

Éthique

Ethics

© SRLF et Springer-Verlag France 2012

SP071

Étude Optido : évaluations des perceptions et connaissances relatives au don d'organes au cours de l'état de mort encéphalique

T. Pham¹, I. Coquet², C. Quesnel³, J.P. Fulgencio³, M. Chastrusse⁴, M. Fischler⁴, E. Ferrand⁵

¹Réanimation médicale, CHU Henri-Mondor, Créteil, France

²Équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs (EMASP), hôpital Foch, Suresnes, France

³Département d'anesthésie et réanimation, CHU Tenon, Paris, France

⁴Département d'anesthésie, hôpital Foch, Suresnes, France

⁵Département d'anesthésie et équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs (EMASP), hôpital Foch, Suresnes, France

Introduction : Dans le cadre de la révision de la loi de bioéthique, nous avons évalué les connaissances du cadre légal et la réflexion des médecins seniors confrontés à la fin de vie aiguë et potentiellement en charge des patients en état de mort encéphalique (EME) sur la question du prélèvement d'organes (PMO), mission prioritaire de santé publique.

Patients et méthodes : Nous avons réalisé une étude observationnelle multicentrique basée sur un questionnaire (QS) anonyme auprès des médecins hospitaliers seniors potentiellement en charge de patients en EME. Les items du QS concernaient la connaissance, la perception et la pratique des procédures de prise en charge des patients en EME. Les comparaisons de proportions entre les groupes ont été réalisées au moyen de tests du Chi², avec un *p* inférieur à 0,05 considéré comme significatif.

Résultats : Nous avons adressé 3 200 QS dans 800 services (entre trois et dix QS par service) en anesthésie, réanimation, SAU, USI cardio, neuro, pneumo ou néphro ; 890 médecins seniors ont répondu (participation de 27,9 %), dont 55 % réanimateurs (réa) incluant réanimateurs médicaux et anesthésistes-réanimateurs. La très grande majorité des répondants est favorable au PMO pour eux-mêmes (89 %) ou leurs proches (78 %) ; ils adhèrent également fortement comme professionnels à cette mission de santé publique (96 %) ; 84 % ont été confrontés à la prise en charge d'un patient en EME (95 % des réa et 69 % des non-réa, *p* < 0,001) ; 11 % doutent que le patient remplissant les critères d'EME soit vraiment mort (6 % des réa et 15 % des non-réa, *p* < 0,001). Les connaissances et les pratiques des médecins sont résumées dans les Tableaux 1 et 2.

Conclusion : Notre enquête confirme une connaissance assez imparfaite du processus d'identification par les médecins de l'EME. Elle révèle également une réanimation non rigoureuse pour optimiser le nombre de donneurs pour un PMO. Ces résultats doivent inciter l'Agence de la biomédecine à étendre la politique de formation aux enjeux du PMO à l'ensemble de la communauté médicale.

Tableau 1. Connaissances du processus d'identification d'un donneur potentiel

	Connaissances déclarées				Connaissances réelles			
	Total	Réa	Non-Réa	<i>p</i>	Total	Réa	Non-Réa	<i>p</i>
Consentement présumé	93 %	96 %	90 %	0,004	21 %	24 %	17 %	0,008
Diagnostic EME	88 %	94 %	80 %	< 0,001	57 %	72 %	38 %	< 0,001
- Clinique	91 %	95 %	86 %	< 0,001	30 %	43 %	13 %	< 0,001
- Paraclinique	74 %	93 %	77 %	< 0,001	23 %	35 %	8 %	< 0,001
- Les deux								
Registre des refus	81 %	89 %	70 %	< 0,001	53 %	61 %	42 %	< 0,001

Tableau 2. Acceptabilité pour les médecins de ne pas traiter une potentielle complication

	Total (<i>n</i> = 893)	Réa (<i>n</i> = 494)	Non-Réa (<i>n</i> = 396)	<i>p</i>
Septicémie	22 %	27 %	16 %	< 0,001
Pneumopathie	17 %	21 %	12 %	0,005
Désaturation sévère	18 %	20 %	15 %	0,20
Hypotension artérielle	18 %	19 %	18 %	0,76
Arrêt cardiaque	41 %	45 %	35 %	0,013
Au moins une complication	48 %	53 %	43 %	0,003
Toutes les complications	10 %	13 %	6 %	0,001

