



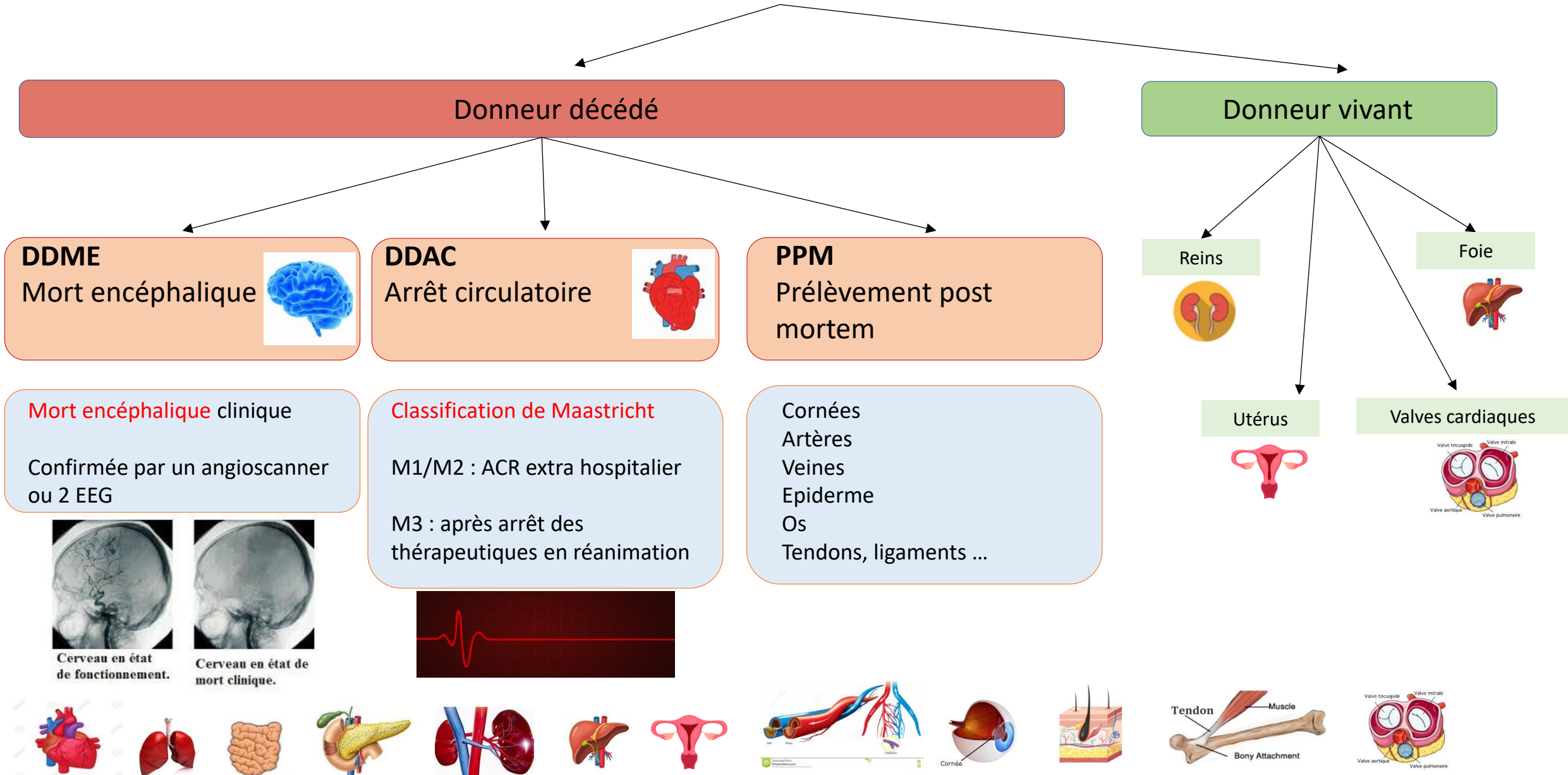
Urg'ARA Cerveau AVC grave et don d'organes

Dr Anna Faucher, coordination Centre Hospitalier Annecy Genevois

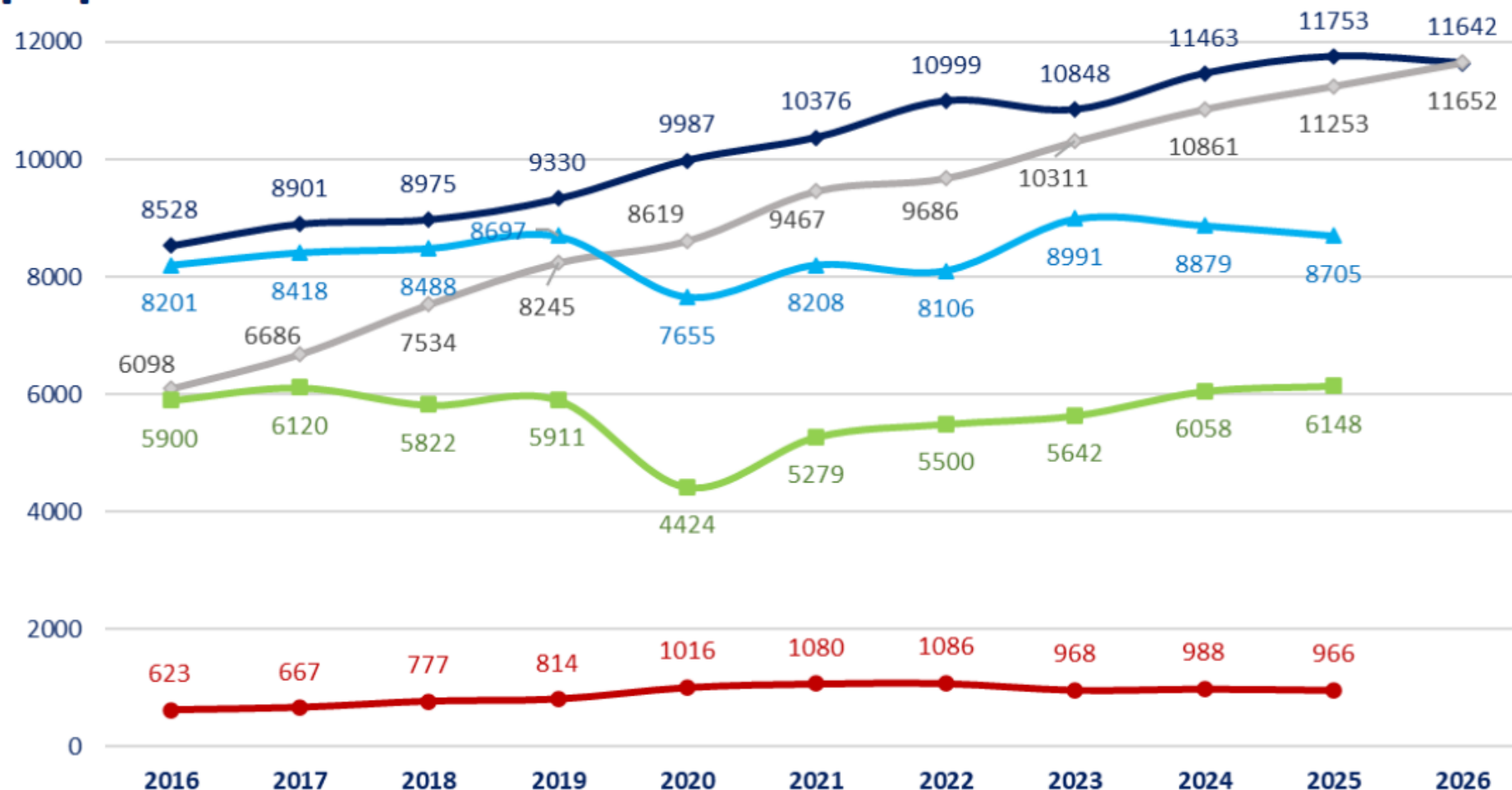
Dr Marc Padilla et Perrine Boucheix, coordination CHU Grenoble



