



La coordination hospitalière de prélèvement d'organes

Joëlle MAVRÉ - Paris

Depuis très longtemps, le corps et ses mystères ont intéressé les scientifiques. Nous pouvons admirer un très beau tableau de Fra Angelico exposé à Florence où deux médecins Saint Côme et Saint Damien greffent à un riche marchand, la jambe d'un esclave arabe.

Pendant des siècles, malgré les interdictions des instances religieuses, les médecins ont voulu connaître les mystères du corps humain. Et tout au long de cette progression scientifique, des cadres juridiques ont entouré cette activité.

Nous pouvons remonter jusqu'à Philippe Le Bel qui a autorisé les premières dissections anatomiques de façon officielle.

Plus proche de nous, en 1959, Goulon et Mollaret ont fait la première description clinique du coma dépassé. La mort étant associée à la cessation d'activité cardiaque, c'était une très grande avancée car ils décrivaient la cessation d'activité cérébrale de façon irréversible.

Une première circulaire, la circulaire Jeanneney, en 1968, fixait les critères de la mort autorisant la suspension des manœuvres de réanimation et les prélèvements d'organes.

En 1976, la loi Caillavet encadrait le prélèvement multi organes et définissait le consentement présumé : "qui ne dit mot consent". Les lois n'ont pas cessé d'évoluer tout au long des années car la médecine, parallèlement, progressait elle aussi : en 1900, découverte des premiers groupes sanguins (Karl Landsteiner); en 1952, découverte des groupes tissulaires (Jean Dausset) et bien d'autres exemples encore.

Les gouvernements successifs ont fait évoluer les lois. L'apparition de la première loi de bioéthique en 1994 encadre l'activité du prélèvement multi organes, le diagnostic de mort encéphalique, l'entretien avec la famille, le Registre National des Refus (RNR) mis en service en 1998, le décret sécurité sanitaire, puis la création de l'Établissement français des Greffes qui assure un rôle d'appui et de soutien des équipes de coordination ainsi que la gestion des listes de receveurs. L'EfG a également édité les règles de bonnes pratiques. Les lois de bioéthique ont été révisées et

publiées au journal officiel le 06/08/04, l'Agence de la Biomédecine remplace l'EfG. Toutes les missions de celui-ci ont été reconduites avec de nouvelles missions que je ne développerai pas ici. Mais un article a été modifié, celui du consentement. Ce dernier reste toujours présumé mais le terme "famille" est remplacé par le mot "proche", ce qui nous permet pendant l'entretien d'élargir le cercle des témoins.

Je vais davantage m'attarder sur ce qui concerne le rôle de la coordinatrice hospitalière.

Les premières coordinatrices ont fait leur apparition en 1986 et elles ont ouvert la professionnalisation de cette fonction.

La première loi de bioéthique demande aux hôpitaux pratiquant le prélèvement multi organes de nommer des coordinatrices hospitalières et des médecins référents pour que la prise en charge des patients en état de mort encéphalique soit totale.

Le plus gros travail d'une coordinatrice est, bien sûr, de prendre en charge les proches du donneur et de recueillir la position du défunt face au don d'organes et, en cas d'acceptation, l'organisation du prélèvement.

Il est très important pendant cet entretien d'être à l'écoute des proches, car pendant celui-ci le médecin et la coordinatrice recueilleront la non opposition du défunt au don d'organes. Les réponses diffèrent suivant les personnes, elles sont de trois types :

- "OUI : il en avait parlé".
- "NON : il s'était positionné de son vivant"

Dans ces deux situations tout est bien clair, pour les proches il y a respect de la volonté du défunt.

Mais dans beaucoup de situations c'est un autre discours que nous entendons, comme : "on en avait jamais parlé", "on ne sait pas ce qu'il aurait dit" et là nous devons amener la famille à imaginer quelle aurait pu être la position du défunt. Pour ces familles en deuil il est très difficile de prendre cette décision.

Nous prenons notre temps pour écouter ces proches en deuil, dans ce moment particulier, ils s'expriment sur l'être cher, mais abordent également différents sujets tels que les

problèmes sociaux, financiers, les funérailles....

Pour les familles le plus dur est d'accepter cette mort particulière qui a toute les apparences de la vie : la cage thoracique qui se soulève, la couleur rose de la peau, la chaleur du corps. Rien ne différencie ce patient d'un autre patient de réanimation et les proches font souvent l'association avec un coma ce qui les amène à espérer qu'il se réveillera un jour, d'où la nécessité d'employer les bons mots pour expliquer cette mort particulière. Nous sommes les seuls intermédiaires des personnes en attente de transplantation mais nous devons adapter notre discours pour ne pas risquer de provoquer une éventuelle culpabilisation en cas de refus. Chacun doit rester libre d'un choix difficile, même s'il est vrai que nous aimerions ne recueillir que des "oui" pour ainsi permettre une diminution du nombre des receveurs inscrits sur les listes d'attente.

Pendant cet entretien nous recueillons aussi les antécédents et les habitus du défunt car qui mieux que les proches pour nous dire l'inconnu.