Bibliographie

1. Décret n° 96-1041 relatif au constat de la mort préalable au prélèvement d'organe, de tissus et de cellules à des fins thérapeutiques ou scientifiques, du 2 décembre 1996, JO du 4 décembre 1996

SP072

Ce que les familles endeuillées expriment aux équipes de réanimation :

analyse qualitative du verbatim de l'étude CAESAR

N. Kentish-Barnes, Z. Cohen-Solal, G. Ducos, M. Chaize, E. Azoulay
Service de réanimation médicale, CHU Saint-Louis, Paris, France

Introduction : L'étude CAESAR sur la qualité de la fin de vie comprend 592 familles de patients décédés dans 48 services de réanimation en France qui ont complété par téléphone l'échelle du même nom 21 jours après le décès du patient.

Patients et méthodes : Seules les questions de l'échelle Caesar portant sur la communication ont fait l'objet d'un recueil systématique des discussions qu'elles ont engendrées entre le proche et l'investigateur.

Cette approche qualitative permet de passer par la perspective des sujets et donc de dégager leur signification de la réalité. Une analyse thématique de ce *verbatim* a été privilégiée. Après analyse et réduction des 15 thèmes détectés, quatre ont été retenus.

Résultats : Sur les 592 familles incluses, 545 ont complété l'échelle Caesar à j21.

L'analyse permet de retenir un concept central, celui d'empathie, décliné en quatre thèmes : 1) *la qualité de l'information* : « *Ils ont été très à l'écoute. De ses besoins et de nos besoins. Tout questionnement a eu sa réponse* » (mère d'un patient). En plus des besoins explicités dans d'autres études, les proches mettent en avant le besoin d'une information « empathique », adaptée à leur propre situation, en insistant sur l'ambiguïté du recours à la notion d'espoir qui manque souvent de sens lorsque le patient bascule dans un processus de fin de vie. Les proches évoquent aussi la manière dont ils ont été impliqués dans le processus décisionnel de LAT et parfois la difficile gestion du sentiment d'avoir été responsable de la décision ; 2) *le maintien du lien affectif avec le patient mourant* : « *Ils la tournaient, elle sentait bon, ils s'occupaient d'elle comme d'une personne. Ils lui parlaient tout le temps, ils lui expliquaient, ils la prévenaient. Ils laissaient la porte ouverte, elle n'était jamais seule, isolée* » (fille d'un patient). L'attitude des soignants vis-à-vis du mourant est primordiale : continuer à le prendre en charge « comme une personne » permet aux proches de maintenir un lien qu'ils jugent parfois fragile ; 3) *l'accompagnement « autour du décès »* : « *Je suis obsédée par le dessus de la main de mon père (...) aucun pansement n'avait été fait alors que les derniers instants arrivaient... Cette image m'est insupportable (...). Je ne peux pas pardonner à l'équipe soignante de ne pas avoir donné à mon papa une apparence plus supportable pour la famille* » (fille d'un patient). Les proches préparés au décès du patient sont dans la capacité de donner un sens à la mort et d'accompagner le mourant. Les non-préparés se sentent dépossédés de la mort de leur proche et expriment des regrets. Tous les proches racontent précisément des détails de l'accompagnement qui prennent a posteriori une importance centrale et qui leur permettent de qualifier la fin de vie d'« apaisante » ou, au contraire, de « traumatisante » ; 4) *la participation à la recherche* : « *Merci pour cet accompagnement qui m'a permis de me sentir reconnu par l'équipe de réanimation* » (épouse). Les échanges suscités par le questionnaire ont permis aux proches d'exprimer leurs ressentis, leur reconnaissance et leurs critiques. Cette expression a permis un sentiment de reconnaissance et de non-abandon ainsi qu'une possibilité de donner un sens à l'ensemble de l'expérience vécue.

