

# THE SWISS DONATION PATHWAY



MODULE VI

## PRÉLÈVEMENT D'ORGANES ET DE TISSUS

### **Recommandations concernant**

Le prélèvement et le conditionnement des organes pour la  
transplantation

Version 1.2 / août 2014



**CNDO**

Nationaler Ausschuss für Organspende  
Comité National du don d'organes

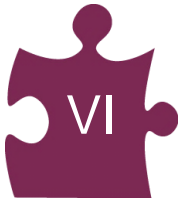
© Copyright Swisstransplant / CNDO

All rights reserved. No parts of the Swiss Donation Pathway or associated materials may be reproduced, transmitted or transcribed without prior written permission from Swisstransplant / CNDO. [www.swisstransplant.org](http://www.swisstransplant.org)



# TABLE DES MATIÈRES

	PAGE
<b>A INTRODUCTION</b>	<b>3</b>
<b>B RÉSUMÉ</b>	<b>4</b>
1. OBJECTIF	4
2. PRINCIPE	4
3. CONTRÔLE DE QUALITÉ	4
<b>C LE PRÉLÈVEMENT D'ORGANES ET DE TISSUS</b>	<b>5</b>
1. SOINS INTENSIFS	5
2. COORDINATION DU PRÉLÈVEMENT	5
3. DÉROULEMENT EN SALLE D'OPÉRATION	7
4. PHASE CONSÉCUTIVE AU PRÉLÈVEMENT	11
<b>D AUTEURS</b>	<b>13</b>
1. GROUPE DE TRAVAIL	13
2. GROUPE D'EXPERTS	13
<b>E RÉFÉRENCES</b>	<b>14</b>
<b>F CHANGEMENTS</b>	<b>15</b>



## A INTRODUCTION

Les guides pratiques et les recommandations du Swiss Donation Pathway font partie d'un programme qualité national pour le processus de don d'organes. Ils ont été conçus comme outil formateur et éducatif à l'intention du personnel soignant impliqué dans le processus de don afin de répondre aux exigences de la nouvelle loi sur la transplantation entrée en vigueur le 1er juillet 2007.

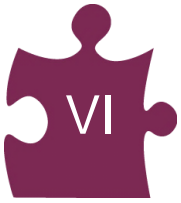
Le programme initié par la Fondation Suisse pour le don d'organes (FSOD) a été repris par le Comité National pour le Don d'Organes (CNDO) en 2009.

„Prélèvement d'organes et de tissus“ est l'un des modules du Swiss Donation Pathway. Ce dernier se base sur l'itinéraire clinique des donneurs potentiels en mort cérébrale (DBD) et comprend 10 chapitres:

- I. Détection et annonce des donneurs potentiels
- II. Prise en charge des donneurs d'organes adultes: soins intensifs
- III. Prise en charge des donneurs d'organes adultes: anesthésiologie
- IV. Prise en charge des donneurs pédiatriques
- V. Prise en charge des proches et communication
- VI. Prélèvement d'organes et de tissus
- VII. Communication et soutien du personnel soignant
- VIII. Coordination du processus de don d'organes
- IX. Exigences standard minimales
- X. L'organisation des transports

Le Swiss Donation Pathway est un projet commun du CNDO/Swisstransplant et de la Société Suisse de Médecine Intensive Suisse (SSMI). Les recommandations ont été validées par un groupe d'experts de la Société Suisse de Médecine Intensive.

Pour faciliter la lecture du document, seule la forme masculine est utilisée, le genre féminin étant, bien entendu, inclus dans cette forme.



## B RÉSUMÉ

### 1 OBJECTIF

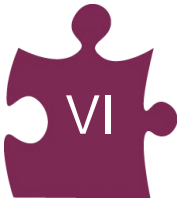
La préparation, le prélèvement et le conditionnement optimaux des organes pour la transplantation.

