'objectif thérapeutique est le critère déterminant indispensable à toute clarification du don d'organes. Cette décision repose sur le pronostic et la volonté du patient ou de ses proches. Le pronostic permet d'évaluer la meilleure issue possible et sa probabilité de survenue, mais aussi le déroulement probablement escompté. Le pronostic est une évaluation médicale basée sur des examens, des expertises et de l'expérience.

Un changement d'objectif thérapeutique vers des soins palliatifs peut être décidé pour deux raisons. Première raison : le pronostic est défavorable, c'est-à-dire que le patient ne survivra pas à court ou à moyen terme et que le traitement est donc futile. Dans ce cas, l'interruption des soins est initiée d'un point de vue purement médical.

Deuxième raison: le pronostic ne correspond pas aux attentes du patient quant à sa qualité de vie, c'est-à-dire que la mauvaise qualité de vie qui découlerait de la poursuite des soins ne correspond pas aux souhaits du patient. Cette décision doit être justifiée par la volonté exprimée du patient ou par sa volonté présumée, obtenue suite aux entretiens avec les proches.

Il est fondamental que l'évaluation et l'éventuelle décision de changement d'objectif thérapeutique soit prise par l'équipe de soins intensifs. La possibilité d'un don d'organes ne doit avoir aucune influence sur cette décision. Un changement d'objectif thérapeutique vers des soins palliatifs doit donc toujours être clairement fixé et soigneusement documenté avant l'évocation de la possibilité du don d'organes. Lors de la décision du changement d'objectif thérapeutique vers des soins palliatifs, aucun membre de l'équipe de traitement ne doit être concerné par le candidat envisagé pour la transplantation. Un don d'organes ne peut être envisagé que si le changement d'objectif thérapeutique a été expliqué et accepté par les proches.

Illustration 2 : condition de base pour un don d'organes après arrêt cardio-circulatoire

Thérapie inefficace ou
thérapie désespérée



Décision de changement
d'objectif thérapeutique
vers des soins palliatifs



Évaluation du don DCD

– Équipe de traitement
avec les proches
conformément à la
volonté du patient

– Équipe de traitement
avec les proches
conformément à la
volonté du patient
– Spécialiste du don
d'organes

3.1.2 Quel patient peut devenir donneur ?

S'il est probable que la mort cérébrale survienne dans les prochaines 48 heures avec maintien du fonctionnement du système circulatoire, et si le patient est donc ainsi qualifié pour un don DBD, ce laps de temps doit être respecté. Selon les directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM), des mesures de préservation des organes en vue d'une transplantation avant le décès sont autorisées pendant deux jours, en tenant compte de la volonté du patient et de ses proches. Si la mort cérébrale ne survient pas, un don DCD peut alors être envisagé.

La dépendance d'un patient à une assistance mécanique ou médicamenteuse des organes vitaux est le critère de décision entraînant la détection d'un patient envisageable comme donneur DCD. L'arrêt de cette assistance entraîne le décès du patient en peu de temps, en l'espace de deux heures en Suisse en général. Ce scénario se produit typiquement si le patient est dépendant de hautes doses de catécholamines, d'une assistance circulatoire mécanique ou d'une assistance ventilatoire. La plupart du temps il s'agit de patients avec des lésions neurologiques ou souffrant d'une insuffisance cardiaque ou pulmonaire, ces pathologies étant parfois associées.

3.1.3 Où est détecté un donneur DCD possible ?

Les donneurs DCD possibles se trouvent en général dans les services d'urgence ou dans les unités de soins intensifs. Si un patient est dans un service d'urgence, il est recommandé de le transférer dans une unité de soins intensifs avant de prendre d'autres décisions et mesures. Les spécialistes disposent en général dans cette unité de plus de temps et d'expertise pour mettre en œuvre un concept global de l'End-of-Life-Care et la clarification des dons d'organes. Idéalement, une clarification préalable de la qualification ou non du patient au don d'organes, et si l'on peut partir du principe que cette personne aurait donné son consentement, a eu lieu avant de transfert vers une unité de soins intensifs. Dans de nombreux cas, celui-ci n'est pas possible, car les proches ne devraient préférablement pas être confrontés à la question du don d'organes en service d'urgence.

3.1.4 Qui détecte un donneur DCD ?

L'équipe de traitement de l'unité de soins intensifs et de la salle de réanimation joue un rôle primordial dans la détection d'un donneur potentiel, cette équipe impliquant aussi bien les infirmiers que les médecins. Les décisions et les entretiens sont du ressort du médecin cadre ayant de l'expérience dans l'End-of-Life Care ou dans la médecine intensive. Les personnes en dehors des unités de soins intensifs ont beaucoup plus de mal à détecter des donneurs potentiels. Il est cependant recommandé de faire appel à temps à un spécialiste avant de changer l'objectif thérapeutique (avant toute extubation ou tout arrêt des mesures thérapeutiques vitales (d'une ECMO en cas de défaillance cardiaque terminale, par exemple)).

3.1.5 Quand la question d'un don possible se pose-t-elle ?

Dans un service d'urgence, mais également dans une unité de soins intensifs, un donneur possible dont l'état est instable doit être rapidement reconnu comme tel pour que le don puisse être réalisé, si cela correspond à sa volonté. La possibilité du don d'organes ne sera cependant évoquée qu'après la décision finale du changement d'objectif thérapeutique vers des soins palliatifs. La planification du changement thérapeutique et donc la clarification des dons commencent dès que cette décision a été prise.

3.1.6 Soutien, informations FOGS-SDOT, hotline

Grâce à la hotline, les médecins des hôpitaux partenaires d'un réseau de don disposent d'un numéro d'assistance téléphonique. En cas de donneur potentiel et si les médecins des urgences ou des soins intensifs ont besoin d'une aide concernant l'organisation ou le don, la première ressource est interne, et ils peuvent faire appel aux spécialistes du don d'organes de l'hôpital.