Discussion : Le passage d'une logique curative à une logique palliative, la gestion de l'espoir et les processus décisionnels qui l'accompagnent représentent un moment clé pour les proches. Comprendre, être impliqué d'une manière appropriée et être préparé au décès lui-même sont des éléments centraux. L'accompagnement des patients par les soignants fait partie de l'accompagnement proposé aux proches, mettant en avant l'importance du *continuum* de la prise en charge. Enfin, les proches sont les témoins de ce qui se passe avec et autour des patients : ils mettent en avant l'importance des détails de l'accompagnement — détails qui auront un impact sur le déroulement de leur deuil.

Conclusion : Une réflexion centrée sur la notion d'empathie, ses déterminants et ses déclinaisons est importante : qualité de l'information, de l'interaction avec le patient et de surcroît d'accompagnement au moment du décès.

SP073

Extubation de confort en réanimation

E. Vivier, S. Rosselli, C. Pommier, J. Manchon

Service de réanimation polyvalente,

centre hospitalier Saint-Joseph & AMP, Saint-Luc, Lyon, France

Introduction : L'extubation de confort, aussi appelée « extubation terminale », est une technique pouvant être mise en œuvre dans le cadre d'une décision de limitation thérapeutique. Cette procédure, fréquente outre-Atlantique, semble peu pratiquée dans les réanimations françaises. Nous avons mis en place un protocole pour encadrer cette technique dans un service de réanimation polyvalente de 12 lits et suivi son application.

Patients et méthodes : Le protocole prévoit le respect des procédures de limitation thérapeutique réglementaires en amont de la décision : concertation collégiale, consultant extérieur et information de la famille. L'adhésion des proches au processus d'extubation est systématiquement recherchée. Un test de sevrabilité spécifique est appliqué la veille de l'extubation. Un traitement systématique par scopolamine et glucocorticoïdes est administré le jour de l'extubation. Le geste est réalisé par le médecin ayant informé la famille. L'horaire (en général 14 heures) est choisi pour permettre la présence des proches et le maximum de disponibilité des soignants. La prescription de sédatifs et/ou d'analgiques est laissée à l'appréciation du clinicien.

Résultats : Dix-sept patients ont été proposés pour une extubation de confort dans le cadre d'une limitation thérapeutique entre novembre 2010 et juillet 2012. Les pathologies prises en charge comprenaient des encéphalopathies postanoxiques ($n = 13$), post-traumatiques ($n = 2$) ou posthypoglycémiques ($n = 1$) et un accident vasculaire cérébral hémorragique. Un des patients n'a pas été extubé en raison d'une opposition de la famille. Les 16 autres ont pu être extubés. La famille a souhaité être présente dans 62 % des cas. Les suites immédiates de l'extubation ont entraîné un tirage (cinq patients), des *gasps* (un patient) ou des râles (trois patients). L'installation en position latérale de sécurité (quatre patients), la mise en place d'une canule de Guédel (quatre patients) ou la réalisation d'aspirations oropharyngées (sept patients) ont été parfois nécessaires. La prescription d'une perfusion de morphine (dix patients) ou de benzodiazépine (huit patients) n'a pas été systématique. Le décès est survenu 35 heures en moyenne après l'extubation pour 14 des patients (minimum = 3 heures ; maximum = 104 heures). Deux patients ont survécu et sont sortis de l'hôpital pour des structures de long séjour.

Conclusion : Appliquée dans des situations bien sélectionnées et encadrée par une réflexion et des soins rigoureux, l'extubation de confort peut s'intégrer au processus de limitation et d'arrêt des thérapeutiques actives. Le caractère abrupt du geste peut être adouci par un protocole de service et par la qualité de la concertation collégiale préalable. Comme cela est observé pour d'autres procédures de limitation des thérapeutiques, l'extubation n'entraîne pas systématiquement le décès du patient.

Bibliographie

1. Fartoukh M, Brun-Buisson C, Lemaire F (2005) Terminal extubation in 5 end-of-life patients in intensive care units. *Press Med* 34:495–501
2. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des recommandations de la SRLF. 22 septembre 2009

SP074

Réunions éthiques :

chronique d'une mort annoncée ou espace de réflexion ?