### 2 PRINCIPE

Remplacement rapide du sang circulant dans les organes par une solution de perfusion froide qui les met dans un état de métabolisme minimal, permettant leur prélèvement, leur transport et leur préparation pour être transplantés.

### 3 CONTRÔLE DE QUALITÉ

Un contrôle de qualité des méthodes de prélèvement et de transport doit être effectué régulièrement afin de garantir l'intégrité des organes et des tissus, ainsi que de maintenir la température de conservation pendant le prélèvement et le transport.



## C LE PRÉLÈVEMENT D'ORGANES ET DE TISSUS

### 1 SOINS INTENSIFS

- Identification et signalement des donneurs conformément au Swiss Donation Pathway, module I
- Constat de décès dans le contexte de la transplantation d'organes («diagnostic de mort cérébrale»), Directives médico-éthiques de l'ASSM et consignes régionales/locales qui en découlent
- Encadrement des proches et demande de don d'organes conformément au Swiss Donation Pathway, module V
- Recommandations pour la prise en charge des donneurs d'organes adultes à cœur battant (Heart Beating Donors) conformément au Swiss Donation Pathway, modules II et IV
- Prise en charge du transfert au bloc opératoire et prise en charge per opératoire du donneur

### 2 COORDINATION DE PRÉLÈVEMENT

#### DISPONIBILITÉ DE L'HÔPITAL POUR LE PRÉLÈVEMENT (CONDITIONS PRÉALABLES INTERNES)

Il faut clarifier si un prélèvement d'organes peut être réalisé sur place ou si le donneur doit être transporté dans un centre de transplantation. Si le donneur est intransportable ou si les proches refusent le transfert dans un centre, il faut se demander si les conditions locales permettent le prélèvement sur place. L'hôpital du donneur peut réaliser le prélèvement en fonction des urgences et du personnel habilité sur place. Le personnel de l'hôpital du donneur peut, après accord mutuel, être soutenu par l'équipe médico-chirurgicale du centre de transplantation.

#### ÉQUIPES DE PRÉLÈVEMENT

Composition du personnel requis pour le prélèvement d'organes:

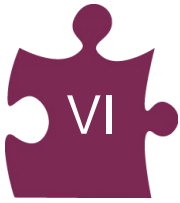
- Salle d'opération: personnel du domaine opératoire
- Anesthésie: médecins et infirmiers
- Equipes chirurgicales de prélèvement (équipe: cardiaque, pulmonaire et viscérale)
- Coordinatrice/coordonateur spécialement formé pour le prélèvement d'organes (ci-après dénommé coordonnateur de don)

Il peut arriver que l'une des trois équipes de prélèvement (cœur, poumon ou abdominale) soit retardée pour différentes raisons (distance, moyens de transport, météo). Ceci doit être pris en compte dans la planification de l'intervention dans la mesure où l'état du donneur le permet.

Le prélèvement peut être retardé afin de laisser le temps à un receveur d'organes potentiel de se rendre au centre de transplantation. Ce laps de temps ne devrait cependant pas dépasser 4 heures (exceptionnellement 5 heures).

Facteurs déterminants pour le prélèvement des organes et tissus:

- le respect de la volonté du donneur concernant les organes à prélever (tous les organes/certains organes seulement);
- l'état du donneur et la qualité des organes et des tissus;



- l'ordre chronologique des prélèvements (cœur, poumon, intestin, foie, pancréas et reins; le prélèvement de tissus vient après).

Chaque équipe de prélèvement est responsable de son matériel de prélèvement:

- instruments chirurgicaux, matériel spécifique et médicaments
- solutions de conservation spécifiques à chaque organe
- glace stérile: en quantité suffisante pour chaque organe prélevé
- matériel d'emballage

Les équipes de prélèvement (extérieures) sont accueillies par le coordinateur de don habitué des lieux (vestiaire, salle d'opération) et présentées aux équipes chirurgicales présentes ainsi qu'à toutes les autres personnes directement impliquées dans le prélèvement d'organes.

