

P

rise en charge d'un donneur potentiel

Madame Isabelle LECOCQ, Infirmière en Réanimation - Hôpital Henri MONDOR - CRETEIL

INTRODUCTION

Le **donneur potentiel** est un individu **en état de mort cérébrale**. Il convient d'éviter les termes de «coma dépassé» et de «stade IV» car ceux-ci masquent la notion de mort à l'entourage.

La prise en charge du sujet en état de mort cérébrale requiert une **large disponibilité**, implique une **charge de travail élevée**. Elle nécessite une **réanimation lourde**, une **surveillance étroite** et une **coordination efficace**.

C'est pourquoi l'infirmière doit posséder une **compétence** et des **connaissances spécifiques**.

Le but de cette réanimation est d'assurer une oxygénation tissulaire suffisante au maintien de la qualité des organes à prélever.

SCÉNARIO D'UNE PRISE EN CHARGE.

1 - Préparation en vue de l'accueil du patient :

La chambre est toujours prête à accueillir le donneur, quelque soit le moment de son arrivée. Dès l'annonce de celle-ci :

- vérification du respirateur et préréglage des constantes selon le service.
- présence de solutés de perfusions, de remplissage, des drogues d'urgence, des électrolytes.
- préparation du nécessaire à la pose d'un cathéter artériel central. Montage de façon stérile et au dernier moment.
- vérification du matériel de surveillance hémodynamique et ventilatoire : ECG, pression invasive, non invasive, oxymétrie de pouls, module et sonde de température, capnomètre.
- tubes et formulaires pour examens biologiques. Le mieux, donc le plus efficace, pour éviter tout retard et oubli dans le lourd bilan sanguin est de disposer d'un pool de tubes préparés avec les formulaires préremplis.

2 - Installation

- Le patient arrive intubé, ventilé. On le branche au respirateur. Au besoin, selon l'état du donneur, on adapte les paramètres de ventilation. Auscultation des champs pulmonaires.
- Mise en place de l'ECG, pression artérielle (KT artériel en place ou brassard automatique), oxymétrie de pouls, capnomètre.
- Sonde gastrique en aspiration douce.

- Mise en place d'une sonde urinaire. Si cela n'a pas été fait (important pour comptabiliser les pertes).

- Sonde thermique.

- Vérification des abords veineux en place : perméabilité, fixation, solutés en garde-veine ou initiation de la prescription selon le protocole disponible dans la chambre.

- Si le patient est déjà sous agents vaso-actifs et inotropes telles que Dopamine, Dobutamine, Adrénaline au pousse-seringue, brancher les seringues. Il faut éviter les flashes ou les arrêts, même courts, de ces drogues.

- Recueil des constantes sur feuilles de surveillance. Celles-ci se notent toutes les demi-heures, voire tous les quarts d'heure.

- Prélever le bilan sanguin; pour cela on peut profiter de la pose d'un cathéter artériel ou central.

3 - Surveillance et suivi

Caractéristique du sujet en état de mort cérébrale

Le donneur est un patient très fragile. Il passe rapidement de la mort cérébrale à l'arrêt cardiaque difficilement réversible.

--> Perte de tout système de régulation par atteinte centrale :

- hypothermie,
- bradycardie/tachycardie,
- hyperglycémie/diabète insipide,
- hypotension,
- absence de ventilation spontanée.

--> Instabilité hémodynamique (+++)

- hypovolémie par diabète insipide,
- ± hémorragie extériorisée (plaie, arme à feu),
- absence de tonus vasomoteur.

Hypothermie

- Ces perturbations hémodynamiques sont fatales sans un suivi continu et une adaptation régulière de la thérapeutique.

Hémodynamique

- Il faut éviter tout retard dans la correction de l'hypovolémie.
- Les sujets en état de mort cérébrale développent un diabète insipide avec des diurèses de 12 heures pouvant aller jusqu'à plus de 10 litres.

- La compensation des pertes urinaires se fait à 100% toutes les heures.

- Les drogues vaso-actives en pousse-seringues ne doivent en aucun cas être interrompues. Il ne s'agit pas d'attendre la fin de la seringue pour préparer la suivante.

- Le patient doit être réchauffé pour éviter tous troubles cardiaques : fibrillation ventriculaire, asystolie, et pour éviter un silence électrique à l'E.E.G.

Ventilation.

- Aspirations trachéales fréquentes de façon stérile et atraumatique.

- Adaptation FiO₂.