Don d'organes en France



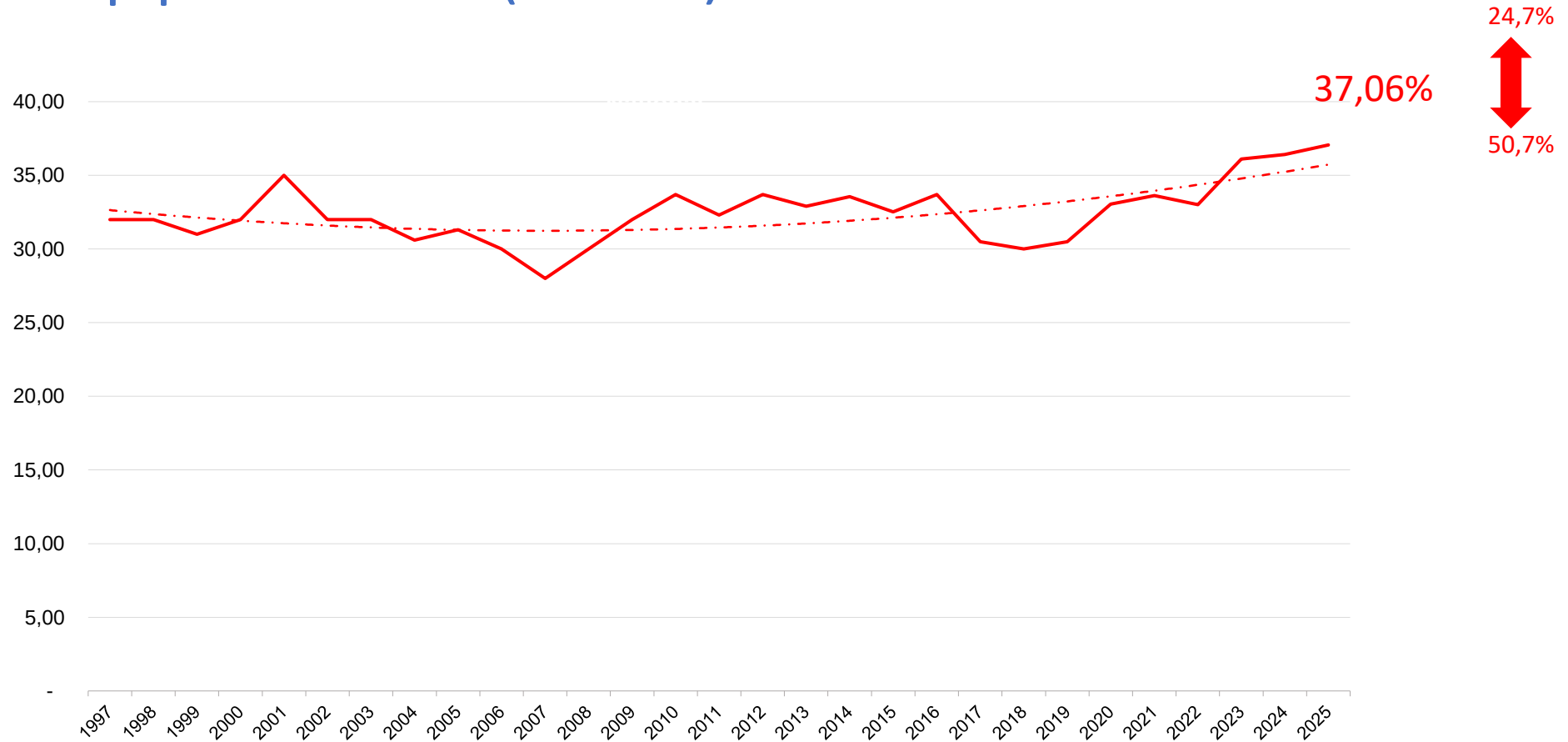
Comment mieux satisfaire les besoins croissants de la population ?



Chaque jour:
24 nouveaux
inscrits
17 greffes
2 à 3 décès

—●— En attente active au 01/01 —◆— En attente inactive au 01/01 —▲— Nouveaux inscrits —■— Greffés —●— Décès

Taux d'opposition (EME)



ARA :

EME : 33,2%

M3 : 35,8%

Nat :

EME : 37%

M3 : 43,9%

Hausse chez les < 45 ans : 42,5 -> 46,9

Stabilisation chez > 75 ans

¾ des arrêts de procédure

Comparaisons taux d'opposition réseaux 2026

Taux global (EME+M3)

Nat : 39,6% 

Auvergne : 40,5% 

Rhone Alpes Lyon : 37,9% 

Rhone Alpes St Etienne : 40% 

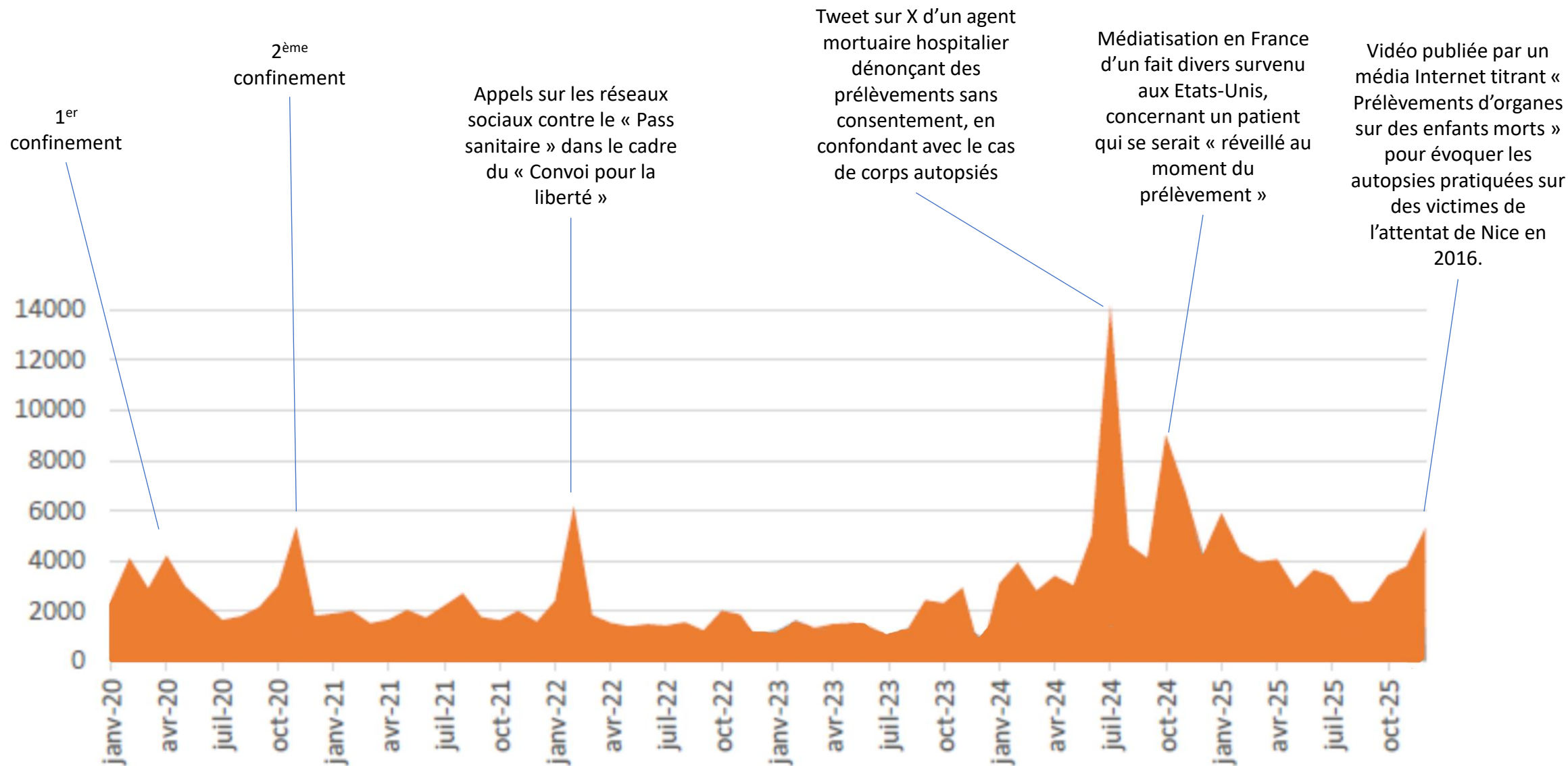
Rhone Alpes Grenoble : 43,5% 

Facteurs favorisant l'opposition

- Nuit
- Faible niveau socio-économique
- Contexte de contestation parole publique
- Entretien mené par le médecin seul (54 vs 21 %)
- Manque d'expérience (< 2 ans ou peu de procédures)
- Timing
- ≥ 3 mb interviennent dans la décision
- Religion ? Régulièrement invoquée ... NON



Activité mensuelle d'inscription sur le RNR



Chiffres réseau Urg'ARA (EME)

	2025		2026	
	Recensements	Prélèvements	Recensements	Prélèvements
	64	30	54	23
	86	47	91	47
	164	93	119	57
	53	27	34	17

Place de l'urgentiste

Donneur décédé

DDME
Mort encéphalique



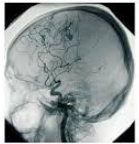
DDAC
Arrêt circulatoire



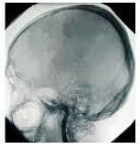
PPM
Prélèvement post mortem

Mort encéphalique clinique

Confirmée par un angioscanner ou 2 EEG



Cerveau en état de fonctionnement.