## DURÉE DE CONSERVATION DES ORGANES

L'élément décisif pour la durée de conservation et la fonction des organes est le temps d'ischémie froide. Il s'agit du laps de temps entre le clampage aortique du donneur «cross clamp time» et le moment de réperfusion des greffons chez le receveur, conformément à la définition utilisée dans le système d'attribution d'organes en suisse (Swiss Organ Allocation System = SOAS).

Le necroreport doit contenir l'heure du clampage aortique et l'heure à laquelle les différents organes sont prélevés. A titre indicatif, on reporte ci-dessous les temps maximaux admis entre le clampage aortique chez le donneur et la réperfusion chez le receveur (notion courante d'ischémie froide) pour les différents organes.

Organes	Durée maximale tolérée jusqu'à la réperfusion
Cœur	4 (-6) heures
Poumons	6 (-8) heures
Îlots ( du pancréas)	8 heures
Foie, intestin grêle	8-12 heures
Pancréas	8 (-18) heures
Reins	24 (-36) heures

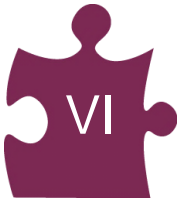
**Le temps d'ischémie froide doit être le plus court possible car sa durée est en corrélation directe avec la fonction des organes après la transplantation.**

Temps de transport des équipes de prélèvement (à titre indicatif)

Organes	Temps/mode de transport des équipes de prélèvement
Coeur, poumons	2 h; hélicoptère / jet / véhicule prioritaire
Foie, îlots, intestin grêle, pancréas	3 h; hélicoptère / jet / véhicule prioritaire / taxi
Reins	Taxi / ambulance

Selon la localisation géographique du centre de prélèvement, le moyen de transport le plus rapide est choisi surtout pour le transport du cœur et des poumons.

Pour les reins, comme le résultat des tests de compatibilité lymphocytaire entre le donneur et les receveurs potentiels (cross-match) est nécessaire, les organes peuvent voyager par taxi ou véhicule prioritaire. Le temps d'ischémie froide doit cependant être idéalement le plus court possible.



### 3 DÉROULEMENT EN SALLE D'OPÉRATION

#### RECOMMANDATIONS

- Respect strict des règles d'asepsie
- Disponibilité de la salle d'opération pour une durée de 4 à 8 heures dès l'arrivée du donneur; la durée dépend du nombre et de la nature des organes à prélever.

Si le donneur est stable, le prélèvement d'organes peut être reporté si des interventions chirurgicales ou obstétricales plus urgentes l'exigent. Une information préalable des équipes impliquées est nécessaire afin de clarifier si l'occupation de la salle d'opération perturbera le programme électif et si des ressources supplémentaires (par exemple, un coordinateur de transplantation ou du personnel du domaine opératoire) peuvent être mises à disposition par le centre de transplantation.

#### MODE OPÉRATOIRE ET ÉQUIPES DE PRÉLÈVEMENT

Ordre d'intervention des équipes chirurgicales:

- Equipe abdominale
- Equipe cardiaque
- Equipe thoracique

##### L'équipe abdominale

L'équipe abdominale réalise en principe d'emblée la sterno-laparotomie. En suite, l'inspection des étages thoracique, médiastinal et abdominale est réalisée par les équipes spécialisées.

##### A l'étage abdominal:

Inspection et palpation soigneuse du foie, du pancréas et des reins ainsi que des autres organes afin de détecter toute anomalie ou pathologie qui serait une contre-indication au prélèvement d'un ou de tous les organes:

- Contre-indication absolue à tout prélèvement: découverte d'une tumeur maligne intra-abdominale

##### A l'étage thoracique:

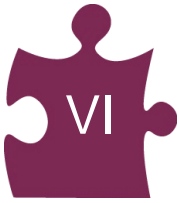
- Contre-indication absolue: tumeur maligne intra-thoracique

Le chirurgien abdominal libère ensuite les artères iliaques, l'aorte, la veine cave afin de préparer la mise en place des canules de perfusion dans l'artère iliaque commune. L'aorte est disséquée à niveau du hiatus diaphragmatique afin de préparer le clampage. On passe alors à l'inspection du hile hépatique et de la vascularisation artérielle du foie (attention: artères hépatiques atypiques ou accessoires) ainsi qu'à la séparation distale du canal cholédoque. Si le prélèvement du pancréas est prévu, la bourse omentale est ouverte.