J.L. Daban, G. Dumas, A. Ségot, F. Aouadène, B. Lenoir, V. Peigne
Département d'anesthésie et réanimation, HIA Percy,
Clamart, France

Introduction : La mise en œuvre de mesures de limitation des thérapeutiques actives concerne un grand nombre de patients de réanimation et est encadrée par la loi qui insiste sur le caractère collégial du processus décisionnel. Notre service dispose d'une procédure organisant la prise de décision de limitation thérapeutique. La traçabilité de ces décisions est assurée depuis mars 2009 par un registre dont l'analyse est présentée ici.

Patients et méthodes : Analyse rétrospective du registre des réunions éthiques tenues dans le service entre mars 2009 et mai 2012 qui mentionne la date de la réunion et qui est signé par tous les participants.

Résultats : Soixante-quatre patients ont fait l'objet de 73 réunions éthiques. Le délai médian entre l'admission en réanimation et la première réunion était de cinq jours, avec 12 réunions organisées dans les 24 premières heures du séjour en réanimation. Le nombre médian de participants aux réunions était de neuf soignants (écart interquartile [IQR] : 7–12). La participation des infirmières (nombre médian : 2) était systématique. Deux réunions ont eu lieu sans médecin senior et 35 (48 %) réunions avec un seul médecin senior. La participation des aides-soignants était quasi constante (96 % des réunions, nombre médian : 2), celle des internes (85 %) et des cadres de santé un peu moins fréquente (75 %). Un consultant extérieur était présent dans 33 % des réunions et consulté pour 79 % des décisions. Aucune mesure de limitation des thérapeutiques actives (LT0) n'a été retenue lors de la première réunion chez trois patients, il a été décidé de ne pas introduire de nouveaux traitements (LT1) chez 25 patients et il a été décidé d'interrompre les thérapeutiques actives (LT2) chez 36 patients. Une deuxième réunion a été organisée pour neuf patients : deux patients sont passés de LT0 à LT2, cinq patients sont passés de LT1 à LT2, un est resté en LT1 et un est resté en LT2. Cinq décisions ont été modifiées sans réunion formalisée : quatre passages de LT1 à LT2 et un passage de LT1 à LT0. Au total, un seul patient n'a jamais été concerné par une décision de limitation thérapeutique (LT0). Cinquante-quatre (84 %) patients sont morts en réanimation, dont 35 (100 %) patients avec une décision initiale de LT2, 17 (68 %) patients avec une décision initiale de LT1 et un (33 %) patient avec une décision initiale de LT0. Le délai médian entre la réunion initiale et le décès était d'un jour (IQR : 0–5).

Discussion : Ce registre a été réalisé de façon prospective, mais nous n'avons pas pu en évaluer l'exhaustivité.

Conclusion : L'analyse de nos pratiques montre que la décision d'organiser une réunion éthique est quasiment synonyme de décision de limitation thérapeutique. Ces réunions apparaissent ainsi avant tout comme un moment de renforcement de la cohésion de l'équipe et de vérification de son adhésion au projet de soins.

SP075

Quelles sont les préoccupations éthiques des agents hospitaliers ?

J.-L. Chauvet¹, P. Lucas², P. Pourcelle³

¹Réanimation polyvalente, CHI Elbeuf, Louviers Val-de-Reuil, Elbeuf, France

²Soins palliatifs, CHI Elbeuf, Louviers Val-de-Reuil, Elbeuf, France

³Gériatrie, CHI Elbeuf, Louviers Val-de-Reuil, Elbeuf, France

Objectif : Afin de connaître les souhaits éthiques, l'état des connaissances sur la fin de vie, et faire un état des lieux des pratiques de soins de notre hôpital ; nous avons adressé, aux 1 859 agents hospitaliers, soignants ou non, un questionnaire en trois parties. La première partie évaluait les cinq centres d'intérêt principaux parmi 30. La deuxième partie (23 questions) évaluait les connaissances sur la loi sur la fin de vie (loi Léonetti). Dans la troisième partie (21 propositions), les agents évaluaient leur pratique de soins.

