

Mort encéphalique pédiatrique, nouvelles recommandations diagnostiques^{☆,☆☆}

Stéphane Blanot^{1,2}, Régis Quéré^{1,2}, Eric Vergnaud¹, Juliette Montmayeur¹, Gilles-Albert Orliaguet¹

Disponible sur internet le :

1. Université Paris-Descartes, hôpital Necker-Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, 75743 Paris cedex 15, France
2. Réseau ouest francilien de prélèvements d'organes et de tissus, 92350 Le Plessis-Robinson, France

Correspondance :

S. Blanot, Université Paris-Descartes, hôpital Necker-Enfants-Malades, Fédération des réanimations chirurgicales pédiatriques, 149, rue de Sèvres, 75743 Paris cedex 15, France.

Stephane.blanot@aphp.fr



Mots clés

Prélèvement d'organes
Mort cérébrale pédiatrique
Recommandations

Résumé

L'activité de prélèvement et de greffe d'organes pédiatriques représente moins de 5 % de l'activité nationale. Chez les enfants de moins de deux ans, le prélèvement est particulièrement rare et exigeant, mais strictement indispensable. De nombreux obstacles tenant notamment à des contextes étiologiques traumatiques, à l'opposition parentale et à la rareté des petits receveurs compatibles, rendent ces prélèvements d'organes rares et compliqués. L'évolution des précédentes recommandations sur la mort encéphalique (ME) pédiatrique posent des problèmes pratiques non encore résolus, qui peuvent impacter négativement sur le recensement des donneurs potentiels. Le Doppler transcrânien (DTC), qui permet de suivre plus facilement en pédiatrie que chez l'adulte les altérations de la circulation cérébrale et l'évolution vers la ME, peut mettre en confiance les équipes de réanimation pédiatrique concernées par ce diagnostic médico-légal. En préconisant une évaluation clinique et DTC répétée, les nouvelles recommandations de l'Agence de la biomédecine valorisent le diagnostic clinique de ME et permettent de simplifier la confirmation paraclinique, soit par angioscanner cérébral soit par deux électro-encéphalogrammes avec un délai raccourci à 4 heures quel que soit l'âge.

☆ Article présenté lors du 36^e Congrès de l'Association des anesthésistes réanimateurs pédiatriques d'expression française (Adarpef), Bordeaux, 1^{er} et 2 avril 2016.

☆☆ Cet article est publié sous la seule responsabilité des auteurs, il n'a pas fait l'objet d'une évaluation par le bureau éditorial d'*Anesthésie et Réanimation*.

Keywords

Organ procurement
Paediatric brain death
Guidelines

Summary

Paediatric brain death: New French guidelines

Paediatric organ procurement and transplantation activity represent less than 5% of the national activity. In children under two years of age, organ procurements are very low and demanding, but remain definitively essential. Different hurdles concerning specific traumatic aetiologies, parental objection, scarcity of compatible recipient, make the organ procurements rare and complicated. Previous guidelines on paediatric brain death (BD) raise some unresolved practical questions, which may negatively affect potential donor census. Transcranial Doppler examination in paediatric patients allow easier monitoring of blood velocity profiles in the cerebral arteries, and may influence confidence improvement in paediatric intensive care teams concerned by BD. By advocating iterative clinical and DTC confrontation, new guidelines from Agence de la Biomedecine enhances the clinical diagnostic of BD and help to simplify the confirmation tests, either by cerebral angiography or by two electroencephalograms separate by 4 hours, at any age.

Introduction

Seule la mort encéphalique peut permettre d'organiser en France des prélèvements d'organes chez l'enfant [1]. L'activité de prélèvement et greffe d'organes pédiatriques représentent seulement 5 % de l'activité nationale gérée par l'Agence de la biomédecine (ABM), et la part relative aux enfants de moins de 2 ans est minuscule aux alentours de 1 %, c'est-à-dire 28 enfants recensés en mort encéphalique (ME) en 2015, permettant de réaliser 8 prélèvements multi-organes (PMO) chez ces tous petits donneurs. De multiples raisons peuvent expliquer cette petite activité pédiatrique. Tout d'abord, comme le rappelle Burns et al. [2], les enfants éligibles aux dons d'organes sont rares, puisque seuls 2,4 % des patients admis en réanimation pédiatrique vont décéder, dont seulement 16 % en ME. Par ailleurs, les étiologies les plus fréquentes amenant l'enfant à la ME sont essentiellement traumatiques, accidentelles ou non [3,4]. Ces circonstances non naturelles de décès soulèvent d'emblée la problématique de la responsabilité parentale vraie ou ressentie, voire de la culpabilité avérée, entraînant des conséquences néfastes sur l'autorisation du don d'organes. D'une part, le sentiment de responsabilité même illégitime vécue par les parents peut favoriser le refus de don. D'autre part, les autorités judiciaires systématiquement approchées dans ce contexte d'obstacle médico-légal, sont soucieuses de la préservation des preuves utiles au bon déroulement de l'enquête, et peuvent limiter, voire interdire toute laparotomie pour prélèvement [5,6]. L'opposition parentale au don pédiatrique compte pour 60 % et reste la première cause de non-prélèvement quel que soit l'âge. L'incompatibilité morphologique entre donneur et receveur représentant la deuxième cause de non-prélèvement chez les moins de deux ans, certains petits-enfants donneurs potentiels ne seront pas prélevés par manque de receveurs morphologiquement compatibles. Ces « incompatibilités ponctuelles » (absence de receveur le jour où un donneur est

disponible) font naître la notion d'une pénurie spécifique aux tout-petits, car elle est à la fois inverse (manque de receveur) et dynamique (variable dans le temps) (ABM Info Service). Toutes ces difficultés influent sur la petite activité pédiatrique de prélèvement et peuvent contribuer à expliquer des taux de prélèvements variables selon les tranches d'âge (27 % avant 2 ans, 41 % de 2 à 10 ans et 51 % après 10 ans, durant la période 2011 à 2015), et en grande partie responsables de décès en liste d'attente significativement plus élevés chez les petits receveurs, essentiellement en attente d'organes vitaux (cœur, foie et rares poumons) (ABM Info Service). Pour réduire ces décès sur liste d'attente, il appartient donc aux équipes de réanimation pédiatrique de recenser toutes les ME pour favoriser l'évolution d'un donneur potentiel vers le prélèvement. Des réflexions doivent aussi être anticipées avec les équipes de coordination pour faire face aux situations difficiles en pédiatrie, tel que de l'abord parental, la mise en confiance des services médico-judiciaires, le recensement exhaustif en réanimation et la formation de tous les personnels des équipes soignantes. À l'initiation de chaque démarche, le dépistage des enfants évoluant vers un état de ME, par les réanimateurs, permet d'enrichir l'activité de prélèvement et de greffe pédiatrique [6]. Il est donc important au sein de chaque service concerné par ces situations qu'une réflexion sur le diagnostic de ME soit accessible à chacun et cohérente pour tous.

Diagnostic de ME en pédiatrie

Dans les constats initiaux de Goulon et Mollaret en 1959, le coma dépassé était défini en réanimation comme un état clinique de dépression des grandes fonctions végétatives (hémodynamique, respiratoire et thermique) avec une perte de la vie de relation. Un électroencéphalogramme (EEG) plat et aréactif devait accompagner cet état. Depuis, ce 4^e stade du coma a changé de nom pour la ME, qui reste de diagnostic

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5580456>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5580456>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)