

Est-il licite de défibriller un donneur DDAC M3 après décision de LAT?

Contre

Grégoire Muller, MIR, CHR Orléans

Pour

Laurent Martin-Lefèvre, CHPOT, CHU Nantes

Liens d'intérêt

Dr Grégoire Muller

- Liens industriels
 - invitations congrès, hébergements : Pfizer®
 - interventions réunions : Astra-Zeneca®
- Liens académiques
 - Bourse non universitaire SRLF 2018 et Bourse CIC1415 2019 (Direct Optimization of cOmmunicaTion uSing PersonAlized Multimodal feedback between investigators to increase efficiency)
 - PHRC-N 2018 (Early versus differed arterial catheterization in critically ill patients with acute circulatory failure. A multicentre, open-label, pragmatic, randomised, non-inferiority controlled trial – NCT03680963)

Dr Laurent Martin-Lefèvre

- Liens académiques
 - Membre du COPIL Maastricht3 à l'Agence de la Biomédecine
 - Secrétaire du Comité d'Organisation des Formations de la SRLF

Cas clinique

- Mr D., âgé de 58 ans, est hospitalisé en réanimation dans les suites d'un ACR secondaire à un infarctus du myocarde
- A J7, devant un coma post-anoxique, décision d'un arrêt des traitements de réanimation selon les règles de bonne pratique. Les proches informés adhèrent à cette décision.
- Les proches sont abordés le même jour à la recherche d'une opposition du patient au don d'organes dans le cadre de la procédure « Maastricht 3 ». Ils n'en avaient jamais discuté ensemble mais, connaissant le patient, celui-ci consentirait aux prélèvements de ses organes. L'arrêt des traitements est décidé le lendemain matin, à J8, le patient ne présentant aucune CI.
- Vous êtes de garde et dans la nuit le patient

Cas clinique

- Et si, lors de la discussion avec les proches, le patient avait clairement exprimé sa volonté de donner ses organes après sa mort.
- Cela change-t-il votre décision?

Cas clinique

- Et si, dans l'heure précédant la fibrillation ventriculaire, l'IDE en charge du patient vous informe que le malade lui semble inconfortable.
- Cela change-t-il votre décision?

Cas clinique

- Et si, dans les 6 heures précédant la fibrillation ventriculaire, le patient présente une instabilité hémodynamique secondaire à un sepsis débutant (pneumopathie) avec un début d'altération de la fonction rénale.
- Cela change-t-il votre décision?

Contre

Dr Grégoire Muller

Particularités inhérentes au M3

DDACC M3	Mort encéphalique
<p>décès après arrêt circulatoire contrôlé</p> <p>suit une décision de LAT</p> <p>« non influencée par la possibilité [et la finalité] de prélèvement »</p> <p>il existe une phase de latence entre la décision de LAT et le décès</p> <p>« période où le patient est déclaré mourant et pendant lesquels les traitements de suppléances vitales sont poursuivis mais non intensifiés »</p> <p>le corps appartient au patient et ne peut être considéré comme un réservoir d'organes</p>	<p>décès à la constatation d'une mort encéphalique</p> <p>la suite de la prise en charge concerne un donneur patient décédé</p> <p>le corps n'appartient plus au patient</p>

Particularités inhérentes au M3

DDACC M3	Mort encéphalique
la procédure débute après les 5 min de no-touch même si possibilité de préparer la procédure en amont (désilets, traitements)	la procédure débute dès le décès constaté

Pourquoi ne pas défibriller ?

patient	hypothétique procédure M3
<p>opposition au principe de bienfaisance</p> <ul style="list-style-type: none">ne pas laisser décéder naturellement un patient en LATla défibrillation est un acte douloureuxne permet pas d'envisager une mort plus sereine <p>incompréhension potentielle autour de la décision et de l'application de la LAT</p> <ul style="list-style-type: none">familleéquipe soignante	<p>la survenue d'un arrêt circulatoire rallonge à la double ischémie des organes potentiellement prélevables</p> <p>il n'est pas possible de débiter la procédure après les 5 min d'arrêt circulatoire</p> <ul style="list-style-type: none">famille non préparée,impossibilité de venir à son chevetCHPOT, équipes, bloc non préparés

Pourquoi ne pas défibriller ?