En fonction du réseau concerné, les interlocuteurs de la hotline sont des médecins cadres, des coordinateurs de dons d'organes, des coordinateurs de prélèvement ou des coordinateurs de Swisstransplant. En cas de nécessité, le Medical Advisor de Swisstransplant peut être contacté. Le Medical Advisor traite toutes les questions organisationnelles et médicales liées au don d'organes. Il accompagne et soutient le processus du don d'organes, de la détection du donneur jusqu'au prélèvement et à la transplantation des organes.

Les hotlines sont à disposition des équipes des services d'urgence et des unités de soins intensifs 24 h/24 :

Réseau Suisse Centre:

Bâle : +41 61 265 25 25 (via la centrale téléphonique de l'hôpital universitaire)

Berne : +41 31 632 83 95

Réseau DCA : +41 44 255 22 22

Réseau de Lucerne : +41 41 205 64 00

Réseau PLDO : +41 79 553 34 00

Réseau de Saint-Gall : +41 71 494 70 60 (via la hotline du réseau NOO)

Swisstransplant : +41 58 123 80 40

3.2 Mesures préliminaires dans la prise en charge d'un donneur DCD

Les mesures utiles uniquement au don d'organes, effectuées pendant le traitement médical d'un donneur DCD éligible, sont des mesures préliminaires soumises au processus palliatif et encadrées par la loi [2]. L'ensemble des décisions et des actions font partie des étapes de thérapie palliative de l'End-of-Life Care, avec obligation d'agir dans l'intérêt du patient. Les mesures préliminaires sont autorisées si elles sont indispensables au succès de la transplantation et si elles sont acceptables au vu de la situation. Le traitement englobe, en règle générale, la poursuite des mesures de médecine intensive visant à préserver les organes ainsi que des examens paracliniques requis pour l'allocation des organes. Le consentement aux mesures préliminaires du patient ou, en son absence, celui de ses proches dans le respect de la volonté présumée, est obligatoire. La législation interdit toute réanimation mécanique ante mortem (2021: Révision des directives médico-éthiques. « Décisions de réanimation », actuellement soumises à consultation (voir Documents, ASSM_Consultation Directives Réanimation, p. 21)) et toute mise en place d'une canulation artérielle pour l'administration de liquide froid (directives de l'ASSM, annexe H, liste négative) [10].

3.3 Évaluation des dons d'organes

Les spécialistes doivent rechercher si un don correspond à la volonté du patient et si ce don est réalisable d'un point de vue médical et autorisé au niveau éthique et légal. Il faut répondre à l'affirmative aux quatre questions suivantes avant de pouvoir planifier concrètement l'attribution des organes et le prélèvement (voir **III. 3**) :

1. La décision des soins palliatifs a-t-elle été prise ?
2. Le patient a-t-il des contre-indications générales (critères médicaux) au don d'organes ?
3. Le patient, selon les connaissances et l'expertise médicale, va-t-il décéder rapidement ? (durée probable de la phase d'agonie de moins de 2 heures)
4. Le don d'organes et les mesures préliminaires nécessaires correspondent-ils à la volonté du patient ? (Consentement)

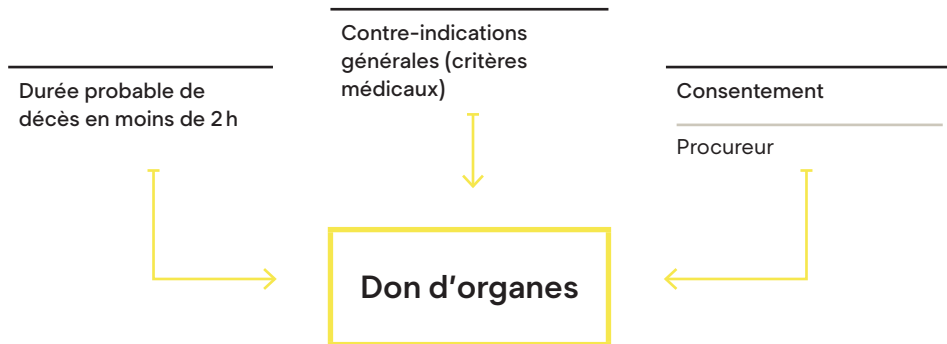
Ces différents points seront évoqués ci-après. Il est facile de répondre à certaines questions tandis que, pour d'autres, il est recommandé de prendre contact le plus tôt possible avec un spécialiste ayant l'expérience correspondante, donc avec un collaborateur de l'hôpital, du réseau de dons d'organes responsable ou de Swisstransplant.

La première question doit obligatoirement être posée et être indépendante de la question du don. Avant toutes clarifications relatives au don d'organes, il convient de vérifier rapidement s'il existe des contre-indications médicales manifestes (maladie tumorale active métastatique).

L'ordre des clarifications subséquentes n'est pas prédéfini, mais devrait suivre le principe de la simplicité afin de ne pas peser inutilement sur le processus et les proches. En d'autres termes, ce qui est facile à clarifier doit être abordé avant ce qui est difficile. Ces quatre conditions doivent être réunies pour pouvoir réaliser un don d'organes. Le don est impossible si l'une des trois conditions n'est pas remplie. Le processus est alors terminé et aucune clarification supplémentaire n'est nécessaire. Dans la plupart des cas, la première question porte sur l'évaluation de la volonté du patient.

Illustration 3 : clarification du don d'organes

Décision de soins palliatifs



3.3.1 Consentement

En l'absence de volonté retrouvée (carte de donneur, directives anticipées ou autres types de documents), les médecins et spécialistes du don recherchent avec les proches si un don et les mesures préliminaires correspondraient à la volonté du patient. Les proches doivent décider au nom de leur proche. Le don n'est pas autorisé si la volonté du patient n'est pas connue (carte de donneur, registre, directives anticipées) et en absence de proches pouvant s'exprimer sur la question.

En cas de consentement, celui-ci doit également inclure la poursuite des mesures préliminaires de préservation des organes (traitement médicamenteux, prise de sang et examens supplémentaires). Il est important que la famille soit informée en détail du processus du don et des mesures médicales nécessaires au don. L'heure du changement thérapeutique doit être défini en accord avec les proches. La chronologie du don d'organe, le lieu du retrait thérapeutique, les personnes ressources et la possibilité que le don d'organes ne puisse aboutir (dépassement de la phase d'agonie de 120 minutes, pas d'attribution d'organes suite à des résultats médicaux) doivent également être expliqués et compris par les proches.