Il est possible d'appliquer également en guise d'alternative la technique «no touch» qui consiste à procéder à la préparation des vaisseaux seulement après la perfusion des organes (cf. ci-dessous).

La canule aortique est raccordée à la solution de perfusion abdominale froide et suspendue à un statif à perfusion (éventuellement avec manchette à pression). Au cas où il n'y a pas de prélèvement du pancréas et/ou intestin, une canule de perfusion supplémentaire peut être introduite dans la veine mésentérique inf/sup. Elle est également raccordée à la solution de perfusion abdominale froide, qui est fixée sur un statif à perfusion à 1 m au-dessus du patient sans manchette à pression. Bien vérifier que les canules ou les tubulures ne contiennent aucune bulle d'air.

Pour éviter toute formation de thrombose au niveau des canules, le donneur est héparinisé (300 UI/kg au minimum 2 minutes) avant que les canules soient introduites dans les vaisseaux.



Ensuite: introduire la canule aortique à la hauteur de la bifurcation iliaque ou dans l'artère iliaque commune droite en clampant l'artère iliaque commune gauche (afin d'inclure d'éventuelles artères polaires inférieures du rein dans la perfusion). L'installation d'une canule d'aspiration du sang veineux de la veine cave est facultative.

En cas de **donneur instable**, la canule aortique est introduite sans autre préparation immédiatement après la laparotomie, et les solutions de conservation sont préparées en même temps afin de garantir une perfusion rapide en cas d'arrêt cardio-circulatoire.

Le chirurgien abdominal laisse alors le champ opératoire au chirurgien cardiaque.

#### Équipe cardiaque

La sternotomie est en principe déjà réalisée de même que l'ouverture du péricarde. Inspection du cœur et, en fonction du status: décision de prélèvement pour une greffe cardiaque ou des valves uniquement. Préparation des vaisseaux (veine cave inférieure, veine cave supérieure, artère pulmonaire, aorte ascendante) et canulation de l'aorte ascendante pour la perfusion avec la solution de cardioplégie

#### Équipe thoracique

En cas de prélèvement des poumons, procéder à l'ouverture des deux cavités pleurales pour l'inspection et la palpation des poumons. Selon le résultat, la décision définitive pour le prélèvement pulmonaire est prise. Ensuite la canulation de l'artère pulmonaire est effectuée 30–40 cm au-dessus du cœur, pour administrer la solution de pneumoplégie (p.ex. Perfadex).

#### Perfusion des organes

Lorsque toutes les équipes sont prêtes (organes préparés), le chirurgien cardiaque clamp l'aorte descendante; cet acte marque **le début de l'ischémie froide** (cross clamp time). Le chirurgien pulmonaire injecte de la Prostin (1 ampoule diluée dans 9 ml de NaCl 0,9%) dans l'artère pulmonaire. Puis, il y a le clampage de la veine cave supérieure suivi du clampage de l'aorte descendante. Après avoir pratiqué deux incisions, l'une dans l'oreillette gauche, l'autre dans la veine cave inférieure directement au niveau du ventricule droit, le rinçage des organes thoraciques avec les solutions de perfusion peut commencer.