patient	hypothétique procédure M3
<p>opposition au principe de bienfaisance</p> <ul style="list-style-type: none">ne pas laisser décéder naturellement un patient en LATla défibrillation est un acte douloureuxne permet pas d'envisager une mort plus sereine <p>incompréhension potentielle autour de la décision et de l'application de la LAT</p> <ul style="list-style-type: none">familleéquipe soignante	<p>la survenue d'un arrêt circulatoire rallonge à la double ischémie des organes potentiellement prélevables</p> <p>il n'est pas possible de débiter la procédure après les 5 min d'arrêt circulatoire</p> <ul style="list-style-type: none">famille non préparée, impossibilité de venir à son chevetCHPOT, équipes, bloc non préparés

une SLA et avait donné son accord pour le M3 ?

Quels seraient les mauvais arguments?

Respect de l'autonomie du patient dans le choix de défibriller

argument du consentement explicite : plus grand questionnement que devant le fait accompli de la mort encéphalique

Respect de la non malfeasance

utiliser une sédation profonde inappropriée en attendant la LAT donc la défibrillation est jugée non inconfortable

La procédure M3 a déjà débuté

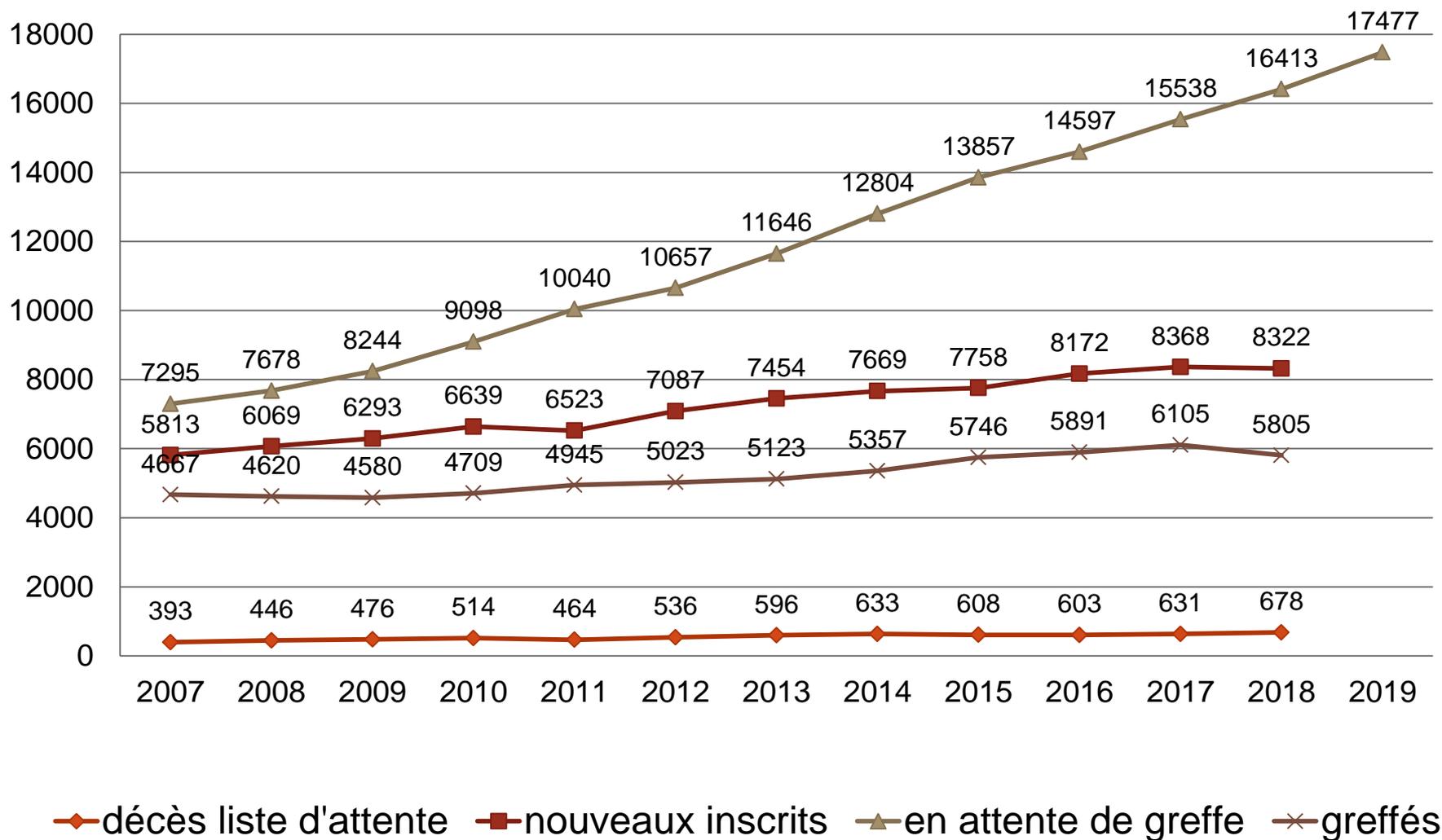
finalité et intentionnalité de prélèvement passant devant le mourir du patient