Cerveau en état de mort clinique.

Tous les organes et les tissus sont potentiellement prélevables

Classification de Maastricht

M1/M2 : ACR extra hospitalier

M3 : après arrêt des thérapeutiques en réanimation

Cornées
Artères
Veines
Epiderme
Os
Tendons, ligaments ...

Donneur vivant

Reins



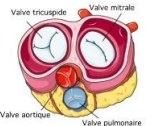
Foie



Utérus



Valves cardiaques



En préhospitalier :

- DDAC M2 : identification/Orientation



Au SAU/UHCD :

- DDME : identification/démarche anticipée
- PPM : signalement des décès

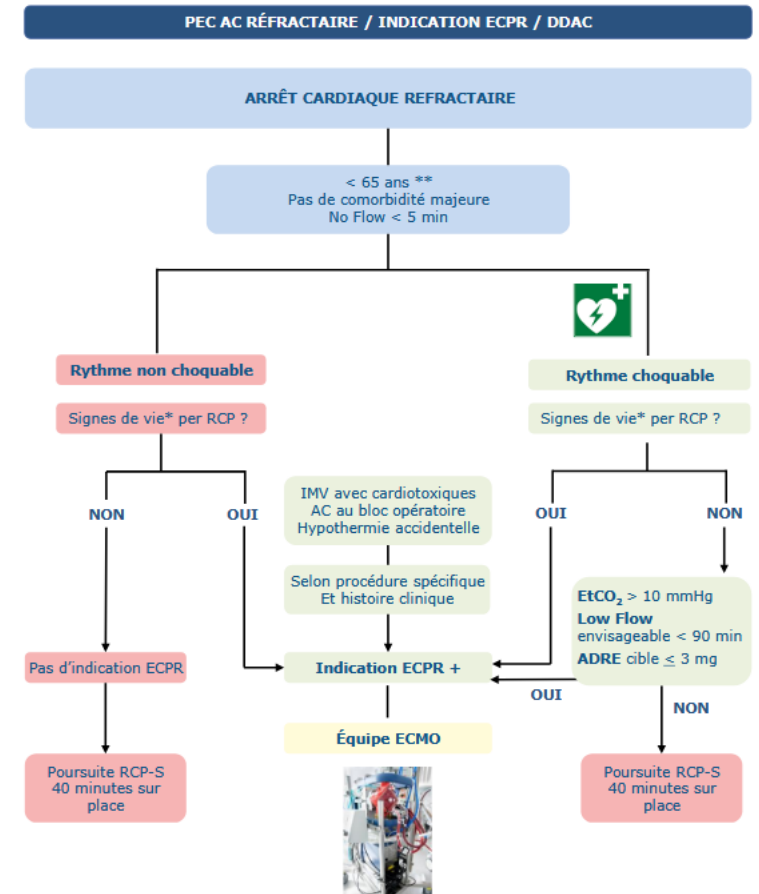


Pendant transfert :

- DDME
- DDAC M3 Bientôt

Le Challenge :

- Y penser
- Joindre les bonnes personnes



Si patient non éligible à ECPR et échec RCP-S => PENSER DDAC (départements 74-73-01-38) = Donneur Décédé après Arrêt Circulatoire

Age < 55 ans
+ absence de contre-indication : HTA, diabète, pathologies rénales ou coronaires, cancer, toxicomanie IV
+ No Flow < 15 min
+ Arrivée CH < 120 min de l'effondrement (< 90 min si pas de planche à masser)

Le Challenge :

- Y penser
- Joindre les bonnes personnes

 23 septembre 2026 Adulte épileptique connu qui convulse, en régulation ou en SU Ouvrir	 04 septembre 2026 Dons d'Organes : Coordonnées des CHPOT de la région ARA Ouvrir	 03 septembre 2026 Etat de Mal Epileptique convulsif tonicoclonique généralisé de l'adulte non obèse Ouvrir	 02 septembre 2026 Hémorragie Sous Arachnoïdienne non traumatique Ouvrir
 02 septembre 2026 Suspicion d'AVC aigu au SU (<24h) y compris déficit transitoire <6h Ouvrir	 16 juin 2026 AVC hémorragique intra parenchymateux non traumatique Ouvrir	 16 juin 2026 Thrombolyse AVC hors UNV Ouvrir	 16 juin 2026 Surveillance de TIV hors UNV Ouvrir

Toute suspicion d'AVC < 24h ou de déficit transitoire < 6h doit faire envisager la mise en route de la filière « AVC aigu » selon contexte, type de déficit, score NIHSS, dépendance éventuelle
=> référentiel suspicion AVC aigu < 24h

AUCUN SCORE NE PERMET DE FAIRE LA DISTINCTION ENTRE UN AVC ISCHEMIQUE OU HEMORRAGIQUE, le diagnostic se fera sur l'**IMAGERIE** par **SCANNER** ou **IRM**

Sont également exclus de ce référentiel les :

- Hématomes Sous Duraux (HSD)
- Hématomes Extra Duraux (HED)
- Hémorragies Sous Arachnoidiennes (HSA)

1^{er} Score de Glasgow et NIHSS à l'arrivée

Imagerie cérébrale sans et avec injection aux **temps artériels et veineux**

AVC hémorragique Intra parenchymateux isolé

Réévaluation à la sortie de l'imagerie à la recherche :

- Apparition ou aggravation de signes focaux
- installation secondaire ou majoration des troubles de la vigilance
- Cinétique de la dégradation

2^e Score de Glasgow et NIHSS à la sortie de l'imagerie

Traitement intensif de l'HTA < 6^e heures suivant le début des symptômes

- À initier le plus tôt possible, idéalement dans les deux heures suivant l'apparition des symptômes (phase aiguë)
- **Objectif PAS < 140 mmHg et > 110 mmHg dans l'heure après initiation de la thérapeutique**
- Diminution maximale de la PAS de 70 mmHg par rapport à la valeur initiale
- Urapidil et/ou Nifédipine au PSE (Cf. livret du médicament)

Réversion des anticoagulants (Vit K, PPSB et antidotes spécifiques) cf. annexe

Mesures générales de traitement au SU

- Lit strict, décubitus dorsal ou latéral, inclinaison dossier 30°
- Surveillance clinique : pupilles, Glasgow, NIHSS, signe d'hypertension intracrânienne
- Surveillance scopée / glycémie capillaire, température
- Hydratation : préférentiellement NaCl 0,9 % et correction des troubles électrolytiques
- Traitement de la douleur (éliminer tout globe urinaire), de l'hyperthermie
- Oxygénothérapie si besoin : objectif SaO2 entre 94% et 98%
- Protection des voies aériennes : à jeun

Aux urgences, pas d'indication systématique :

- Ni aux corticoïdes, ni aux substances osmotiques en cas d'hypertension intracrânienne
- Aux antiépileptiques à titre préventif

Pas de trouble de la vigilance

Transfert d'images

Avis Neurovasculaire

Thérapeutiques actives

Contrôle ACSOS
Recherche trouble de déglutition

Trouble de la vigilance

**Transfert d'images
Avis NEURO-RÉANIMATEUR (+/-
neurochirurgien)**

LAT +/- envisager réanimation d'organes à visée PMO
Si patient hors thérapeutique, appel référent don
d'organes (cf. carte)

LAT +/- envisager réanimation d'organes à visée PMO

Si patient hors thérapeutique, appel référent don
d'organes (cf. carte)