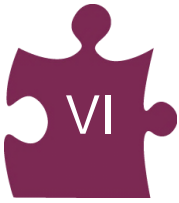
Au moment où le chirurgien cardiaque clamp l'aorte ascendante, le chirurgien abdominal clamp l'aorte abdominale juste au-dessous du diaphragme et le rinçage des organes abdominaux commence. Le sang s'écoule via l'incision pratiquée par le chirurgien cardiaque au niveau de la portion intra-thoracique de la veine cave supérieure et inférieure sus-hépatique ainsi que, si nécessaire, par une autre incision de la veine cave inférieure en amont de la jonction des veines iliaques, et est remplacé progressivement par la solution de conservation froide. Perfusion de la canule aortique (pression élevée : en fonction du centre avec ou sans sac sous pression) et de la canule de la veine porte (pression basse).

De la glace pilée (préparée au préalable) ou de l'eau glacé est répartie dans le péricarde, la cavité pleurale et la cavité abdominale dès le début de la perfusion des organes.

Les équipes chirurgicales vérifient la continuité du flux des solutions de perfusion pour les organes, le retour veineux et les modifications de la couleur des organes. La perfusion du cœur est arrêtée après administration de 1 à 2 litres de solution de cardioplégie, celle du poumon après administration de 2,8 litres de solution de pneumoplégie (si besoin, 1 litre de solution pneumoplégique supplémentaire peut être perfusé). La veine porte est rincée avec 1 à 2 litres de solution de conservation et l'aorte avec 4 à 8 litres. Ces chiffres varient en fonction de la taille et du poids du donneur, et en fonction du nombre d'organes prélevés.

Une fois les organes perfusés et refroidis, l'équipe cardiaque prélève le cœur. **Les poumons sont ventilés jusqu'à leur explantation**. L'équipe pulmonaire prend immédiatement le relais. Les poumons sont partiellement insufflés avec 50% d'O<sub>2</sub>. La trachée est fermée





avec un clamp Kocher. Ensuite, le chirurgien abdominal prélève les organes abdominaux. Si la technique «no touch» est utilisée, la préparation de l'organe intervient seulement maintenant.

Dans certaines conditions particulières, dépendantes des besoins individuels du receveur, le cœur à transplanter a besoin de la bifurcation de l'artère pulmonaire et/ou de la veine cave inférieure entière. La procédure doit impérativement être discutée entre les trois équipes avant le début du prélèvement afin d'éviter des lésions d'organes ou un prélèvement de structures anatomiques inappropriées.

## PROCÉDURE DE PRÉLÈVEMENT DU PANCRÉAS POUR LES ÎLOTS

Pour la préparation des îlots, le prélèvement du pancréas doit être réalisé juste après le prélèvement du foie. Pour atteindre une qualité optimale d'îlots, il est impératif de refroidir rapidement et complètement le pancréas à env. 4°C. Pour ce faire, on ouvre la bourse omentale juste après le clamage de l'aorte et la mobilisation préalable de la rate. Puis, on refroidit le pancréas avec 3 ou 4 litres d'eau glacée et on l'entoure de glace pilée. Pendant le prélèvement du foie, il faut impérativement veiller à ce que le pancréas reste totalement immergé dans la glace pilée; si ce n'est pas le cas, remettre de la glace pour assurer l'immersion totale. Juste après le prélèvement, le pancréas doit être emballé correctement (cf. 3.4) et transporté dans un laboratoire approprié pour la préparation des îlots. Le temps maximal d'ischémie froide ne doit pas dépasser 8 heures.

La technique de prélèvement et le refroidissement correct des îlots prélevés sont décisifs pour garantir leur qualité. Un refroidissement incorrect (ischémie chaude) a des effets dévastateurs sur le rendement et la fonctionnalité des îlots.

## ORDRE CHRONOLOGIQUE DE PRÉLÈVEMENT DES ORGANES ET DES TISSUS

### Prélèvement des organes

- Cœur
- Poumons
- intestins (rarement prélevés)
- Foie
- Pancréas
- Reins
- Vaisseaux iliaques artériels et veineux pour l'implantation du foie et du pancréas (conditionnés séparément)
- Rate: pour le laboratoire d'immunologie des centres de transplantation respectifs

Fermeture de la sternotomie et de la laparotomie selon la méthode Everett monocouche, suture cutanée par agrafes. Pansement des plaies.