3.3.1.1 Décès obscur/inhabituel

En cas de mort non naturelle – accident, crime, suicide, cause de décès obscure – les autorités juridiques doivent donner l'autorisation au prélèvement d'organes. Cette démarche doit être faite après le consentement au don d'organes, mais avant le changement thérapeutique et donc avant la survenue du décès. Il s'agit alors de savoir quel est le ministère public compétent (lieu de l'événement vs lieu du décès), si une éventuelle fouille corporelle ante mortem est obligatoire, si et quels organes peuvent être prélevés et si une autopsie médico-légale doit être effectuée. Les directives cantonales doivent être respectées, surtout en cas de transfert d'un donneur DCD potentiel dans un hôpital central.

3.3.2 Durée probable de la phase terminale

Dans le cadre d'un don DCD, le décès survient suite à l'arrêt cardio-circulatoire qui entraîne de fait la mort cérébrale par l'arrêt de la perfusion cérébrale.

La phase terminale avec le temps d'attente de cinq minutes ainsi que la préparation de l'opération peuvent provoquer une lésion ischémique des organes prévus pour la transplantation. Si ce temps d'ischémie chaude est prolongé, la transplantation des organes ne sera plus acceptable. Sont donc uniquement considérés comme donneurs possibles les patients dont la phase terminale, après interruption des mesures thérapeutiques vitales, est si courte que les lésions d'organes dues à l'ischémie restent dans un cadre tolérable. Le temps d'ischémie maximal tolérable pour une transplantation est différent en fonction des organes. Il est détaillé dans le document de procédure opérationnelle permanente (POP) DCD (voir Documents, DCD_SOP).

Temps maximum d'ischémie chaude fonctionnelle par organe :

Pancréas : 30 min

Foie : 50 min (si délai plus court, receveur secondaire)

Reins : 120 min

Poumons : 120 min

Cœur: 30 min

L'évaluation de la **durée probable de la phase terminale** joue un rôle primordial pour décider si un don DCD sera réalisé ou non. Une phase terminale de courte durée est escomptée si l'assistance intensive des organes vitaux est élevée, son interruption entraînant alors rapidement l'arrêt cardio-circulatoire. L'expérience de l'intensiviste et l'examen clinique avec prise en compte du **score Wisconsin** sont d'importants paramètres pour la fiabilité de l'évaluation [12]. Si la probabilité est suffisamment élevée, le patient sera un donneur potentiel et le don peut être planifié. Si cette probabilité est très faible, le don ne doit pas être planifié, car une tentative de don se soldant par un échec peut considérablement peser sur le processus de l'End-of-Life Care. C'est donc à l'équipe de traitement d'assumer ses responsabilités et de décider si le critère est rempli. La décision doit cependant toujours être prise dans le sens du patient et de ses proches.

3.3.3 Critères médicaux

Un don d'organes est possible en l'absence de toute contre-indication et si la fonction des organes est suffisante pour une transplantation. L'objectif est d'éviter que la transplantation entraîne des dommages chez le receveur. Les mêmes règles que celles du don DBD (voir Module 1 : « Détection du donneur ») sont appliquées.

Contre-indications

Contre-indications pour un don d'organes :

- Nouveau-nés de moins de 28 jours ou dont l'âge post menstruel est de moins de 44 semaines
- Infections systémiques **réfractaires à la thérapie**
- Certaines maladies dégénératives du système nerveux central (SNC)
 - p. ex. la rage, les maladies à prions etc.

Concernant les **tumeurs malignes, l'évaluation a progressé** ces dernières années [13]. En principe, les tumeurs malignes peuvent être transmises à un receveur sous immunosuppresseurs par des donneurs ayant une maladie tumorale connue ou inconnue, mais ce risque est minime si les donneurs ont été sélectionnés minutieusement [13]. Des maladies malignes retracées dans les antécédents de donneurs possibles, voire une maladie tumorale active, **ne doivent** donc pas obligatoirement entraîner le refus d'un donneur. Le risque à attendre d'une transmission de la tumeur doit être évalué prudemment par rapport au bénéfice d'une transplantation possible [13]. Les progrès de la médecine et les dernières connaissances dans le domaine autorisent une intégration plus libérale de donneurs ayant des tumeurs, en particulier s'il s'agit de tumeurs limitées en situation loco-régionale et à un stade précoce. Il est même possible de traiter une tumeur transmise au receveur, le cas échéant. Une **vigilance particulière** doit cependant être apportée quant à la détection et à l'évaluation de néoplasies malignes chez le donneur.

La **règle de base** est la suivante : les donneurs ayant eu une maladie tumorale traitée curativement sont acceptables pour des receveurs sélectionnés minutieusement, s'ils ont fait l'objet d'un suivi oncologique minutieux. L'absence totale de récurrence doit aussi avoir été bien documentée dans le temps. Il n'existe aucun consensus à l'échelle mondiale sur la durée sans récurrence, qui peut aller de plus de cinq ans à plus de dix ans en fonction du type et du stade de la tumeur.

Les tumeurs primaires dans le système nerveux central (SNC) représentent jusqu'à 1,5% des causes de décès chez les donneurs d'organes. En vue du risque de transmission dans le cadre d'un don d'organes, les deux principaux facteurs pris en compte lors de l'évaluation de tumeurs du SNC sont 1) le niveau de la tumeur du SNC selon la classification histologique de l'OMS et 2) toute intervention sur la tumeur (chirurgie, shunt, chimiothérapie et/ou radiothérapie). En règle générale, plus le niveau de la tumeur est élevé (supérieur au niveau III de l'OMS) et plus la tumeur a fait l'objet d'interventions, plus le risque de transmission est élevé [13]. S'il s'agit d'un **mélanome malin**, un taux de transmission de 74% et un taux de décès de 60% ont déjà été enregistrés chez les receveurs. Les données publiées restent insuffisantes et l'on assume donc toujours que le taux de transmission est élevé dans le cadre d'un mélanome malin. Si l'on part de ces faits, une tumeur superficielle d'une épaisseur inférieure à 1,5 mm après résection tumorale curative et absence de récurrence pendant plus de dix ans est considérée comme un risque acceptable avec un taux de transmission mineur pour le receveur.

