



DDACM3: quand ce n'est plus l'heure...

Réunion des coordinations hospitalières médicales et paramédicales
27 septembre 2022 – Poitiers

Que dit le protocole ?

- ▶ Contrainte de temps concernant la **phase agonique**, **l'ischémie chaude fonctionnelle** et **l'asystolie**
- ▶ Délai **d'ischémie froide** à respecter
- ▶ Mise en alerte **dans un délai suffisant** des équipes chirurgicale de prélèvement (dès la connaissance de l'attribution des greffons)

Ce qu'il ne dit pas

- ▶ Que la procédure doit se faire sur 2 jours
- ▶ Qu'il y a une heure limite pour contacter les équipes de greffes pour leur proposer les greffons

Trop tard ?



- ▶ Mr E 54 ans, coma post anoxique sur ACR,
- ▶ J3 décision d' AT
- ▶ Abord des proches à 17h: adhésion à la décision d'AT et à la procédure M3
- ▶ Ouverture du dossier cristal à 18h45
- ▶ Tentative de pose des désilets par l'interne du service: échec avec constitution d'un hématome, nouvelle tentative reportée au lendemain matin
- ▶ TDM réalisé à 21h
- ▶ Validation du dossier à 23h17
- ▶ Nouvelle pose des désilets le lendemain à 8h avec hématome alimenté par artère gauche perforée nécessitant transfusion massive et avis chirurgical vasculaire sur les risques lors de la canulation
- ▶ AT à 14h05, entrée au bloc à 15h15, prélèvement des 2 reins, Foie et cornées, organes greffés, évolution satisfaisante

Décisions prises

- ▶ Lors des dossiers M3 tardifs **évaluer la possibilité de décaler l'ouverture du dossier** au lendemain
- ▶ Pose des désilets après scanner TAP avec **évaluation des abords vasculaires**
- ▶ **Avis chirurgical vasculaire** systématique si présence d'athérome
- ▶ Pose des désilets uniquement par **sénior, en dehors du temps de garde** et décalée au lendemain matin si nécessaire

Trop tard ?



- ▶ Mr B 34 ans coma post anoxique sévère sur pendaison
- ▶ J10 Décision d'AT posée à 18h50 avec le neurologue
- ▶ Abord des proches à 19h30: adhésion à la décision d'AT et à la procédure M3 mais ne souhaitent pas que la procédure s'éternise au-delà du lendemain
- ▶ Ouverture du dossier Cristal à 20h15: TDM réalisé à l'admission, pas d'avis vasculaire nécessaire
- ▶ Décision de ne poser les désilets que le lendemain en présence de réa expérimentés
- ▶ Validation du dossier à 0h22
- ▶ AT à 13h15, entrée au bloc à 14h55, prélèvement des 2 reins, cornées et peau, organes greffés, évolution satisfaisante à J10

Décisions prises

- ▶ Lors des dossiers M3 tardifs **évaluer la possibilité de décaler l'ouverture du dossier** au lendemain
- ▶ La prise en compte du **souhait des proches** reste notre priorité

Trop tôt?



- ▶ Mr M 65 ans, coma post anoxique sévère sur pendaison
- ▶ J3 décision d'AT posée à 16h30 avec le neurologue
- ▶ Abord des proches à 17h: adhèrent à la décision d'AT et à la procédure M3, souhaitent un AT le plus tôt possible mais sont prêts à attendre 24h supplémentaire si possibilité de don d'organes
- ▶ Ouverture du dossier cristal à 17h, mis en attente jusqu'au lendemain car absence de programmation du bloc
- ▶ Appel au bloc le lendemain matin 8h: seul accès au bloc disponible le jour même à 14h
- ▶ TDM réalisé à 11h15: kyste rénal nécessitant un avis d'expert
- ▶ Validation du dossier cristal à 14h02
- ▶ AT à 14h54, entrée au bloc à 16h, prélèvement des 2 reins, 1 rein greffé d'évolution satisfaisante, 1 rein non greffé (décapsulation)