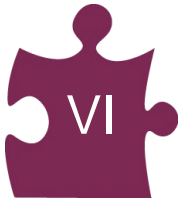
### Prélèvements de tissus

Les prélèvements de tissus peuvent être réalisés jusqu'à 24 heures après l'arrêt cardio-circulatoire. Le chirurgien ophtalmologue intervient après le prélèvement d'organes, soit au bloc opératoire, soit à la morgue, soit en médecine légale ou en pathologie pour le prélèvement oculaire en vue d'une greffe de cornées. Il remplace les globes par des prothèses et ferme les paupières avec de la colle acrylique ou des sutures intradermiques.

## CONDITIONNEMENT DES ORGANES

(Standards STAPT du 29.04.2014; groupe de travail Swisstransplant Packing and Transportation)

Afin de conserver la fonction des organes, ces derniers sont déposés dans un 1er sac rempli d'au minimum 500ml de solution de conservation froide (sans glace ni air), en veillant à leur immersion totale dans la solution de conservation. Ce sac est ensuite déposé dans un second contenant du NaCl 0.9% et d'un quart de glace pilée, sans air. Le tout est ensuite placé soit dans une boîte rigide et stérile (en plastique ou en métal) soit,



en l'absence d'un tel contenant, le double sac peut être placé dans un troisième sac vide et sans air. Puis, le tout est déposé dans une glacière remplie aux trois quarts de glace pilée non stérile.

Eviter absolument tout contact direct entre les organes et la glace pour le transport.

Matériel et documents pour le transport d'organes non accompagnés:

- Matériel de test: 2 tubes de sang ACD, 1 ou 2 tube(s) de sang natif, 1 petit segment de rate
- Uniquement pour le foie et le pancréas: vaisseaux iliaques (veines et artères)
- Necroreport rempli
- Formulaire de transport (Swisstransplant)

Chaque équipe de prélèvement est responsable de l'emballage conforme des organes qu'elle prélève et de leur transport vers l'hôpital du receveur. Le coordinateur de don est, en collaboration avec les équipes de prélèvement, responsable d'identifier l'organe selon les règles de Swisstransplant et de fournir les documents nécessaires (carte de groupe sanguin et necroreport).

Pour les organes qui sont envoyés sans être accompagnés par l'équipe de prélèvement (sans accompagnement), le coordinateur de don est responsable, en collaboration avec l'équipe de prélèvement, de l'emballage et de l'identification de l'organe selon les règles de Swisstransplant, de fournir les documents nécessaires (carte de groupe sanguin et necroreport), ainsi que de l'acheminement de l'organe vers l'hôpital receveur.

## TEMPS NÉCESSAIRE À LA PRÉPARATION, À LA PERFUSION ET AUX PRÉLÈVEMENTS D'ORGANES

Selon le nombre d'organes à prélever, il faut compter entre quatre et huit heures pour réaliser l'opération de prélèvement. Cette indication de temps ne revêt aucun caractère ferme et dépend de la physiologie du donneur (obésité, opérations précédentes) et de l'expérience de l'équipe chirurgicale en la matière.

### Préparation et perfusion

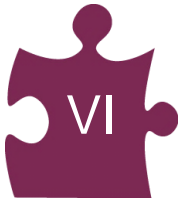
Mesure	Temps requis
Installation au bloc opératoire	30 min.
Laparotomie et sternotomie	30 min.
Installation des canules et perfusion	30 min.

### Prélèvement d'organes

	Organe	Temps requis
Thorax	Coeur	15-30 min.
	Poumons	30-45 min.
Abdomen	Foie (pas de partage)	60-180 min.
	Foie partagé	Plus 180 min.
	Pancréas	90-120 min.
	Reins	30-60 min.