- Gaz du sang fréquents (double intérêt du cathéter artériel).

Hygiène

- Soins cutané-muqueux.

- Soins nez/bouche/toilette comme pour tout autre patient.

- Le respect de ce que la personne a été, de ce qu'elle est toujours aux yeux de sa famille, est important.

Insistons peut-être un peu plus sur les soins d'yeux, en pensant au don de cornées.

Autres

- Glycémie horaire par prélèvement capillaire.

--> insuline, dose adaptée, au pousse-seringue.

- Ionogrammes sanguin et urinaire toutes les 6 heures.

Assistance des procédures invasives médicales.

- Pose de cathéter,

- Echographie transœsophagienne (explore la fonction cardiaque),

- Fibroscopie bronchique,

- Exérèse ganglionnaire en vue du typage HLA.

PRÉPARATION POUR LE BLOC OPÉRATOIRE

1 - Patient

- toilette/rasage : en dernier lieu avant l'intervention.

- hémoculture

- prélèvement trachéal protégé.

2 - Dossier

- Il doit être complet ++ avec le billet de décès du patient.

3 - Matériel et transport

- Très, très important; c'est un moment critique dans la prise en charge du donneur. Sa fragilité est telle que celui-ci peut ne pas arriver au bloc opératoire parce qu'il fera l'arrêt cardiaque pendant le transport --> vigilance +++.

- Respirateur et matériel annexe.

- Monitoring hémodynamique

- et bien sûr :

le médecin anesthésiste réanimateur.

Spécificité

Il arrive que le patient à son arrivée ne soit pas «décédé». Il importe à l'infirmière de savoir reconnaître les signes cliniques et paracliniques signifiant le passage en état de mort cérébrale :

- pupilles aréactives, pas toujours en mydriase mais souvent,

- absence totale de réactions aux stimuli nociceptifs,

- abolition de réactions aux aspirations bronchiques,

- polyurie.

Thermie et EEG

Il faut garder au corps une température > 35° C, en deçà non seulement il y a un risque de troubles cardiaques mais aussi un silence électrique à l'EEG pouvant faire penser à un état de mort cérébrale. Cet EEG n'a de valeur que s'il est fait pour une température corporelle > 35° C.

Transmissions

La prise en charge dure en moyenne 12 heures. Le minimum étant de 6 heures, le maximum de 48 heures. Il faut donc éviter la perte d'informations surtout au moment des transmissions avec l'équipe qui nous succède.

AU DELÀ DE LA TECHNICITÉ

Le sujet en état de mort cérébrale demande donc énormément de disponibilité, non seulement en raison des soins, mais aussi :

- de la facilitation du contact avec la famille. Cette famille dans ces circonstances est plus présente, son accessibilité au patient élargie. On se trouve donc face à ses questions, sa douleur, quant à la réponse favorable au don d'organes.

Cette réponse favorable est en fait le témoignage du refus ou non d'un prélèvement d'organes exprimé par le patient de son vivant, même si la famille ne prend pas vraiment de décision, ceci selon la loi bioéthique du 29 juillet 1994. Il y a là comme une acceptation morale du geste.

Après l'entretien, à ce propos, avec le médecin et le cadre infirmier, le retour au chevet du donneur, avec le bruit de la ventilation artificielle et le tracé cardiaque, éveillent souvent les craintes et nécessitent de notre part tact et patience pour répondre à ces angoisses.

- De l'implication personnelle et morale du soignant, il y a nos propres convictions issues de notre éducation sur la vie, la mort. Même si le donneur est dit être considéré comme un patient égal aux autres, il y a toujours un moment où l'on se pose des questions. En s'occupant du patient, de son entourage, on a fait forcément la démarche de se demander si, nous-mêmes, serions disposés à faire don de nos organes ou d'accepter «moralement» le prélèvement sur un de nos proches.



CONCLUSION

La prise en charge d'un donneur potentiel

«n'est pas une lutte contre la mort mais bien une lutte pour la vie».

C'est un combat que l'on devrait mener à tous les niveaux, pas seulement au niveau :

- des soins médicaux et infirmiers

--> par la création d'un dossier de soins infirmiers spécifiques au donneur,

--> par l'information de tous les médecins et infirmiers sur la reconnaissance d'un sujet en état de mort cérébrale et la démarche à suivre.

mais aussi au niveau :

- socio-éducatif et intellectuel

--> par la sensibilisation dans les lycées, dans les médias, de façon bien conduite.