Appel référent don d'organe

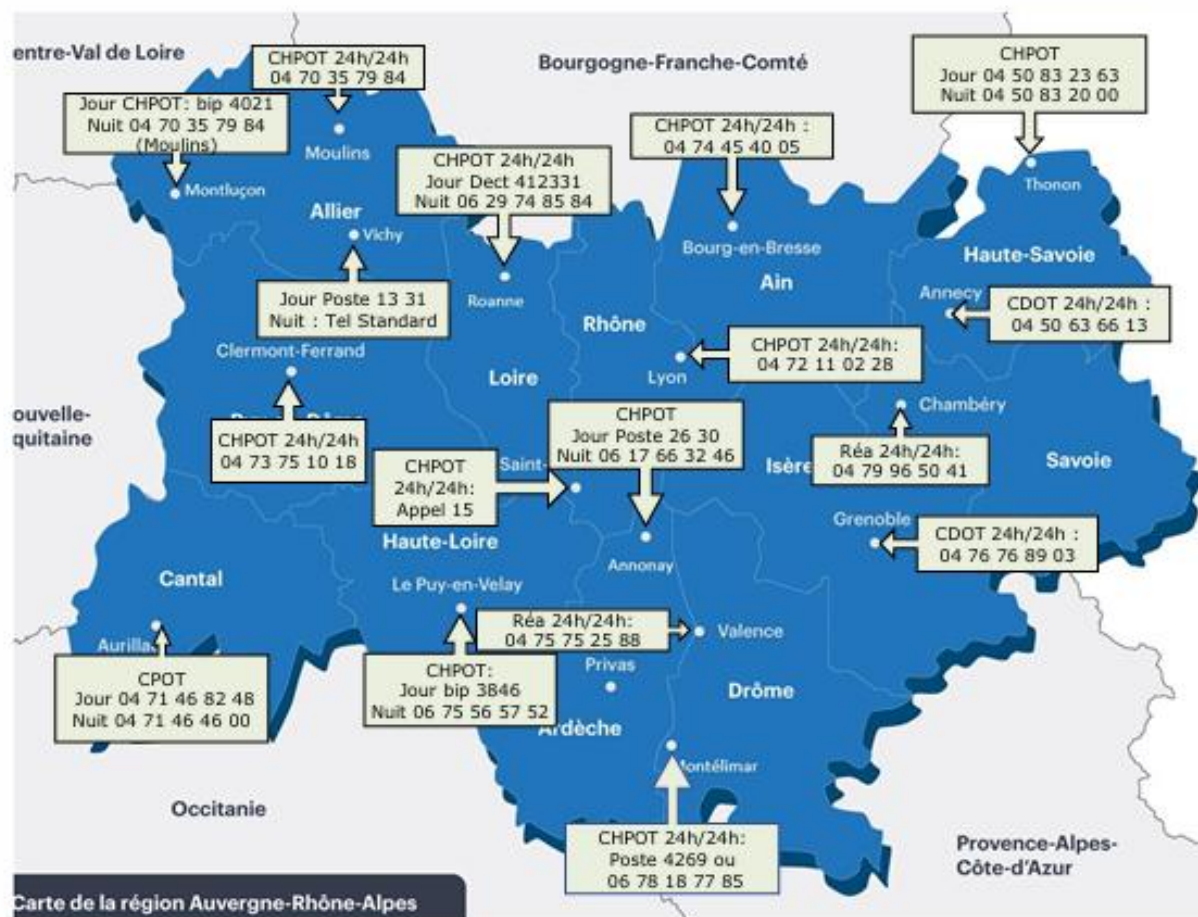
Rappel lésions cérébrales :

AVC Hémorragique → Appel
 AVC Ischémique → Appel
 Anoxie cérébrale → Appel
 Traumatisme crânien → Appel

Rappel donneurs potentiels

Même si :

Age ≥ 80 ans → Appel
 Sérologie positive → Appel
 ATCD Cancer → Appel
 Alcool et/ou tabac → Appel



PRISE EN CHARGE PRÉHOSPITALIÈRE

CEPHALEE EN « COUPS DE TONNERRE » EXPLOSIVE
ou **CEPHALEE INHABITUELLE** si ATCD de céphalée chronique

+/- Déficits focaux transitoires ou persistants (hémiparésie, hémiplégie...)

+/- Signes neurologiques diffus : nausées, vomissements, troubles de vigilance, confusion brutale, épilepsie (morsure de langue, perte d'urine), irritation méningée (raideur de nuque, photophobie)

Orientation SANS DÉLAIS vers le SU de proximité pour imagerie scanographique
(si absence de détresse vitale : transport non médicalisé)

PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

TRI 1 (FRENCH)

Trouble de vigilance
et/ou déficit focal neurologique ?

TRI 2 (FRENCH)

Rechercher à l'interrogatoire :

- Date et horaire de début de la céphalée
- Circonstances, notion de chute et stigmate traumatique
- ATCD personnels et familiaux d'anévrismes intracrâniens, d'AVC, polykystose rénale, syndrome de Marfan, syndrome d'Ehler-Danlos
- FDR : HTA, OH, toxiques, hémophilie et grossesse / post-partum
- Traitement : Antiagrégant plaquettaire et/ou anticoagulant

TDMc sans et avec injection, polygone de Willis +/- TSA *
dans l'idéal **< 6h** suivant le début des symptômes
(meilleure sensibilité de l'examen)

- Recherche d'une HSA en premier lieu
- Recherche d'un anévrisme, d'une malformation artério-veineuse
- A défaut, recherche d'une dissection intracrânienne, d'une angiopathie spastique ou d'une thrombose veineuse cérébrale

* TSA sera fait en 2^e intention si Willis négatif (recherche diagnostic différentiel)

- NFP, CRP
- Iono, créat
- TP-TCA, dosage des AOD
- Troponine
- ECG

Pas HSA mais **forte suspicion clinique** :

Symptômes < 6h

Se poser la question d'une 2^{ème} interprétation par radiologue ou neuroradiologue

Symptômes > 6h

- Si disponible : IRMc en urgence avec séquences classiques et 3D FLAIR et T2*
- Si IRMc non immédiatement disponible : ponction lombaire **

IRMc ou PL ou 2ème interprétation positive = HSA

Oui

Non

Avis neuro-réanimateur :

- Destination
 - Thérapeutiques immédiates (objectifs PA)
 - Thérapeutiques sur plateau technique
- => Le patient doit être le plus tôt possible sur plateau spécialisé *

HSA et anévrisme éliminés

Penser diagnostic différentiel ***
évoquer avis neurologique si céphalée récidivante et/ou résistante aux thérapeutiques

Patient hors de toutes ressources thérapeutiques

Appel référent don d'organe

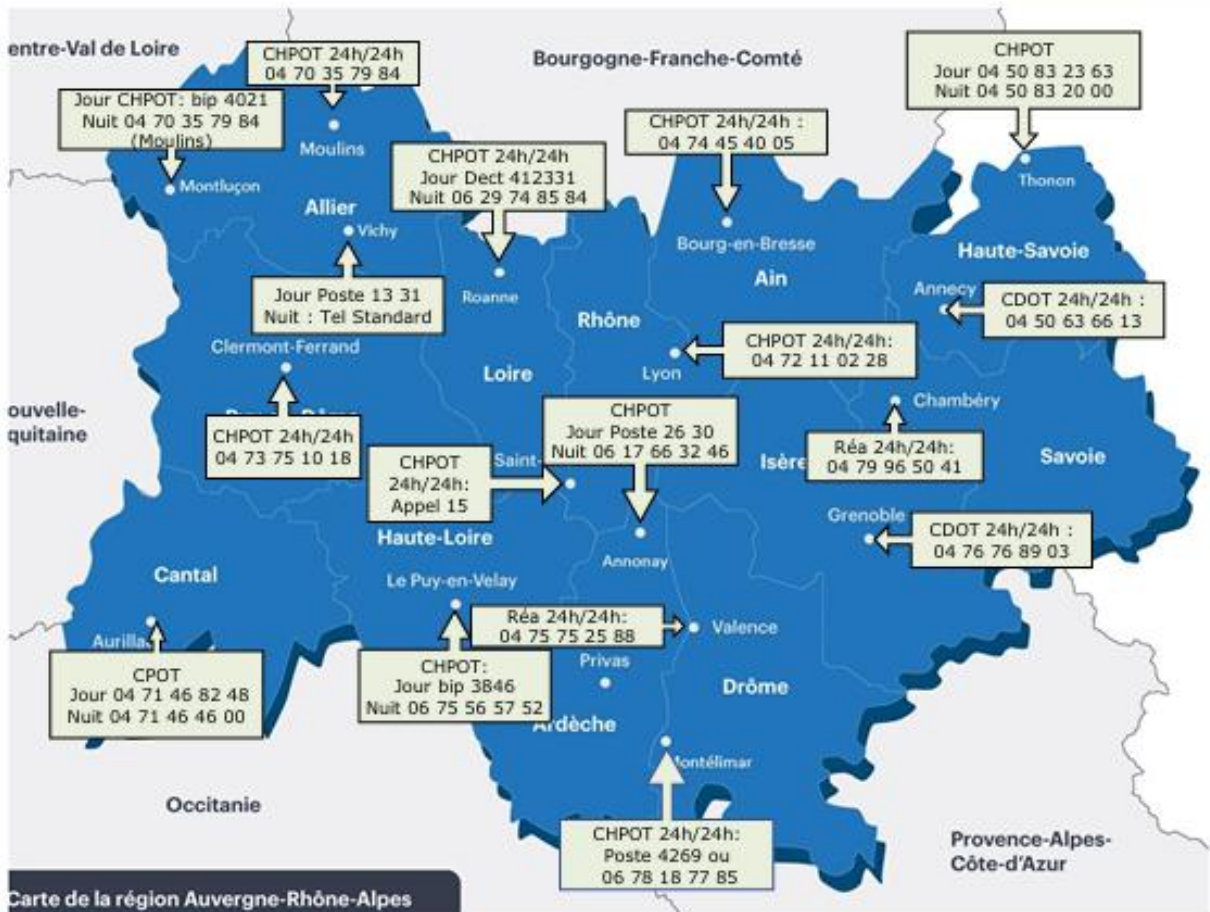
Rappel lésions cérébrales :