Il n'existe **aucune** contre-indication dans les cas suivants :

- Carcinome baso-cellulaire cutané primaire
- Carcinome **in situ** du col de l'utérus
- Tumeur locale clairement définie de malignité mineure (p.ex., carcinome à cellules rénales < 2 cm)

Si les cas sont ambigus, il est toujours recommandé de demander à Swisstransplant une clarification au cas par cas **avant** d'exclure catégoriquement un donneur possible.

Organes transplantables

Le nombre de donneurs DCD potentiels est nettement plus élevé que celui des donneurs DBD, car il peut exister de nombreuses autres causes de décès en plus de la lésion neurologique. Il n'est pas rare par exemple que des patients souffrent d'une insuffisance multiorganique, p. ex. en cas de choc septique ou cardiogénique. Comme un donneur DCD se trouve toujours en phase de l'End-of-Life Care, il est très important d'évaluer rapidement si un organe peut être transplanté. Il est parfois clair dès le départ que l'état désespéré du patient ne permet pas de transplantation. Il est alors déconseillé de poursuivre les clarifications pour ne pas surcharger le processus de l'End-of-Life Care. Il est cependant souvent nécessaire d'effectuer une clarification détaillée avec des spécialistes expérimentés du don d'organes et des collaborateurs de Swisstransplant pour avoir la certitude qu'aucun organe n'est transplantable.

3.4 Annonce – inscription dans le Swiss Organ Allocation System (SOAS)

Si les conditions sont réunies, le patient recevra de Swisstransplant un numéro ST et les données nécessaires sur le patient seront saisies par les coordinateurs dans le SOAS. Les organes seront vérifiés quant à leur qualité en vue d'une transplantation et attribués aux receveurs possibles. La responsabilité en matière d'acceptation des organes pour la transplantation est du ressort des équipes de transplantation compétentes. Ce sont elles qui décident s'il est nécessaire de procéder à d'autres examens pour garantir la réussite de la transplantation. Ces examens sont cependant soumis aux contraintes des mesures préliminaires fixées par la loi et doivent être acceptables et indispensables. Il revient à l'équipe de traitement et aux proches de décider de l'acceptabilité des mesures dans le meilleur intérêt possible du patient.

3.5 Transfert d'un donneur potentiel dans un hôpital de prélèvement

Si les structures de l'hôpital ne permettent pas un prélèvement d'organes, le médecin transfère le patient dans un hôpital de référence avec l'accord de ses proches. Il peut s'agir d'un transfert d'une unité de soins intensifs à une autre ou directement vers la salle d'opération. Le transfert est organisé par le médecin responsable du patient et par le coordinateur en collaboration avec Swisstransplant. À ce niveau, il est primordial que le passage d'un médecin responsable à un autre soit bien préparé. La décision de l'objectif thérapeutique doit être en particulier bien documentée et communiquée, le médecin prenant en charge le patient devant alors remplir le certificat de décès et signaler un décès éventuellement inhabituel.

En cas de décès inhabituel, le ministère public responsable de l'hôpital de référence doit prendre contact avec le ministère public responsable au niveau local. Pour éviter des coûts supplémentaires aux proches et aux hôpitaux de détection, Swisstransplant prend en charge le transfert du donneur potentiel ainsi que le rapatriement du corps au point de départ. Les proches doivent être informés en détail de l'ensemble de la procédure, à savoir du changement d'équipe, de la réévaluation des critères spécifiques aux dons mentionnés ci-dessus et de la possibilité de ne pas réaliser de don, en dépit du transfert.

3.6 Mise en œuvre du don d'organes : phase finale et prélèvement d'organes

3.6.1 Préparation immédiate/planification

La phase finale et le prélèvement d'organes qui s'en suit doivent être préparés avec le plus grand soin. Un don DCD est la combinaison de deux processus, à savoir la mise en œuvre du changement d'objectif thérapeutique vers les soins palliatifs et l'organisation du don d'organes. Le changement thérapeutique et la phase de retrait thérapeutique sont soumis aux directives de l'End-of-Life Care [7]. Pour qu'un don d'organes soit possible, la phase de retrait thérapeutique doit être planifiée en termes de durée et de localisation. La préparation des locaux et l'anticipation des besoins des proches sont une des priorités pour accompagner au mieux le patient dans ce changement thérapeutique. Les intérêts du patient et de ses proches ne doivent pas passer au second plan.

La répartition des rôles et la définition des responsabilités doivent être définies à chaque étape du processus, du changement thérapeutique jusqu'au prélèvement. Il est recommandé de réaliser un entretien préliminaire avec les différents intervenants visant à coordonner la phase de retrait thérapeutique, la constatation du décès, le prélèvement d'organes ainsi que la prise en charge des proches. L'intérêt du donneur doit ici toujours avoir la priorité et les médecins de la transplantation ne doivent jamais être impliqués dans la phase des soins palliatifs. De plus, il est obligatoire de planifier à l'avance l'intervention des spécialistes tels que neurologues pour la constatation du décès, anesthésistes pour la ré-intubation, cardiologues pour la désactivation éventuelle du pacemaker et personnes prenant en charge les proches.

3.6.2 Mise en œuvre : changement thérapeutique, phase terminale, décès

Après la préparation minutieuse du patient et de son environnement, les proches sont conduits vers le patient afin de prendre congé. Le sevrage terminal, l'extubation terminale et l'analgo-sédation palliative sont effectués conformément aux principes de médecine intensive par l'équipe de traitement, et ce, dans le sens du patient et en tenant compte de la situation palliative. Après l'arrêt du maintien des mesures thérapeutiques vitales commence la phase terminale aiguë, entraînant la dessaturation et une insuffisance cardiaque accrue, puis l'arrêt cardio-circulatoire. Les proches prennent alors congé et doivent quitter la salle d'opération. Cinq minutes après l'arrêt cardiaque documenté par échocardiographie (Recommandations du Cpil pour la constatation de l'arrêt cardio-circulatoire au moyen d'une échocardiographie transthoracique), les médecins constatent le décès, conformément aux directives de l'ASSM. La clôture des examens correspond au moment du décès. Commence alors le début

du prélèvement des organes (voir III. 4).