Une fois l'entretien terminé et si la famille accepte le don d'organe, il faut recueillir un maximum de données pour constituer le dossier que nous transmettrons à l'Agence de la BioMédecine (ABM) il est important de noter l'âge, le poids, la taille, le groupe sanguin, les antécédents particuliers, les traitements éventuels pour permettre à l'ABM de nous attribuer, suivant les règles de répartitions, les équipes correspondant au donneur. Ce recueil de données doit être le plus précis et le plus complet possible. En outre, la sécurité sanitaire découlant de la loi de bioéthique nous impose, à juste titre, des recueils tels que les sérologies ...

Ce recueil terminé, il faut que nous organisions le bloc opératoire en prévenant les IBODES, l'équipe de réanimation qui elle accompagnera le donneur au bloc opératoire pour continuer la réanimation et une bonne oxygénation des organes.

Dans le bloc opératoire beaucoup d'équipes vont être présentes, c'est pour cela qu'il faut réguler leur arrivée, afin d'y permettre la circulation des personnes et un enchaînement parfait des tâches.

L'équipe d'anesthésie installe le patient. Les équipes chirurgicales viendront progressivement. Les urologues arriveront en premier pour pratiquer l'incision, inspecter la cavité abdominale, préparer et canuler les reins. Environ 45 mn après l'équipe hépatique fera de même, durant 1h environ. Puis les équipes thoraciques arriveront en dernier pour le cœur et les poumons.

A ce moment précis il y a beaucoup de monde autour du champ opératoire. Quand toutes les équipes sont prêtes, l'équipe thoracique clampera l'aorte et cela déterminera le temps d'ischémie des organes, ce qui correspond au temps de conservation du greffon non vascularisé avant d'être transplanté. La notion de "course contre la montre" s'intensifie alors.

L'équipe thoracique qui est arrivée en dernier partira en premier (environ 30mn après le clampage). L'équipe hépatique se remettra sur le champ opératoire et conditionnera le foie environ une heure et demi plus tard. L'équipe rénale prélèvera le pancréas puis les reins. Viendra ensuite l'équipe vasculaire pour les vaisseaux. Chaque organe sera conditionné en respectant les règles établies par le décret "sécurité sanitaire". Pendant toute la durée du prélèvement la coordinatrice reste présente au bloc opératoire, elle doit veiller au bon déroulement de celui-ci, accueillir les équipes au fur et à mesure de leur arrivée, servir d'intermédiaire entre le bloc opératoire et le bloc de transplantation, gérer le retour des équipes vers leur lieu de greffe, vérifier le conditionnement des organes ainsi que leur mise dans la

glace, vérifier que tous les documents obligatoires remis aux équipes sont complets et anonymes. Cet anonymat est assuré par le numéro cristal qui figure sur tous les documents (Carte de groupe, sérologie, renseignements sur le donneur, un tube de sang pour le contrôle ultime du groupe etc...)

L'équipe d'urologie aidée de l'équipe vasculaire pratiquera la restauration tégumentaire comme une intervention "lambda" et les prélèvements de tissus pourront commencer si les proches ont donné leur accord (Peau, os, cornées.).

Toute cette organisation, de l'entretien, au multi prélèvements, est une course contre la montre.

L'organisation du bloc opératoire est naturellement très importante car l'affluence augmente les risques potentiels de fautes d'asepsie.

Mais j'aimerais conclure cet article en vous expliquant l'importance de la cohésion des équipes intervenant depuis la mort encéphalique jusqu'à la greffe. La coordinatrice n'est que le maillon d'une longue chaîne au centre de laquelle elle se situe. Il ne faut pas oublier les équipes de réanimation qui prennent en charge et recensent ces patients rares. Ces équipes sont composées d'aide soignants(es), d'infirmiers(es) pour les soins, d'un médecin pour la réanimation et le maintien des organes en vue de greffe, ainsi que des régulatrices de l'agence de biomédecine qui attribuent les équipes de receveur correspondant au donneur.

Les IBODES du bloc opératoire où le prélè-

vement est effectué n'ont pas l'habitude de ce type d'intervention. En effet, elles sont confrontées à deux difficultés importantes et nouvelles. D'une part, il s'agit d'entrer au bloc opératoire avec un patient déjà mort, d'autre part, il leur faudra "gérer l'image du corps vide" après l'intervention ce qui pourra laisser un sentiment de malaise, particulièrement au moment de la toilette mortuaire effectuée par l'IBODE et la coordinatrice.

Pendant le temps opératoire, les équipes sont parfaitement conscientes du don qui a été fait, et le respect envers le corps est total.

A distance, les équipes de greffes nous feront parvenir des nouvelles des receveurs, car parfois les proches font la démarche de nous les demander. Tout en respectant l'anonymat des receveurs, nous leur donnons des nouvelles, y compris dans le cas où la greffe a échoué, ceci dans le respect du contrat de confiance établi avec ces proches pendant l'entretien.

On nous dit souvent "comment pouvez-vous faire ce métier, vous travaillez avec la mort" et à cela nous répondons

"Oui peut-être mais nous travaillons pour la vie. Une mort peut sauver plusieurs vies".

Joëlle MAVRÉ
Infirmière Coordinatrice
des prélèvements multi-organes
Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière
47, bld de l'Hôpital
75013 Paris