AVC Hémorragique → Appel
AVC Ischémique → Appel
Anoxie cérébrale → Appel
Traumatisme crânien → Appel

Rappel donneurs potentiels

Même si :

Age ≥ 80 ans → Appel
Sérologie positive → Appel
ATCD Cancer → Appel
Alcool et/ou tabac → Appel





H0

Rôle IOA

1. Repérage du déficit neurologique : déficit moteur ou sensitif, amputation champs visuel, diplopie, vertige brutal...
2. Heure de début des signes ou heure « dernière fois vu normal »
3. Alerte médicale
4. Glycémie capillaire
5. Recherche la prise d'anticoagulants
6. (si possible coordonnées famille/témoins)

SAU d'un centre avec UNV
= Suivre procédure établissement

SAU d'un centre sans UNV
= **Alerte médecin urgentiste**

Evaluation de la dépendance

Le patient se déplace-t-il à l'intérieur et/ou à l'extérieur du domicile ? Avec aide mécanique ? Mange-t-il seul ? A-t-il besoin d'aide pour la toilette ?

Evaluation clinique succincte et NIHSS + évaluation du niveau de dépendance (exclusion GIR 1 et 2)

Filière AVC aigu retenue par médecin urgentiste

Tri 1

Installation SAUV ou salle de consultation dédiée immédiatement

Appel neurovasculaire pour présentation succincte avec NIHSS et délai Validation filière « AVC aigu » Stratégie d'imagerie

Rôle IDE

- Installation en décubitus dorsal le plus à plat possible selon tolérance respiratoire
- Glycémie capillaire (si non fait avant)
- Constantes : PA aux 2 bras, FC, SpO2, température
- O2 pour SaO2 entre 94 et 98 %
- Pose d'une VVP sur membre non déficitaire, NaCl 0,9 %
- Prélèvement BIO : NFP, TP, TCA, Iono, CRP et en fonction du contexte : OH, HbCO, hémoculture, INR ou dosage des anticoagulants oraux directs, BHCG...
- Appel Laboratoire pour résultats NFP/TP-TCA/INR en 15 minutes
- Peser le patient sinon renseigner le poids si connu

Rôle Médecin

Recherche signe de dissection aortique / Endocardite infectieuse / saignement extériorisé récent

Recherche des signes d'AVC du tronc en plus du NIHSS (vertiges, troubles oculomoteurs ou autres anomalies des paires crâniennes)

Examen général rapide

Recherche CI à l'IRMc

Faire respecter les délais de réalisation / transfert des images / obtention de CR d'imagerie

Réalisation de l'imagerie avec transfert d'image rapide au **neurovasculaire et au neuroradiologue interventionnel si nécessaire** Télémedecine ou Télé expertise

Décision thérapeutique

1. Tracer la décision, l'heure de début et les thérapeutiques engagées
2. Si TIV +/- TM : procédure télé-TIV + surveillance post-TIV
3. Transfert sur unité dédiée :
 - ⇒ Si TM indiquée : le neurovasculaire fait le lien avec l'équipe de NRI et organise l'accueil du patient sur un centre de NRI
 - ⇒ Le médecin urgentiste organise le transfert vers unité dédiée en lien avec la régulation 15
 - ⇒ Le médecin régulateur AMU décide du type de transfert (TIH, TIH, AP simple) en fonction du patient et des ressources. Une téléconférence avec urgentiste, neurovasculaire et NRI peut être envisagée pour l'aider dans sa prise de décision

TIV : Thrombolyse Intraveineuse / TM : Thrombectomie Mécanique / NRI : NeuroRadiologie Interventionnelle / TIH : Transfert Inter Hospitalier / TIH : Transfert Infirmier Inter Hospitalier



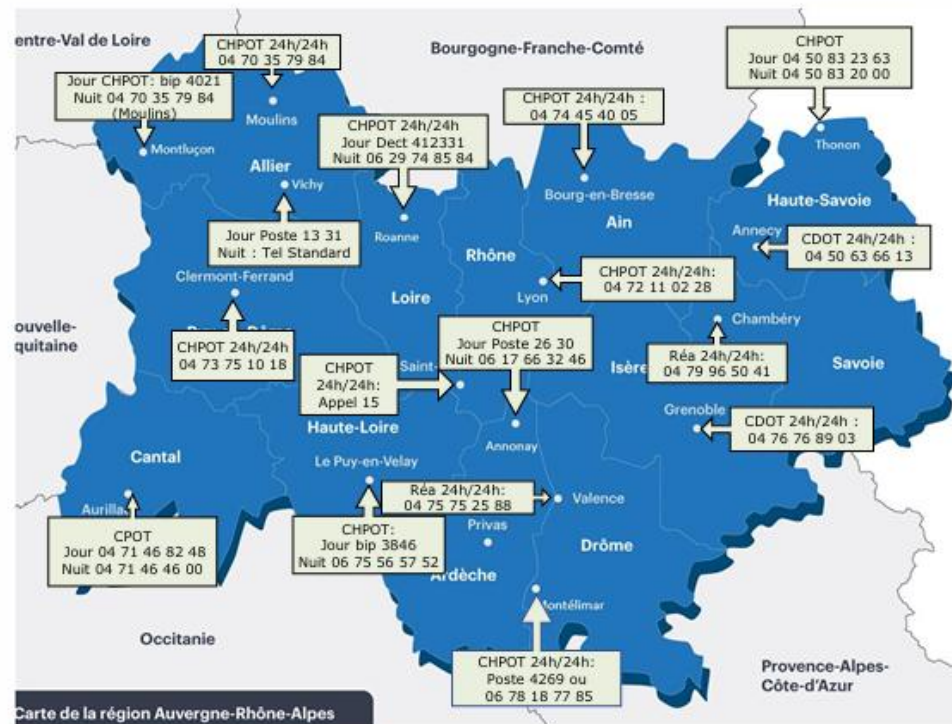
Appel référent don d'organe

Rappel lésions cérébrales :

AVC Hémorragique → Appel
AVC Ischémique → Appel
Anoxie cérébrale → Appel
Traumatisme crânien → Appel

Rappel donneurs potentiels Même si :