Le lieu du changement thérapeutique peut être l'unité de soins intensifs ou la salle d'opération. Si le patient ne décède pas dans la période de temps définie, le processus DCD est interrompu et les soins palliatifs seront poursuivis. Les proches doivent dans tous les cas être informés de cette possibilité, la non-réalisation d'un don étant souvent vécue comme une sollicitation supplémentaire.

Prélèvement avec circulation régionale normothermique

Dans la procédure de prélèvement avec circulation régionale normothermique dès la constatation du décès, une canulation des axes fémoraux artériel et veineux est effectuée et un ballonnet intra-aortique est positionné au niveau de l'aorte thoracique descendante. L'objectif est de perfuser les organes intra-abdominaux, éviter la perfusion cérébrale et de limiter les dommages cellulaires induits par l'ischémie améliorant la qualité des greffons.

Après une circulation de deux à quatre heures, le prélèvement des organes peut débuter (hors poumon). Ce délai permet de suivre l'évolution biologique des organes par des prises de sang régulières et de réaliser le transfert du patient au bloc opératoire au moment idéal.

Description pratiques

Le jour du retrait thérapeutique, le système de circulation régionale normothermique et le matériel pour la canulation des vaisseaux fémoraux est préparé avant le début du retrait des mesures de soutien.

Le retrait thérapeutique, le début de l'ischémie chaude, la période de 5 minutes de no-touche, l'échographie cardiaque pour confirmer l'arrêt cardio-circulatoire, et l'examen clinique de confirmation du décès sont réalisés comme en cas de procédure de prélèvement rapide d'organes.

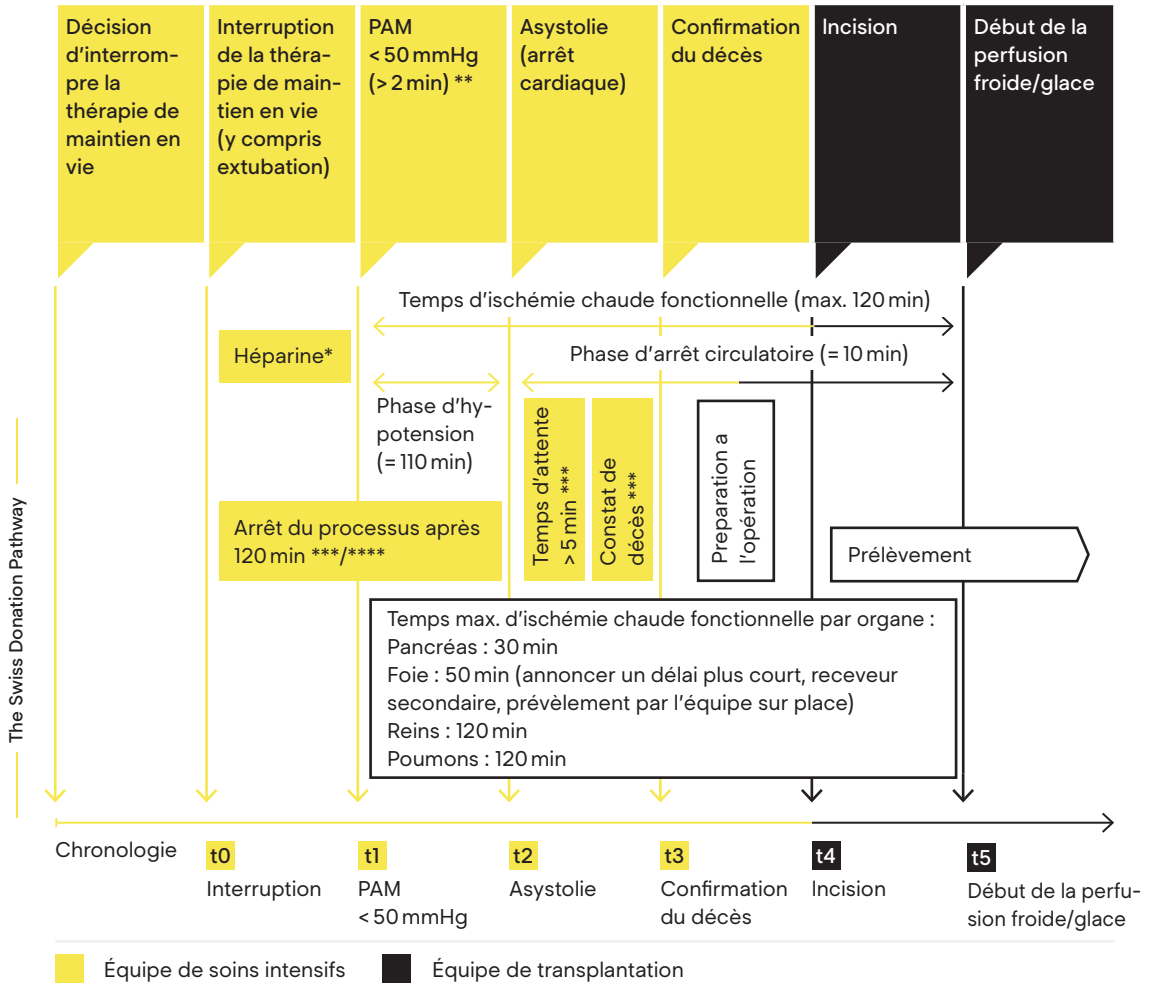
En revanche dès que le patient est déclaré décédé, l'équipe de canulation met en place des canules au niveau des 2 axes fémoraux (artère et veine). La position des canules est contrôlée par échocardiographie transthoracique. Avant la mise en route de la machine de circulation régionale, un ballon occlusif est introduit via l'artère fémorale au niveau de l'aorte thoracique pour limiter la circulation au niveau des organes infra-diaphragmatiques. En cas de prélèvement pulmonaire, le patient est dans le même temps intubé de manière usuelle et une ventilation mécanique est reprise.