Résultats : Cinq cent vingt-cinq agents ont répondu (28 %). Les principales préoccupations éthiques des 525 agents sont la douleur (42 %), la fin de vie/soins palliatifs (38 %), l'euthanasie/suicide médicalement assisté (37 %), obstination déraisonnable (36 %), l'information au patient (35 %). Le secteur de soins chroniques est plus particulièrement intéressé par la fin de vie (51 %) et la douleur (47 %) contre 34 et 42 % pour le secteur aigu. Les médecins s'intéressent plus au secteur médical (35 %), et moins à la douleur (28 %) que les agents paramédicaux, 13 et 47 % respectivement. Dans le Tableau 1, les agents toutes catégories confondues montrent un bon niveau de connaissance des thèmes abordés par la loi Léonetti, avec quelques particularités. Dans 75 % des cas, les agents ne retiennent pas l'indication de « Euthanasie/suicide médicalement assisté ».

Tableau 1. Connaissance de la loi Léonetti, deuxième partie. Pourcentage de réponse correcte aux neuf thèmes étudiés

	Total	Médi- cal	Para- med	Agent adminis- tratif	Secteur aigu	Secteur chronique
Respect de l'avis patient	93*	91	93*	93	92	95
Personne de confiance	81	82	82	76	83	81
Directives anticipées	76 ^{††}	82	75 [†]	76	74 [†]	79
Procédure collégiale	84	90	84	81	84	85
Douleur et théorie du double effet	83	84	83	81	82	85
Soins palliatifs avec analyse de l'alimenta- tion en fin de vie	79 [†]	79	80	79	78 [†]	82
Soins palliatifs sans analyse de l'alimenta- tion en fin de vie	98**	98**	98**	97**	98**	98**
Euthanasie et suicide médicalement assisté	85	86	85	86	86	83
Obstination déraisonnable	73 ^{††}	81	72 ^{††}	73	72 ^{††}	74 ^{††}

^{††} ***p* < 0,01, [†] **p* < 0,05 différence significative : la réponse est sureprésentée (*) ou sous-représentée (†) à l'intérieur du groupe ou secteur étudié. Il n'existe pas de différence significative entre les catégories.

L'analyse des pratiques en fin de vie montre une plus grande préparation dans les secteurs de soins chroniques que les secteurs aigus, du fait d'une concertation entre les équipes plus grande et plus de matériel adapté. Pour le personnel soignant non médical, 26 % souhaitent que leur avis soit mieux pris en compte lors de décision éthique, contre 1 % pour le personnel médical. Les plus fortes demandes d'évolution des pratiques pour le personnel paramédical sont : l'amélioration du dialogue en situation difficile 38 % et une meilleure prise en charge de la douleur 38 %.

Conclusion : Les préoccupations éthiques des agents concernent la prise en charge de la douleur et de la fin de vie. La réponse aux difficultés persistantes se fera par une meilleure connaissance de l'obstination déraisonnable, des directives anticipées, de l'alimentation en fin de vie et une plus grande concertation entre les équipes médicales et paramédicales. La procédure collégiale, en concertation avec l'équipe soignante, devrait être mieux appliquée.

SP076**Les limitations des thérapeutiques sont-elles des prophéties autoréalisatrices ?**

P.M. Bertrand¹, A. Lautrette¹, B. Planquette², S. Jamali³, L. Argaud⁴, H. Kallel⁵, M. Garrouste-Orgeas⁶, E. Azoulay⁷, C. Schwebel⁸, S. Ruckly⁹, A.S. Dumenil¹⁰, B. Souweine¹, J.F. Timsit¹¹

¹Service de réanimation polyvalente, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand, France

²Réanimation médicale, centre hospitalier André-Mignot, Versailles, France

³Réanimation médicale, centre hospitalier Sud Essonne, site Étampes, Étampes, France

⁴Service de réanimation médicale, CHU de Lyon, hôpital Édouard-Herriot, Lyon, France

⁵Service de réanimation adultes & AMP, USC, centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne, Guyane française

⁶Service de réanimation polyvalente, groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph, Paris, France