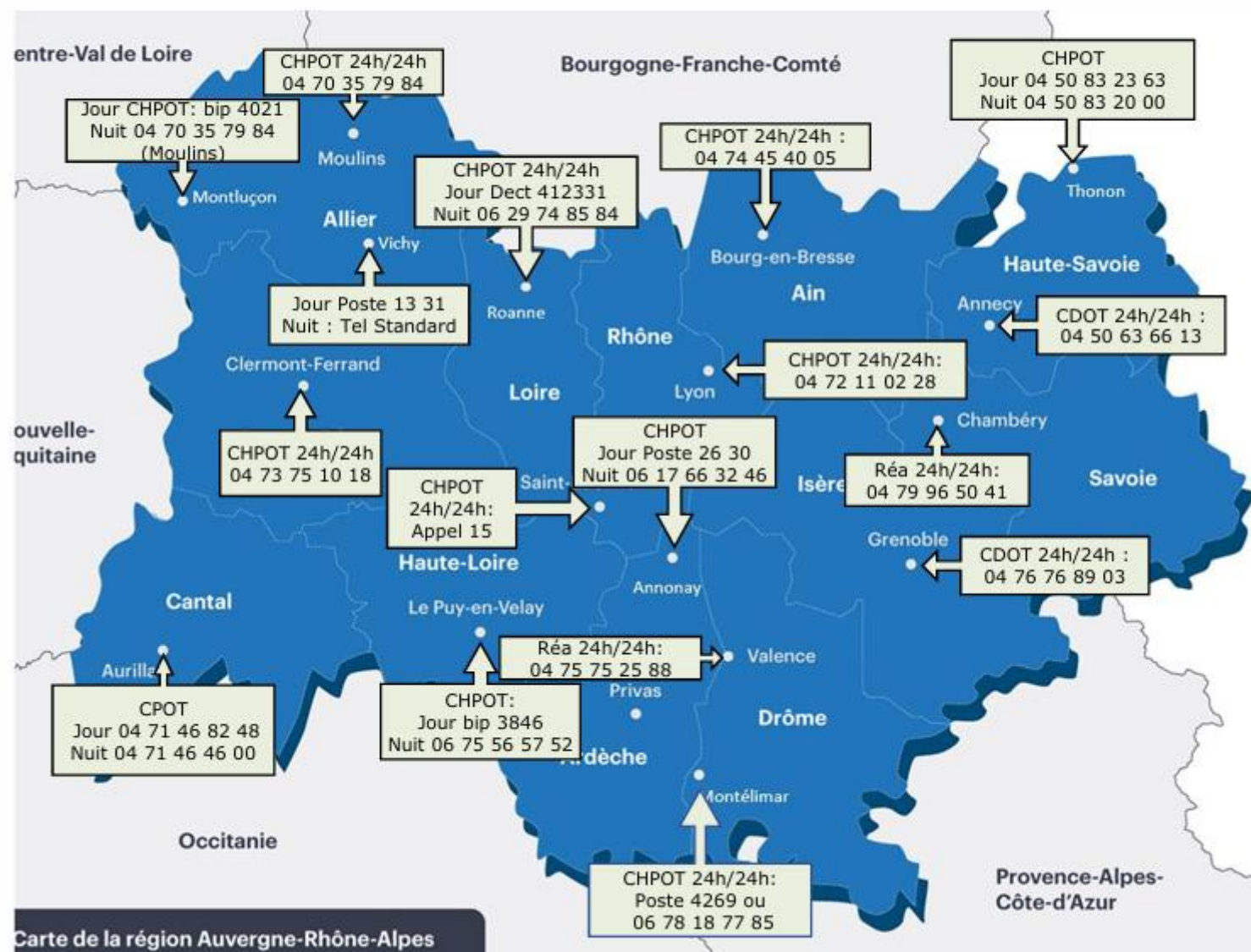
Age ≥ 80 ans → Appel
Sérologie positive → Appel
ATCD Cancer → Appel
Alcool et/ou tabac → Appel



Carte de la région Auvergne-Rhône-Alpes



Coordonnées des CHPOT de la région Auvergne-Rhône-Alpes correspondant au territoire d'Urg'Ara



Prélèvement - Greffe

Recommandations de
bonne pratique relatives aux
démarches anticipées en vue
de don d'organes et de tissus

IV - Les 4 étapes de la démarche anticipée

Étape 1 - Repérage d'un donneur possible³ par les services partenaires⁶

Le patient concerné identifié comme donneur possible³ par les équipes soignantes des services partenaires⁶ est :

- un patient présentant des lésions cérébrales irréversibles (AVCH, AVCI ou traumatisme crânien) ;
- un **patient en coma grave** (score de Glasgow < 8 ou coma d'aggravation rapide) ;
- un **patient sans perspective thérapeutique** après avis d'un ou plusieurs expert(s) (neurochirurgien, neurologue, réanimateur) en concertation avec l'équipe de soins. (accord fort)

À ce stade, pour le patient qui n'est pas sous ventilation mécanique invasive :

- s'il ne présente pas de défaillance vitale immédiate cardiovasculaire ou respiratoire, toutes les étapes successives de la démarche anticipée¹ doivent être réalisées avant l'éventuelle admission en réanimation et la réalisation de gestes invasifs (dont l'intubation) ;
- s'il présente une défaillance vitale immédiate cardiovasculaire ou respiratoire :
 - la réalisation de gestes invasifs (dont l'intubation) peut être envisagée de façon collégiale dans l'attente du recueil d'une éventuelle opposition au prélèvement ;
 - dans tous les cas, le soulagement des souffrances et l'accompagnement de fin de vie restent prioritaires. (accord faible)

Ce repérage doit déclencher l'appel à la CHPOT. Le service partenaire⁶ ne se prononce pas sur l'existence d'une contre-indication ou d'une limite d'âge sans concertation avec la CHPOT. (accord fort)

Étape 2 - Appel à la CHPOT

Dès le premier appel à la CHPOT, le déplacement d'un soignant de la CHPOT sur site dans le service partenaire⁶ est recommandé. (accord fort)

En collaboration, le service partenaire⁶, la réanimation et la CHPOT ont pour objectifs :

A – L'évaluation du patient comme donneur possible³ qui comprend :

- l'estimation d'une forte probabilité d'évolution vers la mort cérébrale ;
- la vérification de l'absence de contre-indication absolue par la consultation du dossier médical (antécédents, traitements, compte-rendu d'hospitalisation, de consultation, imagerie antérieure...), l'appel du médecin traitant dans la mesure du possible ;
- la vérification de la possible prélevabilité d'au moins un organe au vu d'un bilan biologique initial comportant au minimum un bilan sanguin rénal et hépatique.

Le régulateur de l'Agence de la biomédecine peut être appelé pour avis. (accord fort)

B – La vérification de l'organisation logistique, qui consiste à rechercher un lit de réanimation selon les modalités locales de mise en œuvre des démarches anticipées¹. Cette recherche doit être anticipée et organisée à l'échelle d'un établissement ou d'un réseau régional pour ne pas être un frein à la prise en charge du donneur possible³.

À ce stade, l'entretien anticipé² avec les proches est possible. (accord fort)

Étape 3 - Entretiens avec les proches

A – Objectifs des entretiens réussis

Les objectifs des entretiens sont au nombre de quatre :

- **La vérification** de la compréhension par les proches de la gravité, du pronostic vital engagé, de l'absence de perspective thérapeutique et de la mort à venir avec une forte probabilité d'évolution vers la mort cérébrale. (accord fort)
- **L'information** sur la possibilité du don d'organes après la mort et le recueil de l'éventuelle expression d'un refus du patient au prélèvement d'organes et de tissus. Il s'agit de **l'entretien anticipé²**. (accord fort)

NB : Le RNR ne peut être interrogé qu'après la déclaration de décès du patient.

- En l'absence d'opposition du patient au don rapportée par les proches, **l'information** sur :
 - les modalités organisationnelles de la prise en charge :
 - transfert dans un service de réanimation dans l'éventualité d'un prélèvement d'organes et de tissus, sans ambiguïté sur l'absence de perspective thérapeutique (possibilité de transfert interhospitalier),
 - gestes spécifiques nécessaires à la prise en charge en réanimation (notamment l'intubation),
 - garantie de la continuité de l'accompagnement du patient et des proches entre les services ;
 - la durée d'hospitalisation en réanimation n'excédant pas quelques jours (habituellement de 3 à 6 jours) à l'issue de laquelle, en l'absence de mort cérébrale, la mort surviendra après l'arrêt des traitements de maintien en vie ;
 - la possibilité de non aboutissement de la démarche de don. (accord fort)
- **La vérification** de l'adhésion des proches à la démarche anticipée¹.
La situation sera réévaluée avec les proches en fonction de leur vécu et de l'évolution clinique du patient. (accord fort)

Étape 4 - Transfert et accueil du patient et des proches en réanimation

L'ensemble des étapes de la démarche anticipée¹ doit être tracé dans le dossier patient. Le transfert vers la réanimation est médicalisé. L'ensemble des soignants est informé des objectifs de l'admission en réanimation : accompagnement de la fin de vie et réanimation d'organes en vue d'un éventuel prélèvement d'organes/tissus. (accord fort)