### Prélèvement de tissus

Tissus	Temps requis
Cornées	30 min.
Osselets	60 min.



## MATÉRIEL POUR LA PRÉPARATION, LE PRÉLÈVEMENT, L'EXPÉDITION ET LA TYPISATION

### Matériel

Le personnel du domaine opératoire et les aides de salle d'opération préparent les salles, en fonction du matériel de prélèvement apporté par chaque équipe: les glacières de transport, les solutions de conservation, la glace stérile et les contenants des organes. Pour un prélèvement multi-organe, entre 8 et 10 litres de solution de perfusion sont nécessaires, qui sont également apportés par les équipes de prélèvement.

### Instruments

Le personnel du domaine opératoire et les aides de salle d'opération préparent les écarteurs et les instruments pour la laparotomie standard, la sternotomie (avec la scie correspondante), ainsi que les instruments vasculaires.

Les instruments chirurgicaux spéciaux (comme par exemple pinces spéciales, appareils de suture par agrafe, canules, sets de perfusion, sachets et contenants / containers d'organes) doivent être apportés par les équipes de prélèvement.

### Solutions de conservation spécifiques

Les solutions de perfusion hyperosmolaires spécifiques à chaque organe doivent être apportées dans une glacière par les équipes de prélèvement. Selon le centre de transplantation, différentes solutions sont utilisées. Il n'existe pas de solution universelle idéale pour tous les organes.

Organes	Solution de perfusion
Coeur	Solution de cardioplégie (St-Thomas et lidocaïne; également solution Celsior selon l'équipe d'explantation); 4l
Poumons	Perfadex; 4l
Foie, pancréas, reins	IGL-1; 10l

### Necroreport, matériel pour la typisation

Un necroreport est rempli pour chacun des organes prélevés et fourni avec ces derniers; une copie est archivée à la coordination de transplantation.

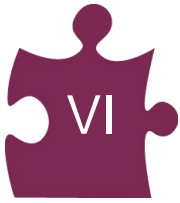
Pour résumer, il faut veiller à ce que:

- Chaque organe abdominal et thoracique doit être identifié par l'étiquette après l'emballage (type d'organe N° ST et groupe sanguin)
- Chaque organe qui quitte le bloc opératoire doit être accompagné du necroreport spécifique à l'organe (une copie doit rester à la coordination de transplantation ainsi qu'une copie de groupe sanguin)
- Tous les tubes de sang sont munis du numéro du donneur de Swisstransplant (n° ST) et fournis avec les organes (dans la mesure où ils n'ont pas déjà été envoyés, pour le test de compatibilité prospective)
- Chaque organe abdominal prélevé doit être accompagné d'un segment de rate pour le laboratoire d'histocompatibilité

## 4 PHASE CONSECUTIVE AU PRÉLÈVEMENT

### RESTITUTION DU CORPS

Lors du prélèvement, le corps du donneur doit être traité avec dignité et respect par tous les membres des équipes présentes. Après le prélèvement, toutes les canules et tous



les cathéters sont retirés, et les points de ponction refermés par un pansement. Le corps est lavé, identifié et recouvert par une chemise ou un drap, et son identité lui est rendue. La dépouille est ensuite emmenée à la morgue ou selon les possibilités de l'hôpital, dans un lieu prévu à cet effet, elle est restituée à la famille, et les rites funéraires peuvent se dérouler normalement.

Si une autopsie médico-légale est prévue sur le donneur après le prélèvement, toutes les canules, tous les cathéters ainsi que le tube trachéal doivent rester en place.

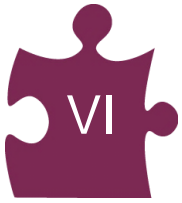
## ACCOMPAGNEMENT DES PROCHES APRÈS LE DON

Soutien de la famille par l'équipe de coordination, qui laisse ses coordonnées aux proches du donneur et reste à leur disposition.