Dès que la position du ballonnet intra-aortique est vérifiée par une échographie transthoracique, la circulation régionale normothermique est débutée. Dès ce moment, la pression artérielle moyenne devra être monitorée et une cible de 60 mmHg visée. Si nécessaire, du remplissage vasculaire et des amines peuvent être administrés pour assurer une perfusion satisfaisante des organes abdominaux.

Des gazométries répétées permettent de s'assurer de l'élimination progressive du lactate, marqueur d'ischémie. L'hémoglobine est également contrôlée et au besoin des transfusions de culots globulaires peuvent être réalisées.

Après 1h de circulation régionale, les tests hépatiques sont mesurés et leur baisse évaluée lors d'un deuxième contrôle avant le départ pour le bloc opératoire.

Illustration 4 : Schéma DCD : prélèvement rapide (PR)



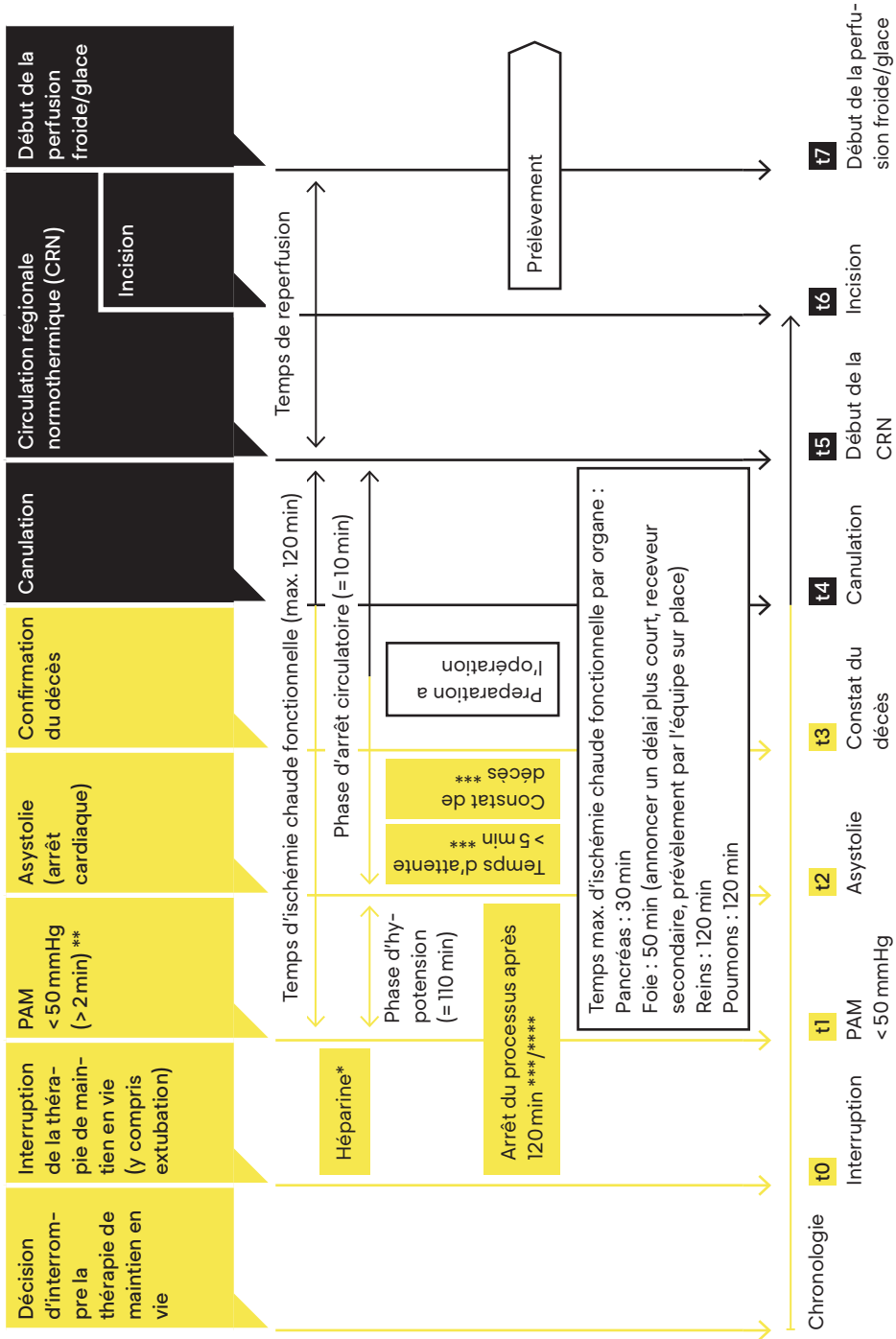
* **Administration d'héparine** à t0 (300 IE/kg i/v). En cas de faible probabilité de mortalité et/ou en cas de risque accru d'hémorragie, le médecin de l'USI peut décider d'administrer l'héparine plus tard. La dose ne doit cependant pas être injectée après t1 (PAM < 50 mmHg).

** **PAM < 50 mmHg (selon l'âge)** : Les valeurs suivantes doivent être utilisées selon la catégorie d'âge : 0 à 1 an : < 35 mmHg ; 1 à 3 ans : < 40 mmHg ; 3 à 5 ans : < 45 mmHg ; 5 ans et plus : < 50 mmHg (pendant minimum 2 minutes).