La présence des proches doit être facilitée dans ce contexte de fin de vie. Tout au long du processus, l'accompagnement des proches et la réévaluation de la poursuite de la démarche seront assurés par les professionnels de la réanimation en partenariat avec la CHPOT. (accord fort)

Pendant le séjour en réanimation, le soulagement des souffrances réelles ou potentielles est assuré, même si celles-ci ne peuvent pas être évaluées du fait de l'état neurologique du patient (Art. R4127-37-3 du CSP) [52]. En l'absence d'évolution vers un état de mort cérébrale, un arrêt des traitements de maintien en vie est mis en œuvre selon le protocole en vigueur dans le service de réanimation, jusqu'au décès. (accord fort)

RECOMMANDATIONS

I - Prérequis à la mise en place d'une démarche anticipée

La mise en place des démarches anticipées¹ dans un établissement de santé doit s'accompagner d'une réflexion institutionnelle préalable sur l'information et la formation des professionnels. (accord fort)

La coordination hospitalière des prélèvements d'organes et de tissus (CHPOT) identifie **les services partenaires**⁶ où elles pourront être mises en place, dans son établissement et ceux de son réseau opérationnel de proximité⁵ (ROP) : structures d'urgences hospitalières, services de neurologie et unités de soins intensifs neurovasculaires (USINV), autres unités de soins intensifs polyvalents (USIP), services de médecine ou de chirurgie. (accord fort)

La CHPOT, les services partenaires⁶ et les services de réanimation élaborent puis formalisent une procédure et des documents sur les modalités de réalisation des démarches anticipées¹ (algorithme, checklist, livret d'information pour les proches...). Cette procédure locale permet de définir collégialement les critères d'admission des donneurs possibles³ en réanimation. (accord fort)

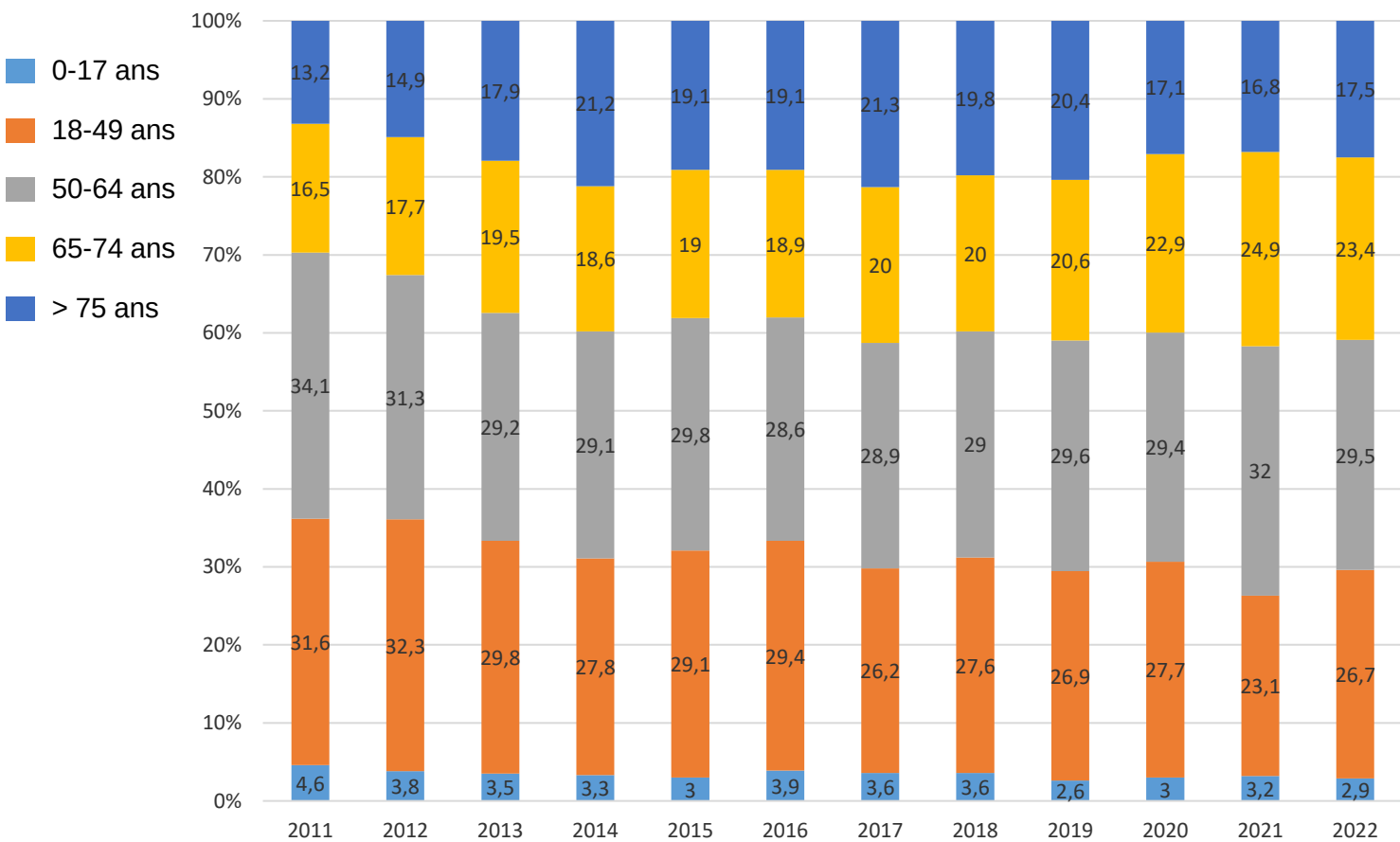
En cas de transfert interhospitalier du donneur possible³, les frais de retour du corps du défunt sont à la charge de l'établissement autorisé au prélèvement dans lequel le décès a été déclaré, qu'il y ait eu ou non prélèvement. (accord fort)

Prélèvement - Greffe

Recommandations de
bonne pratique relatives aux
démarches anticipées en vue
de don d'organes et de tissus

Démarche anticipée : quels patients ?

- Hors ressources thérapeutiques
- Quelque soit l'âge
 - Pas d'autocensure



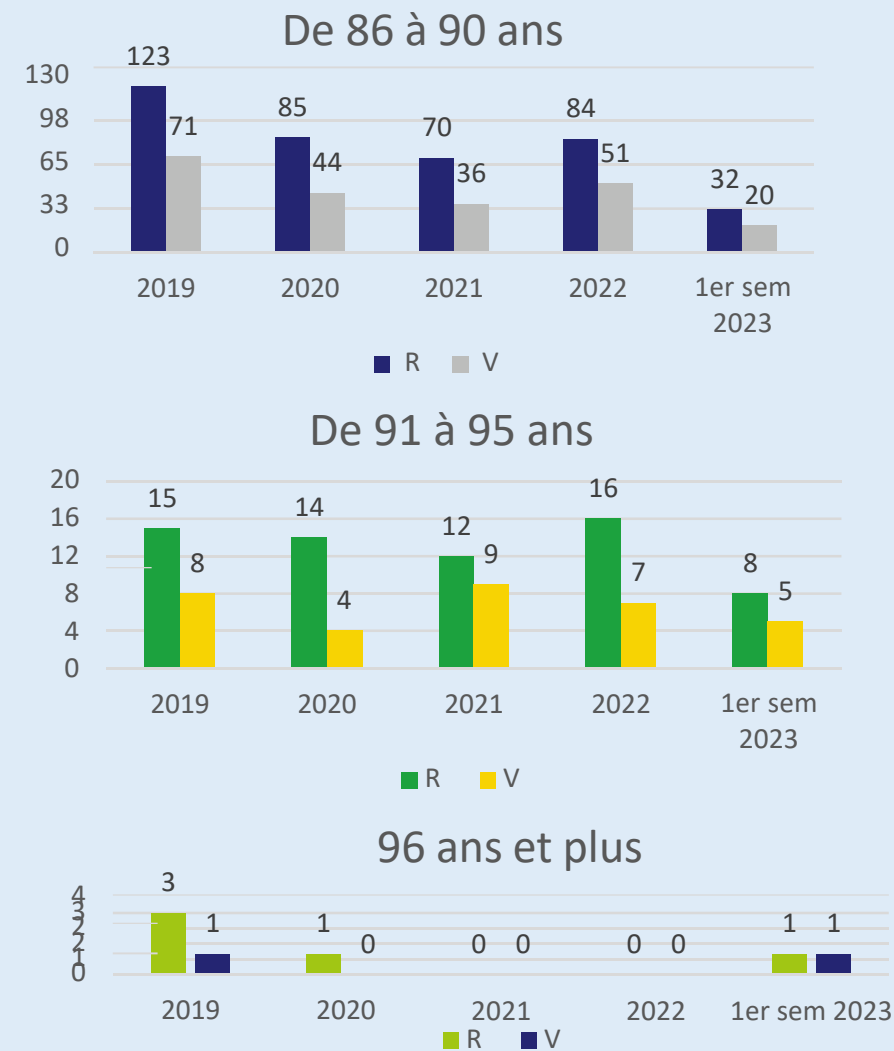
2018 : greffe d'un rein de 95 ans

18 donneurs de rein > 90 ans 2011 - 2020

2019 : greffe d'un foie de 96 ans

2026 : greffe de poumons de 90 ans

Plus jeune donneuse : 74 min (Dec 2015, UK)