Décisions prises

- ▶ La procédure doit se faire sur **2 jours distincts** pour permettre
 - la réalisation des examens
 - la pré attribution des organes
 - l'organisation du transport des équipes extérieures

Contraintes liées à l'organisation en réanimation

- ▶ Modalités de **décision d'AT**: staff médical pluridisciplinaire journalier, hebdomadaire, le matin ou l'après midi
- ▶ Avis du **consultant extérieur**
- ▶ **Visite des proches** et les entretiens réalisés dans l'après midi
- ▶ **Pose des désilets, canulation et gestion de la CRN** « aux heures ouvrables »
- ▶ Réalisation des **examens complémentaires** avec avis d'experts

Contraintes de temps pour les proches

- ▶ **Délai supplémentaire** de 24h ou 48h pour la mise en œuvre de l'AT
- ▶ **Présence** lors de la mise en œuvre de l'AT

Contraintes locales

- ▶ Pas de M3 possible le week end et les jours fériés
- ▶ Bloc uniquement sur les salles de programmé
- ▶ Pas de préleveurs hépatiques sur site
- ▶ Pas d'accès au laboratoire d'anapath après 16h et le week end
- ▶ Sérologies délocalisées: résultats en 5 à 6h

Conclusion



Il n'y a pas de « bonne » heure pour proposer un dossier M3

C'est un consensus entre les contraintes de tous avec pour seul objectif de pouvoir aller à la greffe

La fin de vie d'un donneur M3 est modifiée par la procédure, notamment en terme de temporalité avec un « allongement » de délai entre la décision d'AT et sa mise en œuvre

Table 2. Delays between ICU admission, WLST decision and practice in potential cDCD donors (n=908, in days)

	ICU admission to WLST decision				WLST decision to WLST practice			
	All	Anoxic	PBI	p	All	Anoxic	PBI	p
Potential cDCD n=908	6.8 [4.2-12.6]	6.2 [4.3-9.4] n=543	9.6 [4-21.2] n=365	<0.01*	1.9 [1.1-3.7]	1.9 [1.1-3.2] n=543	2 [1.1-3.9] n=365	0.11
WLST-OD(-) n=413	6.6 [4-12.8]	6.1 [4.2-9.5] n=252	9.1 [3.9-20.9] n=161	<0.01*	1.2 [0.8-2.2]	1.5 [0.8-3] n=252	1.1 [0.1-2] n=161	0.49
WLST-OD(+) n=495	6.8 [4.3-12]	6.3 [4.4-9.3] n=291	9.9[4.0-21.8] n=204	<0.01*	2 [1.1-3.7]	1.9 [1.1-3.2] n=291	2.1 [1.1-3.9] n=204	0.04*
p	0.76	0.84	0.10		<0.01*	0.87	<0.01*	

ICU: intensive care units. WLSTW: Withdrawal of life-sustaining therapy. cDCD: controlled donation after circulatory death. OD: organ donation. PBI: Primarily brain injury. Data are expressed as medians [25th-75th percentiles](Min-Max). Date are expressed in days. * indicates statistical significance as p<0.05

WLST decision to WLST practice	
WLST-OD(-)	8,9 ± 11,9 hours
WLST-OD(+)	14 ± 13,9 hours
p	<0,001

Determining the impact of timing and of clinical factors during end-of-life decision-making in potential controlled donation after circulatory death donors

Angela M. Kotsopoulos¹ | Nichon E. Jansen² | Piet Vos³ | Marloes Witjes¹ | Meint Volbeda⁴ | Jelle L. Epker⁵ | Hans P. C. Sonneveld⁶ | Koen S. Simons⁷ | Ewald M. Bronkhorst⁸ | Hans G. van der Hoeven¹ | Wilson F. Abdo¹