*** **Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)**

**** Un arrêt prématuré peut se faire si après > 60 minutes à partir de t0 documenté aucun des 3 critères n'est contredit: pH < 7,2; BD syst < 70 mmHg; SpO₂ < 70 %

Abbildung 5: DCD-Schema: Normothermische regionale Perfusion (NRP)



- * **Administration d'héparine** à t0 (300 IE/kg i/v). En cas de faible probabilité de mortalité et/ ou en cas de risque accru d'hémorragie, le médecin de l'USI peut décider d'administrer l'héparine plus tard. La dose ne doit cependant pas être injectée après t1 (PAM < 50 mmHg).
- ** **PAM < 50 mmHg (selon l'âge)** : Les valeurs suivantes doivent être utilisées selon la catégorie d'âge : **0 à 1 an : < 35 mmHg ; 1 à 3 ans : < 40 mmHg ; 3 à 5 ans : < 45 mmHg ; 5 ans et plus : < 50 mmHg (pendant minimum 2 minutes).**
- *** **Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)**
- **** Un arrêt prématuré peut se faire si après > 60 minutes à partir de t0 documenté aucun des 3 critères n'est contredit: **pH < 7,2; BD syst < 70 mmHg; SpO₂ < 70 %**

3.6.3 Prélèvement d'organes

Le prélèvement d'organes démarre après la constatation du décès. La responsabilité médicale, qui était du ressort de l'équipe de soins intensifs, passe alors aux mains des médecins référents du don d'organe. La réussite d'une transplantation dépend de la connaissance exacte de son déroulement et de la concertation optimale avec les chirurgiens de la transplantation. Les coordinateurs servent de maillon entre l'équipe de traitement et les médecins de la transplantation.

Actuellement en Suisse, **deux procédures DCD différentes** sont possibles :

- Le **prélèvement rapide**, le plus pratiqué (voir Ill. 4)
- Le canulation rapide avec **perfusion normothermique régionale (CRN)**, (voir Documents, DCD_Schema)

La technique adéquate du prélèvement d'organes chez les donneurs DCD et du **prélèvement rapide** est décrite en détail dans la POP « Multi Organ Retrieval DCD » (voir Documents, SOP_multi-organ_retrieval_DCD/STAPT/V.8).

3.6.4 Prise en charge de la dépouille

Une fois les interventions chirurgicales terminées, la dépouille, comme c'est le cas de toutes les personnes décédées à l'hôpital, est transférée dans les locaux prévus à cet effet, si rien d'autre n'a été ordonné d'un point de vue médico-légal. Les proches ont alors encore la possibilité de prendre congé du défunt.

3.6.5 Suivi des proches

Des offres régionales sont disponibles pour le suivi des proches, qui peuvent par exemple être informés régulièrement et dans l'anonymat sur les résultats de la transplantation chez les receveurs ou participer à des rencontres entre proches, où ils peuvent échanger avec des personnes vivant leur situation et poser des questions non clarifiées aux experts.

3.6.6 Contrôle qualité

Toutes les personnes décédant dans une unité de soins intensifs ou dans un service d'urgence sont saisies dans SwissPOD. Il est ainsi possible de vérifier jusqu'à un certain degré si des donneurs ont bien été détectés.

Les incidents concernant la transplantation sont signalés et traités dans le système CIRS.

Une réunion régulière interdisciplinaire avec participation de toutes les disciplines impliquées permet d'améliorer en permanence les processus.

3.6.7 DCD et prélèvement du cœur

Certains pays (Royaume-Uni, États-Unis, Australie, Autriche) effectuent aussi un prélèvement du cœur dans le cadre d'un don DCD. Des efforts allant dans cette direction sont faits en Suisse, mais ce prélèvement n'est pas encore pratiqué à l'heure actuelle et n'a pas été inclus dans ce Pathway [14].

Auteurs

Version 1.0

Groupe de travail (par ordre alphabétique)

- PD Franz Immer
- Renato Lenherr, Spécialiste en médecine intensive
- Dre Deborah Pugin
- Christophe Rennesson

Groupe d'experts (par ordre alphabétique)

- Sascha Albert
- Pr Christian Benden
- Dr Christian Brunner
- Dre Edith Fässler
- Dr Raphael Giraud
- Dr Mathias Nebiker
- Stefan Regenscheit
- Dr Kai Tisljar

Références

1. Candinas D, Schlumpf R, Decurtins M, Largiadèr F. Die Nierenentnahme bei Spendern mit Kreislaufstillstand. Ein einfaches Verfahren, um den Mangel an gespendeten Nieren zu verringern. *Schweiz. Rundsch. Med. Prax.* 1992 ; 81 : 480–484
2. Loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (loi sur la transplantation), RS 810.21 du 8 octobre 2004 ; novembre 2017. <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20010918/index.html>
3. Beyeler F, Wälchli-Bhend S, Marti H.P., Immer F. Wiedereinführung des Non-Heart-Beating-Donor Programms in der Schweiz? *Bulletin des médecins suisses* 2009, 90 : 23
4. Wälchli-Bhend S, Beyeler F, Weiss J, Immer F. F. How an existing donation after circulatory death program was grounded and re-started in Switzerland. *Organs tissues cells* 2011 ; 14 : 25–26
5. Vorbereitende medizinische Massnahmen im Hinblick auf eine Organentnahme; Rechtsgutachten zu verschiedenen Fragen im Zusammenhang mit dem Transplantationsgesetz ; Prof. Olivier Guilloid, Directeur de l'Institut de droit de la santé, Neuchâtel; Mélanie Mader, doctorante ; mars 2010
6. Lenherr R. Implementation und Ablauf der Organspende nach Kreislaufstillstand in der Schweiz. *Chirurgie (BÖC)* 2017 ; 2 : 14–16
7. Académie Suisse des Sciences Médicales. Directives médico-éthiques. Attitude face à la fin de vie et à la mort. 2018. <https://www.samw.ch/fr/Publications/Directives.html>
8. Académie Suisse des Sciences Médicales. Directives médico-éthiques Mesures de soins intensifs (2013, directives « Triage des traitements de soins intensifs en cas de pénurie des ressources » insérées en 2020). 2013. <https://www.samw.ch/fr/Publications/Directives.html>
9. Académie Suisse des Sciences Médicales. Directives médico-éthiques. Soins palliatifs. 2006, mise à jour 2013. <https://www.samw.ch/fr/Publications/Directives.html>
10. Académie Suisse des Sciences Médicales. Directives médico-éthiques. Diagnostic de la mort en vue de la transplantation d'organes et préparation du prélèvement d'organes. 2017 <https://www.samw.ch/fr/Publications/Directives.html>
11. Kootstra G., Daemen J. H., Oomen A. P. Categories of non-heart-beating donors. *Transplant. Proc.* 1995 ; 27 : 2893–2894
12. Lewis J., Peltier J., Nelson H., et al. Development of the University of Wisconsin donation after cardiac death evaluation tool. *Prog. Transplant.* 2003 ; 13 : 265–273
13. European Committee (Partial Agreement) on Organ Transplantation (CD-P-TO). Guide sur la sécurité et l'assurance qualité de la transplantation d'organes. European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare. 7e édition ; 2018