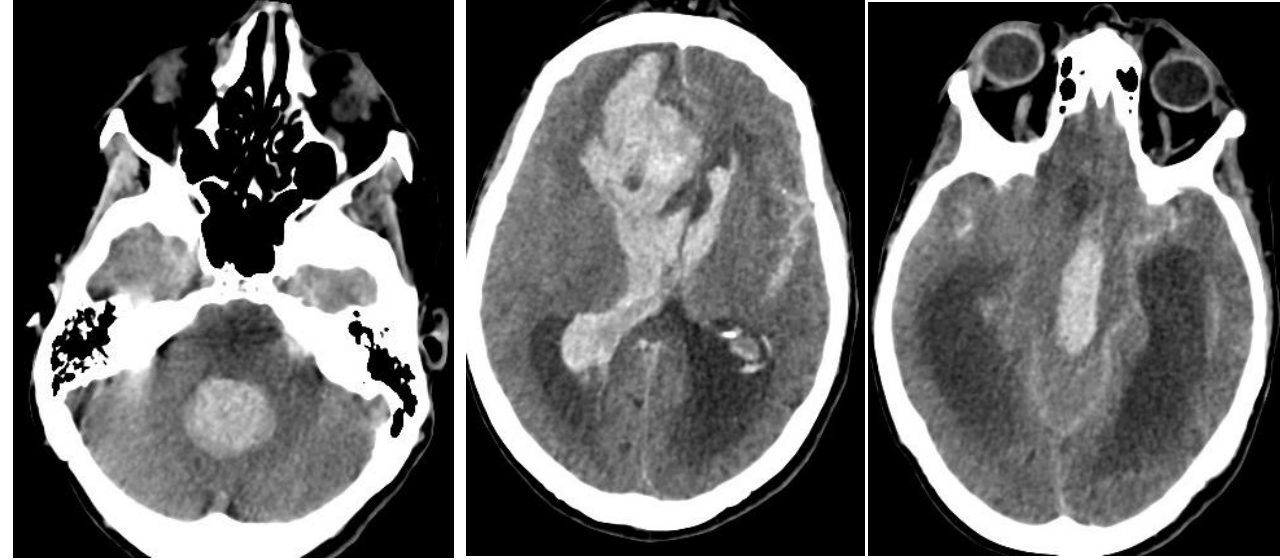


33 donneurs de 91 à 95 ans qualifiés et proposés à la répartition depuis 2019 sur les 65 donneurs recensés

Ne pas explorer les plus de 95 ans sauf cas exceptionnel = aucune comorbidité

INTUBATION ?

- Admission au SAU à 10h15
- GCS 4
- Réalisation d'une TDM cérébrale en PLS
- Images disponibles à 10h58
- Décision collégiale d'abstention thérapeutique neurochirurgicale à 11h27
- Appel des proches à 12h02 : arriveront à l'hôpital à 14h
- À 12h16 : l'IDE du SAU signale une désaturation à 70%



IV - Les 4 étapes de la démarche anticipée

Étape 1 - Repérage d'un donneur possible³ par les services partenaires⁶

Le patient concerné identifié comme donneur possible³ par les équipes soignantes des services partenaires⁶ est :

- un patient présentant des lésions cérébrales irréversibles (AVCH, AVCI ou traumatisme crânien) ;
- un **patient en coma grave** (score de Glasgow < 8 ou coma d'aggravation rapide) ;
- un **patient sans perspective thérapeutique** après avis d'un ou plusieurs expert(s) (neurochirurgien, neurologue, réanimateur) en concertation avec l'équipe de soins. (accord fort)

À ce stade, pour le patient qui n'est pas sous ventilation mécanique invasive :

- s'il ne présente pas de défaillance vitale immédiate cardiovasculaire ou respiratoire, toutes les étapes successives de la démarche anticipée¹ doivent être réalisées avant l'éventuelle admission en réanimation et la réalisation de gestes invasifs (dont l'intubation) ;
- s'il présente une défaillance vitale immédiate cardiovasculaire ou respiratoire :
 - la réalisation de gestes invasifs (dont l'intubation) peut être envisagée de façon collégiale dans l'attente du recueil d'une éventuelle opposition au prélèvement ;
 - dans tous les cas, le soulagement des souffrances et l'accompagnement de fin de vie restent prioritaires. (accord faible)

Ce repérage doit déclencher l'appel à la CHPOT. Le service partenaire⁶ ne se prononce pas sur l'existence d'une contre-indication ou d'une limite d'âge sans concertation avec la CHPOT. (accord fort)

Prélèvement - Greffe

Recommandations de bonne pratique relatives aux démarches anticipées en vue de don d'organes et de tissus



Septembre 2024

Entretien avec les proches

- Aide à l'entretien par l'IDE de coordination / réseau
 - Formation +++
 - Jamais seul
 - Importance de la préparation +++
- Discours avec les proches : abord du don pas systématique
- Transfert en réanimation
- Contrat avec les proches réanimation d'attente (48 – 96h)

Fiche thérapeutique - projet

En préhospitalier :

- DDAC M2

- Poursuite MCE
- Stop adrénaline
- Remplissage 500ml cristalloïdes

Pendant transfert :

- DDME
- DDAC M3 Bientôt

Au SAU/UHCD :

- DDME

- HMD :
 - Respecter HTA (sans limite >)
 - Bradycardie : Dobutamine
 - hypoTA : NAD
- Polyurie :
 - compenser diurèse (cristalloïdes/sol.balancés)
 - Si minirin 0,5 à 1ug IVD
- Respi :
 - IOT possible avant entretien
 - Ventilation protectrice 6-8ml/kg PEP 6
- Métabolique : limiter hypernatrémie (G2,5%)
- Hémostase : pas de réversion anticoagulants
- Lutte contre hypothermie



Un patient de 89 ans éthylique chronique peut-il être donneur d'organes ?

Un patient de 89 ans éthylique chronique peut-il être donneur d'organes ?

Oui !!

Vous recevez aux urgences un patient de 69 ans, aux antécédents d'HTA, tabagisme et adénome de prostate, admis pour AVC hémorragique massif survenu à son domicile. Son score de Glasgow est de 4.

Il a bénéficié d'un scanner cérébral en PLS avec un masque à oxygène à haute concentration.

Le scanner fait état d'une hémorragie massive, hors ressources thérapeutiques pour les réanimateurs et les neurochirurgiens.

Vous attendez les proches, qui sont sur la route pour venir à l'hôpital, et doivent arriver dans 1h30.

L'infirmière vous appelle car le patient a inhalé, sa saturation en oxygène est désormais de 78%.

- Dans l'objectif de discuter de don d'organes avec sa famille, et en leur absence, intubez-vous le patient avant l'arrivée de ses proches ?

Vous recevez aux urgences un patient de 69 ans, aux antécédents d'HTA, tabagisme et adénome de prostate, admis pour AVC hémorragique massif survenu à son domicile. Son score de Glasgow est de 4.

Il a bénéficié d'un scanner cérébral en PLS avec un masque à oxygène à haute concentration.

Le scanner fait état d'une hémorragie massive, hors ressources thérapeutiques pour les réanimateurs et les neurochirurgiens.

Vous attendez les proches, qui sont sur la route pour venir à l'hôpital, et doivent arriver dans 1h30.

L'infirmière vous appelle car le patient a inhalé, sa saturation en oxygène est désormais de 78%.

- Dans l'objectif de discuter de don d'organes avec sa famille, et en leur absence, intubez-vous le patient avant l'arrivée de ses proches ?

Oui !!