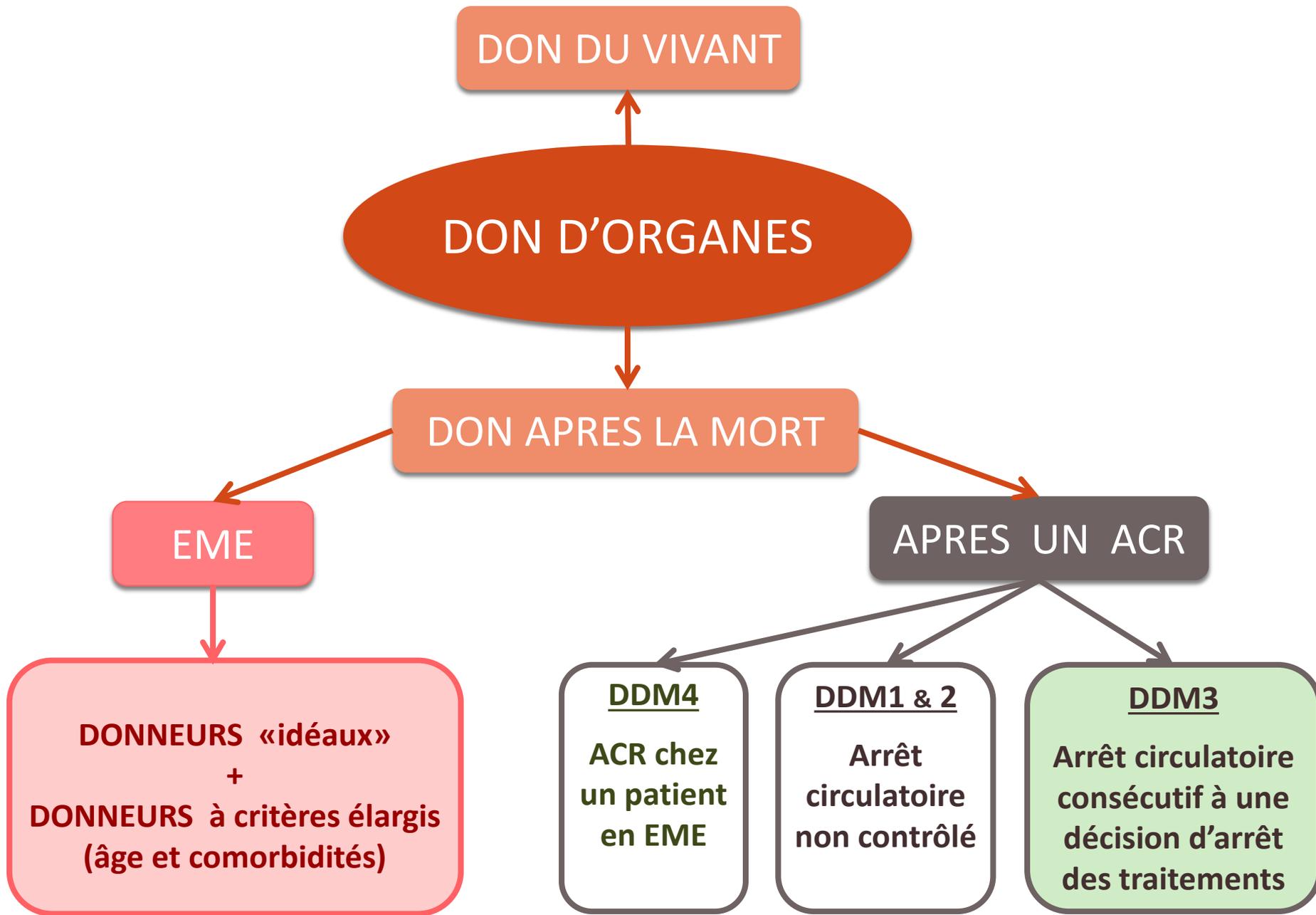
se pose alors même la question de l'intérêt de la LAT puisque la finalité des soins prodigués est le prélèvement