### Dossier médical

Feuille d'anesthésie	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ inscription des organes et des tissus prélevés</li><li>▪ l'heure du clampage aortique «cross clamp time»</li><li>▪ les noms des chirurgiens préleveurs internes</li></ul>
Rapport opératoire	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ les necroreports sont considérés comme rapport opératoire</li><li>▪ l'inspection et palpation des cavités et l'exclusion d'éventuelles contre-indications pour un prélèvement d'organes et de tissus doit être documenté</li></ul>
Dossier médical	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ compléter, joindre la feuille d'anesthésie, la remplir et la rendre au service de soins intensifs</li></ul>
Registre informatique	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ SOAS, compléter les données</li></ul>
Résultats sérologiques	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Transmission à la banque de tissus</li><li>▪ Transmission à Swisstransplant</li></ul>
Résultats histologiques	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Transmission à la banque de tissus</li><li>▪ Transmission à Swisstransplant</li></ul>

Swisstransplant fait suivre les résultats aux centres de transplantation et les enregistre dans la banque de données SOAS.



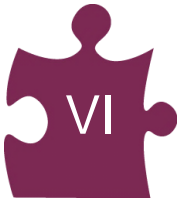
## D AUTEURS

### 1 GROUPE DE TRAVAIL

- Prof. Dr. med. Thierry Berney
- Nadine DE Carpentry
- Marie Christine Goascoz
- Prof. Dr. méd. Christoph Haberthür
- Dr. méd. Igor Langer
- PD Dr. med. Maurice Matter
- Diane Moretti
- Monika Perruchoud
- Nathalie Pilon
- Dr. med. John Robert
- Dr. med. Piergiorgo Tozz

### 2 GROUPE D'EXPERTS

- Petra BISCHOFF
- PD Dr. med. Jens Brockmann
- Prof. Dr. med. Leo Buhler
- Prof. Dr. med. Philipp Dutkowski
- PD Dr. med. Inci Ilhan
- Sandra Kugelmeier
- Prof. Dr. med. Roger Lehmann
- PD Dr. med. Pietro Majno
- Ulrike Müller-Arndt
- Dr. med. Wolfgang Nagel
- Werner Naumer
- Dr. med. Heinz Rieder
- Dr. med. Stefan W. Schmid
- Prof. Dr. med. Christian Seiler
- Paul Urech
- PD Dr. med. Markus Wilhelm



## E RÉFÉRENCES

Identification et signalement des donneurs potentiels, Swiss Donation Pathway, module I

Constat de décès («diagnostic de mort cérébrale») en rapport avec la transplantation d'organes («diagnostic de mort cérébrale») Directives médico-éthiques de l'ASSM du 24 mai 2011

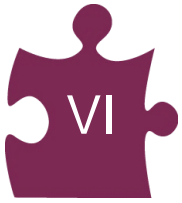
Swiss Donation Pathway, modules II, V

Transfert du donneur vers et de la salle d'opération – Procédure HUG-CHUV

Techniques chirurgicales de prélèvement multi-organe de l'EMC. Lechaux D., Dupont-Bierre É., Karam G., Corbineau H. Gefährte P., Noury D., Boudjema K. Technique du prélèvement multi-organe. EMC (Elsevier SAS, Paris), Techniques chirurgicales – Tractus digestif, 40–090, Techniques chirurgicales – Thorax, 42–747, Techniques chirurgicales -Chirurgie vasculaire, 43–300 2005

Procédés opératoires uniformes en vue de l'isolement d'îlots pancréatiques humains, Genève, CMU POS 20.0002–0

Lakey JR et al. Effect of core pancreas temperature during cadaveric procurement on human islet isolation and functional viability. *Transplantation* 2002; 73(7):1106–10



## F CHANGEMENTS

Date	Version	Changements
Août 2014	1.2	Conditionnement des organes
Avril 2014	1.1	Layout, solutions de perfusion
Juin 2006	1.0	Version originale