⁷Service de réanimation médicale, CHU Saint-Louis, Paris, France

⁸Service de réanimation médicale, CHU de Grenoble, hôpital A.-Michallon, La Tronche, France

⁹Institut A.-Bonniot, université Joseph-Fourrier, La Tronche, France

¹⁰Réanimation médicale, CHU Antoine-Béclère, Clamart, France

¹¹Service de réanimation médicale, CHU de Grenoble, hôpital Couple-Enfant, La Tronche, France

Introduction : Les décisions de limitation et d'arrêt des thérapeutiques (LAT) sont fréquentes en réanimation. Certains auteurs [1] suggèrent qu'une décision de LAT est indépendamment associée à une augmentation de la mortalité. Le but de cette étude est de mesurer la valeur pronostique d'une LAT en prenant en compte l'intention de limitation thérapeutique (décision de ne pas débiter une thérapeutique qui pourrait à terme être nécessaire).

Matériels et méthodes : *Définition :* Intention de limitation thérapeutique (ILT) : décision de ne pas débiter une thérapeutique non nécessaire au patient. Limitation thérapeutique (LT) : décision de ne pas débiter une thérapeutique nécessaire au patient. Arrêt thérapeutique (AT) : décision d'arrêter une thérapeutique en cours et nécessaire au patient. *Protocole :* Étude multicentrique à partir de la base Outcome-Rea[®] dans 13 services de réanimation en France sur une période de sept ans (2005–2012). Les décisions et le niveau de LAT (sans LAT, ILT, LT et AT) sont recueillis quotidiennement chez tous les patients. Les scores de gravité, les comorbidités préexistantes à l'admission, le diagnostic principal, les données démographiques et les scores de dysfonctions d'organes quotidiens en réanimation sont analysés en fonction des différents niveaux de LAT : sans LAT, ILT, LT, AT. Les déterminants du décès hospitalier sont évalués grâce à un modèle de Cox temps discret qui prend en compte les caractéristiques à l'admission, le niveau de LAT quotidien et le SOFA quotidien mesuré la veille du jour du niveau de LAT quotidien étudié. Ce modèle permet d'estimer l'impact quotidien des niveaux de LAT sur le pronostic indépendamment de l'état physiologique du patient.

Résultats : Sur les 10 080 patients inclus, 1 341 (13,3 %) ont eu au moins une décision de LAT, 335 (3,32 %) ont eu une ILT, 522 (5,18 %) ont eu une LT et 484 (4,80 %) ont eu une AT. Les paramètres indépendants liés aux décès à l'hôpital étaient l'existence de plus d'une maladie chronique, le SAPS à l'admission, le type d'admission (médecine, chirurgie réglée, chirurgie urgente), le symptôme principal, l'existence d'une ventilation mécanique à l'admission et le SOFA quotidien la veille du jour étudié (RR = 1,14 par point, IC 95 % : [1,12–1,16]). En analyse univariée, le niveau de LAT était significativement associé au risque de décès hospitalier (RR = 2,56 [2,12–3,1] pour ILT, 14,6 [12,7–16,9] pour LT et 45 [38–55] pour AT par rapport à la classe sans

LAT, $p < 0,0001$). Après ajustement sur les facteurs de risque de décès à l'admission et sur le score SOFA quotidien la veille du jour étudié, le niveau de LAT était significativement associé au décès hospitalier (RR = 1,14 [0,91–1,44] pour ILT, RR = 5,94 [4,95–7,12] pour LT, RR = 20,1 [15,6–25,8] pour AT, $p < 0,0001$). En analyse post hoc, si l'on excluait les patients avec une LT ou un AT, l'ILT entraînait une augmentation significative du risque de décès (RR = 4,0 [3,30–4,86]). Son effet restait significatif après ajustement sur les autres facteurs pronostiques (RR = 1,6 [1,2–2,2], $p = 0,0004$).

Conclusion : Les différents niveaux de LAT ont un impact sur le pronostic, indépendamment de la gravité physiologique des patients. Le risque de mortalité hospitalière augmente avec le niveau de LAT. Une ILT est associée à un risque accru de décès hospitalier alors que l'intensité thérapeutique devrait être la même que chez les patients sans LAT.