POUR

Dr Laurent Martin-Lefèvre

La pénurie d'organes





DON DU VIVANT

DON D'ORGANES

DON APRES LA MORT

EME

APRES UN ACR

**DONNEURS «idéaux»
+
DONNEURS à critères élargis
(âge et comorbidités)**

DDM4

**ACR chez
un patient
en EME**

DDM1 & 2

**Arrêt
circulatoire
non contrôlé**

DDM3

**Arrêt circulatoire
consécutif à une
décision d'arrêt
des traitements**

Les résultats des greffes (COFIL de nov 2018)

- **Activité**
 - 264 donneurs prélevés (taux de conversion de 50%)
 - 606 greffes en 46 mois (5% des greffes)
 - 471 greffes rénales (92,5% des reins prélevés sont greffés)
 - 117 greffes hépatiques (87,3% des foies prélevés sont greffés)
 - 18 greffes pulmonaires (4 donneurs prélevés non greffés)
- **Greffe rénale** (comparaison avec receveurs de même âge en attente d'une première greffe et ayant reçu un greffon d'un SME < 66 ans)
 - Taux de non fonction primaire: 2,4% (idem population témoin)
 - Taux de reprise retardée de fonction: 9,9% (significativement plus bas que la pop témoin [17%])
 - Survie des greffons à 1 an: 94,3% (90,5%-96,6%) (idem population témoin)
- **Greffe hépatique** (comparaison receveurs en attente d'une 1ère greffe isolée, âge donneur et receveur >18 et < 66 ans, MELD < 25, donneur de foie total, GGT (initial)<50, pas d'arrêt cardiaque récupéré, et IF< 9 h)
 - Survie des patients à 1 an: 95,5% (idem pop témoin)

Les théories morales

Déontologisme

- La moralité porte sur la nature de l'action
 - Exemple: on tient le meurtre comme une mauvaise action en soi, indépendamment des conséquences qu'il produit
- Concernant le M3
 - Mise à mal de la sacralisation du corps lorsqu'il est en fin de vie
 - « Quand il est temps de s'éteindre, les préoccupations d'une société en marche ne peuvent s'opposer à cette conscience douloureuse que la vie est toujours dotée d'une valeur »*

*Eric Fournier, La mort sous contrôle, Ed. Selj Arslan

Utilitarisme

- Il se fonde sur une représentation du bien.
 - Le bonheur est le but de l'action et cette dernière est moralement bonne si, effectivement, elle se conclut par le bonheur
- Concernant le M3
 - Assumer l'utilitarisme c'est: « ... savoir si les conditions du prélèvement sont connectés non seulement à la réalité de la greffe, mais aussi à la réalité des conditions de fin de vie, des enjeux éthiques et humains de la réanimation et, enfin, des enjeux de toutes ces réalités prises ensemble et inscrites dans une société donnée porteuse de valeurs »*

Le principe des actions à double effet et la notion de raison proportionnée

- Le double effet
 - Le bon effet du M3:
 - La ou les vies sauvées grâce à la transplantation
 - Le respect de la volonté du défunt ou du patient (le principe d'autonomie) par un consentement explicite au prélèvement
 - Le mauvais effet du M3:
 - L'atteinte de l'intégrité du corps humain vivant
 - L'atteinte de la tranquillité du donneur au moment de mourir
- La notion de « raison proportionnée »
 - Le M3 est raisonnablement proportionné si et seulement si la façon dont il contribue à la réalisation d'une valeur n'est pas destructrice de cette valeur (exemples: respect de la personne, solidarité, respect de la vie)

Pourquoi défibriller?

- Consentement explicite au don d'organes
 - Respect des valeurs du patient
- Acte proportionné au bénéfice attendu
 - Patient sous sédation profonde et continue
 - Reprise rapide d'une activité circulatoire rendant très probable la greffe des organes prélevés

Merci de votre attention

A vos questions!