GUIDE RELATIF À L'ÉVALUATION ET AU MAINTIEN DU DONNEUR ADULTE

TRANSPLANT QUÉBEC

Annexe (Recrutement)*

Ces suggestions servent de guide mais ne remplacent aucunement l'approche intégrée au jugement clinique.

Donneur pulmonaire

X

X1 • Faire le ***test d'hyperoxygénation****

X2 • Gazométrie artérielle ± q. 2 h
et recrutement pulmonaire** PRN
(selon le chirurgien thoracique avec l'accord de l'intensiviste)

X3 • Éviter la surcharge volumique pulmonaire

X4 • Méthylprednisolone 15 mg/kg IV (max 1 g IV par dose) administrer après la première déclaration du décès neurologique puis die (dose supplémentaire 1h pré-op)

X5 • Bronchoscopie précoce (Gram et culture)

X6 • Radiographie pulmonaire die et PRN

*** Test d'hyperoxygénation**

- Ventiler avec FiO_2 à 100 %, PEEP à 5 cm H_2O et volume courant à 10 cc/kg de poids idéal
- Gazométrie du sang artériel après 20 minutes (gazométrie de référence)

**** Manœuvre de recrutement pulmonaire**

1. Préoxygéner avec FiO_2 à 100 % et PEEP à 10 cm H_2O, puis appliquer une pression inspiratoire continue de 30 cm H_2O pendant 30 secondes, sans ventiler. *Si la TAM devient inférieure à 50 mmHg ou si la saturation artérielle chute sous 85 %, pendant 5 secondes, cesser la manœuvre.*
2. Ventiler pendant 2 minutes en maintenant la PEEP à10 cm H_2O et l'oxygène à 100 %.
3. Répéter le recrutement alvéolaire une seconde fois, selon l'étape 1.
4. Ventiler pendant 1 heure avec les paramètres initiaux de base (VC 10 cc/kg), en maintenant la PEEP à 10 cm H_2O.
5. Après 1 heure, remettre la PEEP à 5 cm H_2O et l'oxygène à 100 %, et répéter le ***test d'hyperoxygénation.***

Donneur cardiaque

Y

Y1 • Faire ECG et écho cardiaque

Y2 • Coronarographie si écho normale et selon certains critères

Y3 • Éviter soutien d'inotrope important

Y4 • Troponine I ou T, CK, CKMB q. 8 h

Y5 • Administration de N-acétylcystéine (Mucomyst®) ou de HCO_3 selon le protocole interne de l'établissement afin de protéger les reins.

Protocole de recrutement cardiaque

Y1.1 • Donneur éligible ≤55 ans avec fraction d'éjection initiale < 50 %

Y1.2 • S'assurer de la normalité des paramètres suivants :
- ➤ Ph 7,40-7,45 PO_2 : > 80 mmHg, Saturation >95 % TAM ≥ 65 mmHg
- ➤ Corriger anémie : Hb ≥ 10 . g/L, Hématocrite ≥ 30 %

Y1.3 • Installation d'un cathéter de l'artère pulmonaire [Swan-Ganz] (voir section 6)

Y1.4 • Réanimation hormonale (voir section 5)

Y1.5 • Perfusion d'insuline pour maintenir glycémie entre 4,0 et 8,0 mmol/L

Y1.6 • La réanimation durera un minimum de 12 heures (à moins que la performance cardiaque se soit normalisée avant ce délai) et une seconde échographie cardiaque sera obtenue par la suite.

* Des organes auparavant jugés inacceptables pour la transplantation peuvent nécessiter des manœuvres de recrutement pour récupérer leur fonction.

Références : Conseil canadien pour le don et la transplantation. *Optimiser le maintien du donneur afin d'accroître le nombre d'organes admissibles pour la transplantation : un forum canadien*. 23 - 25 février 2004. Mont-Tremblant, Québec. Rapport et recommandations.
Zaroff JG et All. Consensus Conference Report *Maximizing use of organs recovered from cadaver donor: cardiac recommendations.* Circulation 2002.

Le comité de formation tient à remercier tous ceux qui ont collaboré à la rédaction de ce document.

Pour télécharger ou imprimer le guide : www.transplantquebec.ca/maintien-et-evaluation

Ce document contrôlé de Transplant Québec fait l'objet de révisions ponctuelles. Veuillez vous assurer d'avoir en main la version en vigueur.

EBAUCHE 2016-11-23