Référence

1. Azoulay E, Pochard F, Garrouste-Orgeas M, et al (2003) Decisions to forgo life-sustaining therapy in ICU patients independently predict hospital death. *Intensive Care Med* 29:1895–901

SP077**Utilisation de l'angiographie cérébrale dans le diagnostic de mort encéphalique en France. Le diagnostic de mort encéphalique peut-il devenir paraclinique ?**

V. Labeye¹, O. Bastien², A. Faure³, C.E. Ber⁴

¹Coordination hospitalière des prélèvements d'organes et de tissus, CHU de Lyon, hôpital Édouard-Herriot, Lyon, France

²Département d'anesthésie et réanimation, CHU Louis-Pradel, Bron, France

³Département d'anesthésie et de réanimation, CHU de Lyon, hôpital Édouard-Herriot, Lyon, France

⁴Réanimation chirurgicale, CHU de Lyon, hôpital Édouard-Herriot, Lyon, France

Introduction : Le diagnostic de mort encéphalique (ME) chez les patients potentiellement donneurs d'organes entraîne parfois un véritable dilemme pour le réanimateur. La loi impose un diagnostic clinique dans un premier temps, puis une confirmation paraclinique une fois la clinique valide. Les sociétés savantes et l'Agence de biomédecine recommandent un examen clinique et une épreuve d'apnée en l'absence de facteur confondant. Lorsque le patient a reçu des traitements dépressifs du système nerveux central (SNC), doit-on attendre que les hypnotiques soient en dessous du seuil thérapeutique pour faire le diagnostic de ME, au risque de perdre le donneur (instabilité hémodynamique, famille ne désirant plus attendre le laps de temps nécessaire à l'élimination des substances, malgré leur positionnement favorable au don) ? Quelle est la pratique en France dans les principaux centres préleveurs ?

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude de pratique, réalisée par téléphone, les réponses confirmées par mail, auprès de médecins référents sur la prise en charge des donneurs d'organes (coordonnateurs, réanimateurs). Trente principaux centres français préleveurs ont été contactés. Quelle est l'utilisation de l'angiographie dans le diagnostic de ME pour les réanimateurs en présence de facteurs confondants ? Est-elle considérée comme un moyen diagnostique à elle seule ? L'épreuve d'hypercapnie telle qu'elle est pratiquée actuellement est-elle remise en question ?

Résultats : La majorité des centres attendent un délai ou effectuent un dosage si des hypnotiques ont été utilisés. Mais exceptionnellement,

lorsque des benzodiazépines (BZP) ou morphiniques sont présents, 25 centres sur 30 se réfèrent à l'angiographie pour poser le diagnostic, en présence de barbituriques (BT), 24 centres font de même (Tableau 1).

	BZP ou morph utilisés	BT utilisés
L'angiographie permet de faire le diagnostic de ME s'il existe des facteurs confondants	25	24
L'utilisation de l'angiographie ne suffit pas pour faire le diagnostic (facteurs confondants présents ou non)	5	4
Ne se prononcent pas	0	2

Seize centres sur 30 remettent en question totalement ou partiellement l'épreuve d'apnée : cinq pensent qu'elle doit être techniquement améliorée, six centres considèrent cette épreuve comme inutile si ininterprétable, notamment lorsque des traitements dépresseurs du SNC sont présents, cinq centres pensent qu'elle peut être néfaste, en particulier en cas d'instabilité hémodynamique ou respiratoire.

Conclusion : La présence de facteurs confondants comme les dépresseurs du SNC est fréquente en réanimation. Lorsque la situation est contrainte par le temps, la majorité des réanimateurs se réfèrent à l'angiographie (essentiellement l'angioTDM) pour faire le diagnostic de ME. La pratique actuelle française peut-elle être validée ? Peut-on considérer que le diagnostic de ME doit évoluer, et ne prendre en compte que l'examen angiographique de confirmation en s'affranchissant du diagnostic clinique en cas de présence de facteurs confondants ? Ou, au contraire, l'absence de facteur confondant doit-elle être plus strictement respectée ?