14. Messer S., Large S. Resuscitating heart transplantation: the donation after circulatory determined death donor. *Eur. J. Cardiothorac. Surg.* 2016 ; 49 : 1–4

Ouvrages complémentaires (par ordre chronologique)

Loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (loi sur la transplantation du 16.03.2007) ; novembre 2017

Schlegel A., Kron P, Dutkowski P. Hypothermic machine perfusion in liver transplantation. *Curr. Opin. Organ. Transplant.* 2016 ; 21 : 308–314

Lenherr R., Krones T. Das Zürcher DCD-Programm: Geschichte, ethische Aspekte und praktische Erfahrungen. *Bioethica Forum* 2016 ; 9 : 9–16

Christen M., Bastami S., Gloor M, Krones T. Resolving some, but not all informed consent issues in DcDD – the Swiss experiences. *Am. J. Bioeth.* 2015 ; 15 : 29–31

Bastami S., Matthes O., Krones T., Biller-Andorno N. Systematic Review of Attitudes Toward Donation After Cardiac Death Among Healthcare Providers and the General Public. *Crit. Care Med.* 2013 ; 41 : 897–905

Bastami S., Krones T., Biller-Andorno N. Whose consent matters? Controlled donation after cardiac death and premortem organ-preserving measures. *Transplantation* 2012 ; 93 : 965–969

The Intensive Care Society, The British Transplantation Society. Donation after circulatory death. Report of a UK Consensus Meeting 2010. https://nhsbtdbe.blob.core.windows.net/umbraco-assets-corp/1360/donation-after-circulatory-death-dcd_consensus_2010.pdf

Documents

DCD_SOP

La POP décrit concrètement les standards et les procédures nationaux en tenant compte des différents centres et des interfaces avec la médecine de la transplantation. Exemples : administration d'héparine (moment, dosage) ou gestion concrète du temps avec durées d'ischémie tolérables maximales. Il comprend les standards médicaux en vigueur actuellement en Suisse et il est régulièrement révisé par le Comité de pilotage (CPil) ainsi que par le noyau d'experts opérationnel (NEO) et ratifiée par le CNDO.

https://www.swisstransplant.org/fileadmin/user_upload/Infos_und_Material/Fachpersonen/DCD_SOP_DE.pdf

DCD_Schema

Représentation schématique et chronologique des processus DCD (deux documents pour les deux procédures (« rapid procurement »/« normothermic regional perfusion »).

https://cloud2.qm-pilot.com/swisstransplant/File/CoreDownload?id=780&filename=DCD_Scheme_RP_NRP_FR.pdf&langId=1

DCD_Timesheet

Document de travail : protocole de temps pour la documentation du processus DCD.

https://www.swisstransplant.org/fileadmin/user_upload/Infos_und_Material/Fachpersonen/DCD_Zeitprotokoll_V1.pdf

SOP_multi-organ_retrieval_DCD/STAPT/V.8

POP avec détails de la technique adéquate du prélèvement d'organes chez les donneurs DCD et du prélèvement rapide (version 03/2018).

<https://cloud2.qm-pilot.com/swisstransplant/File/CoreDownload?id=645&file-name=SWISSTRANSPLANT%20STANDARD%20OPERATION%20PROTOCOL%20DCD%202018%20.pdf&langId=1>

ASSM_Consultation Directives Réanimation

Révision des directives médico-éthiques « Décisions de réanimation », soumises à consultation.

https://www.samw.ch/dam/jcr:435bb852-227f-4d05-9cbe-acbcb49cd16b/directives_assm_decisions_reanimation_2020_consultation.pdf

Modifications

| Date | Version | Modifications |
|---------------|---------|---------------|
| February 2023 | 1.1 | Correction |

Addendum

Recommandations du Cpil pour la constatation de l'arrêt cardio-circulatoire au moyen d'une échocardiographie transthoracique : (addendum à « The Swiss Donation Pathway, Module 9 : détection, annonce et suivi d'un donneur DCD »)

Comme défini au point 3.2.2. du document « Diagnostic de la mort en vue de la transplantation d'organes et préparation du prélèvement d'organes » de l'ASSM, la mort survient suite à l'arrêt persistant de l'irrigation du cerveau. L'arrêt cardio-circulatoire est constaté au moyen d'une écho-cardiographie transthoracique (ETT).

L'ETT est choisie pour constater l'arrêt cardio-circulatoire car une palpation du pouls ne semble pas fiable et que l'électrocardiogramme (ECG) peut présenter une activité électrique sans action mécanique du cœur¹.

Voici les recommandations pour préciser le diagnostic :

Si une activité résiduelle du ventricule droit est visible dans la vue des quatre cavités, l'absence d'ouverture de la valve aortique peut permettre de constater l'arrêt cardio-circulatoire. L'inactivité persistante est représentée par l'hyperéchogénicité dans le ventricule gauche et dans la voie efférente (coagulation du sang), ce qui n'est toutefois pas toujours simple. L'absence de courbe artérielle en présence d'une activité encore électrique à l'ECG apporte une sécurité sup-plémentaire. L'expérience montre qu'il est souvent difficile de justifier la constatation du décès auprès des proches lorsque l'ETT ou l'ECG indiquent une activité résiduelle du ventricule droit. Il est donc important d'inclure les proches dans l'appréciation du diagnostic et d'expliquer celui-ci.

¹ASSM, 2e édition déc. 2019, page 15, Diagnostic de la mort en vue de la transplantation d'organes et préparation du prélèvement d'organes

Swisstransplant

Effingerstrasse 1

3008 Berne

T: +41 58 123 80 00

info@swisstransplant.org

www.swisstransplant.org

CNDO

Nationaler Ausschuss für Organspende
Comité National du don d'organes

