

DIAGNOSTIC CLINIQUE DE LA MORT ENCEPHALIQUE

Dr L. Durin, Dr M. Wolf

Modifié Annecy Dr D Dorez février 2017

①

ETIOLOGIE CONNUE

- Vasculaire
- Traumatique
- Anoxique* / Métabolique
- Toxique
- Infectieuse
- Tumorale

Il est **impératif** de connaître l'étiologie à l'origine du coma.

*Rechercher la cause en cas d'arrêt cardio-respiratoire

②

ABSENCE DE CIRCONSTANCES CONFONDANTES

- Hypothermie < 35°C
- Sédation, dépresseurs du système nerveux central, toxiques, myorelaxants
- Instabilité hémodynamique
- Troubles métaboliques sévères *

*Notamment hyponatrémie, hypocalcémie, hypoglycémie

③

ABSENCE TOTALE DE CONSCIENCE ET D'ACTIVITE MOTRICE SPONTANEE

GCS = 3 (Y1V1M1)

Score de Glasgow :

- **Y : Ouverture des yeux**
 - * Spontanée 4
 - * A la voix 3
 - * A la douleur 2
 - * Aucune 1
- **V : Réponse verbale**
 - * Orientée 5
 - * Confuse 4
 - * Inappropriée 3
 - * Incompréhensible 2
 - * Aucune 1
- **M : Réponse motrice**
 - * A l'ordre 6
 - * A la douleur 5
 - * Evitement 4
 - * Décortication 3
 - * Décérébration 2
 - * Aucune 1

NB : Des mouvements involontaires liés à des réflexes médullaires peuvent persister.
Aucune réponse motrice n'est possible au dessus de la ligne mandibulaire.

Si étiologie inconnue :

STOP

Si facteurs confondants :

STOP

Score de Glasgow ≠ 3 :

STOP

④

ABOLITION DES REFLEXES DU TRONC

- Réflexes photo-moteurs
- Réflexes cornéens
- Réflexes oculo-céphalogyres *
- Réflexes oculo-vestibulaires
- Réflexe de toux
- Réflexe oculo-cardiaque
ou test à l'atropine **

* La recherche de ces réflexes est contre-indiquée en cas de lésion du rachis cervical.

** Test à l'atropine : 0,04 mg/kg IV (absence d'accélération de la fréq. cardiaque > 10 %)

NB : Les réflexes du tronc doivent être recherchés de façon bilatérale et symétrique.

⑤

ABSENCE DE VENTILATION SPONTANEE

Test hypercapnie

(en présence de l'IDE coordination si possible)

Prérequis :

- Patient stable sur le plan hémodynamique
- Manœuvres de recrutement régulières
- T > 35.5°
- Normocapnie préalable (pH 7.30-7.45)
- Aspiration trachéale puis épreuve de recrutement
- Préoxygénation 10 minutes à FIO2 100 %, Vt 7 ml/kg, Fr 12-15, PEP >= 5
- Prélever un GDS

Epreuve d'hypercapnie pendant 10minutes

- Réglage du respirateur : VAC FR 2 ; Vt minimum possible ; I/E 1/2 ; PEEP 10 ; FIO2 100 % ; trigger inspi 3l/ min. Alarme apnée 60 s, alarme Vmin la plus basse possible (augmenter trigger si autodéclenchement)
- Médecin au chevet du patient observation de mouvements respiratoires
- Présents (= test apnée négatif) ; Absents (=test apnée positif) ET résultats GdS : delta pCO2 > 20 mmHg et pCO2 > 60

- Prélever un GDS

- Rebranchement Vt 7 ml/kg, pep >= 7 cm H2O, Fio2 pour Pao2= 95-100 mmHg, FR pour normocapnie
- Puis épreuve de recrutement

- Conclusion test apnée : positif négatif

Le / / à h

- Réalisé par le Dr

Optimisation respiratoire si P/F limite à la demande (fibro, recrutement et renouveler GDS)

- Fibroscopie le / / 2016 à h

Test d'hypercapnie à consigner dans le dossier ORBIS du patient

- ✓ Prudence si instabilité hémodynamique
- ✓ Interrompre le test :
 - si désaturation sévère
 - hypotension

Persistance d'au moins 1 réflexe :STOP

Persistance d'une VS :

STOP