



Etiquette patient

Coordination hospitalière : 6613

Cahier prise en charge et main courante CDOT

EME

1ere partie : A remplir par médecin : Diagnostic, prescription
surveillance

2eme partie : généralité, optimisation par organe

3eme partie : Main courante CDOT



La mise en place de ce cahier de soins vise à améliorer la prise en charge des patients évoluant vers la mort encéphalique ou après diagnostic en l'attente du don d'organes.

Il comporte des aides diagnostiques, les surveillances cliniques et biologiques à adapter, ainsi que les recommandations pour l'optimisation des différents organes prélevables.

Dans un but d'aider le prescripteur et l'équipe soignante à la prise en charge de ces patients et *in fine* d'améliorer la qualité des greffons proposés.

Sa mise en œuvre se fait sur prescription médicale dans 2 cas :

- Evolution attendue vers un état de mort encéphalique (EME) avec limitation des thérapeutiques actives au vu de l'anamnèse, de l'état clinique du patient ou de l'échec des thérapeutiques actives.

Le patient n'est donc pas en EME mais une réanimation d'attente visant à une bonne oxygénation et perfusion des organes est mise en place dans l'attente d'un entretien avec la famille, recueil de la non opposition au don d'organe et de la confirmation de l'EME

- EME clinique dans l'attente de la confirmation paraclinique ou après confirmation, dans l'attente du recueil de la non opposition du défunt au don d'organe

1ere partie



Etiquette patient : mis en place le / / 2016 à

Appel coordination
hospitalière 6613

Examen clinique :

- Anamnèse compatible
- Patient G3 mydriase bilatérale
- Absence de sédation ou d'hypothermie <35.5°C
- Absence des réflexes du tronc cérébral
 - Oculopalpebral
 - Oculo céphalogyre vertical
 - Photomoteur
 - Oculocéphalogyre horizontal
 - Cornéen
 - Oculo cardiaque
 - Reflexe de toux

Diagnostic clinique réalisé (par 2 médecins thésés) le

/ / à h

Par le Dr

Par le Dr

Examen clinique à consigner dans le dossier ORBIS du patient

Test hypercapnie

(En présence de l'IDE coordination si possible)

Prérequis :

- Patient stable sur le plan hémodynamique
- Manœuvres de recrutement régulières
- $T > 35.5^{\circ}$
- 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 \geq 5
- **Prélever un GDS**

Epreuve d'hypercapnie pendant 10minutes

- Réglage du respirateur en VAC FR 2 Vt minimum possible, I/E 1/15 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)

▪ **Prélever un GDS**

- Rebranchement Vt 7 ml/kg, pep \geq 7 cmh₂O, 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

Prescriptions :

- Apport de base réa : **G10 % 1000 ml/24h**
+ Nacl : (0 si diabète insipide) ; + Kcl ; + phocytan ; + Mg ++
- Compensation de diurèse au-dessus de 2 ml /kg/h par G2.5% + Nacl ; + kcl ; + phosphore + Mg à adapter ou Isofurdine (si Na<145 mmol/l)
--> Suspecter diabète insipide.
Diagnostic si DU < 1005 ou < 1010 + croix de glucose

Si diagnostic positif :

- Minirin 1 ug IVD à répéter si besoin /4-12h et dès que la diurèse > 2.5 ml/kg/l
 - Enlever tout le sel des perfusions
 - Contrôler régulièrement iono, ph, mg
 - Attention éviter surcharge si plvmt cardiopulmonaire mais pas d'hypovolémie
- Si **noradrenaline** >0.5 ug/kg/min : HSHC 50 mg ivd puis 200/50 cc Vitesse 2 ml/h
 - Dépister et traiter l'hypocalcémie, hypophosphorémie, hypomagnésémie
 - Antibiothérapie à faire

Surveillance :

- Constantes /2h, à passer /h si instabilité hémodynamique ou respiratoire, diabète insipide.
- Diurèse horaire, si diurèse > 2 ml/kg faire DU sur urines fraîches (vider poche et prélever dernière urine) appel médecin et faire natrémie si < 1005 ou < 1009 + croix de glucose
- Bilan complet (iono, gazo, NFP, coag complet, hépatique, cpk, troponine, Créatinurie, protéinurie, groupe sanguin, lipasémie)
- /8h : Iono complet, Ph Mg, GDS, NFP, Bilan hépatique, TP, TCA
- /4h au moins GDS, Iono Ph Mg, Na, K, urée, créat

Surveillance infirmier(e)s, objectif de prise en charge, consignes spécifiques.

A mettre en place dès instauration de ce cahier.

Check-list Equipement :

- PA radiale gauche
- VVC Jugulaire Droite
- Sonde thermique
- Pression ballonnet à vérifier 25 mmHg
- Aspiration sous glottique
- 30° de proclive
- SAD

Objectif :

- PAM entre 65 et 100 mmHg
- Diurèse entre 1 et 1.5 ml/kg/h
- T° entre 35.5- 37.5
- Hb > 8-10g/dl
- PaO₂ = 95-100 mmHg (l'hyperoxie est également toxique pour les organes)
- PaCO₂ entre 35-40 mmHg (nécessite de modifier le réglage du respirateur car un patient en EME produit moins de CO₂)
- pH normal
- lactates normaux
- Natrémie, Kaliémie normales ainsi que Ph, Mg, Ca⁺⁺

ATTENTION : Un épisode de Na>150 mmol/l peut contre indiquer un prélèvement hépatique