Zeitschrift: Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche

Herausgeber: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Band: - (1982-1983)

Vereinsnachrichten: Directives pour la définition et le diagnostic de la mort

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Siehe Rechtliche Hinweise.

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. Voir Informations légales.

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. See Legal notice.

Download PDF: 19.06.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Académie suisse des sciences médicales

Directives pour la définition et le diagnostic de la mort

Approuvées par le Sénat le 6 mai 1983

I. Introduction

1. Le développement des méthodes de réanimation a rendu nécessaire une nouvelle définition des critères de la mort chez l'homme.

2. Il est possible de suppléer, chez l'homme, à la défaillance de la fonction respiratoire par la respiration artificielle et à celle de la fonction cardiaque par le massage du cœur et l'assistance circulatoire.

3. Il n'existe aucun moyen de remédier à l'ensemble des conséquences d'une défaillance complète et persistante des fonctions du cerveau, y compris celle du tronc cérébral qui conduit nécessairement à la mort de l'organisme tout entier et définit donc la mort.

II. Définition et diagnostic de la mort

4. Un être humain doit être considéré comme mort lorsque l'une des deux ou les deux conditions suivantes sont réalisées:
   a) Arrêt cardiaque irréversible entraînant l'interruption de la circulation sanguine dans l'organisme et, par là-même, dans le cerveau.
   b) Défaillance complète et irréversible des fonctions du cerveau.

5. La défaillance complète et irréversible des fonctions cérébrales, y compris celle du tronc cérébral, doit être admise, malgré le maintien d'une activité cardiaque, dans un organisme humain normothermique ou hypothermique, lorsque toute influence d'agents myorelaxants ou dépresseurs du système nerveux central, toute intoxication et toute forme de coma métabolique sont formellement exclues et lorsque les signes cliniques suivants de la mort sont présents simultanément et pendant au moins 6 heures:
   5.1. Coma profond et d'étiologie clairement établie
   5.2. Dilatation pupillaire bilatérale sans réaction à la lumière
   5.3. Absence des réflexes oculo-céphaliques (absence de mouvements des globes oculaires lors de la rotation passive rapide de la tête)
   5.4. Absence des réflexes cornéens

5.5. Absence de toute réaction à la stimulation douloureuse du trijumeau (pression exercée avec force à l'émergence de la 2e branche, sous le rebord orbitaire inférieur)
5.6. Absence du réflexe de toux (lors de l'aspiration bronchique) et absence du réflexe oro-pharyngé (lors de la stimulation tactile de la paroi postérieure du pharynx)
5.7. Absence de respiration spontanée: apnée (voir IIIa)
5.8. La persistance de réflexes et de réaction de retrait d'origine purement médullaire aux quatre membres à la stimulation douloureuse est compatible avec le diagnostic de mort cérébrale.

6. Les signes cliniques mentionnés sous 5.1. à 5.8. sont suffisants pour admettre la mort du malade lorsqu'il y a une lésion primaire évidente du cerveau.

7. En cas de lésion cérébrale, secondaire à une anoxie ou à un trouble métabolique grave, les signes mentionnés sous 5.1. à 5.8. doivent avoir été présents pendant plus de 48 heures. En cas d'intoxication, l'épuration de l'agent toxique doit être prouvée.

8. Autres critères de la mort du cerveau:
8.1. Absence complète de circulation intracrânienne démontrée par une artériographie contrastée des 4 vaisseaux ou une angiographie radio-isotopique
8.2. Pression intracrânienne, mesurée de manière continue, supérieure à la pression artérielle systolique directe pendant plus de 20 minutes.

9. Le moment du décès est celui du diagnostic de la mort du cerveau.

10. Seul un médecin est habilité à constater le décès.

11. Puisque la mort du cerveau équivaut au décès,
a) le médecin a le droit de suspendre définitivement la respiration artificielle et l'assistance circulatoire;
b) le prélèvement d'organes en état de survie est autorisé.

12. Lorsqu'un prélèvement d'organes est prévu, le diagnostic doit être confirmé par un médecin compétent, indépendant de l'équipe chargée de la transplantation.

III. Remarques spéciales

a) Test d'apnée:
L'absence de respiration spontanée ne peut être constatée que chez un malade dont la pa CO_2 est supérieure à 50 mm Hg (6.65 Kpa) et dont le pH artériel est de moins de 7.4. Le test d'apnée peut être réalisé sans risque d'hypoxémie en utilisant la technique de l'oxigénation par diffusion.

b) La mort cérébrale chez l'enfant (jusqu'à 5 ans):
Les critères de mort cérébrale décrits ci-dessus, bien qu'ils aient été validés principalement chez l'adulte, sont aussi applicables aux enfants. Il faut cependant savoir que les causes des lésions cérébrales et les mécanismes du coma chez l'enfant, et en particulier chez le nouveau-né, sont souvent différents de l'adulte et que le cerveau de l'enfant a une capacité de récupération fonctionnelle plus grande que celui de l'adulte. Pour ces raisons, chez l'enfant, il faut que les signes neurologiques de mort cérébrale aient été présents pendant au moins 24 heures. Les tests complémentaires pour déterminer l'absence de circulation cérébrale peuvent être nécessaires dans certains cas particuliers.

c) Cas particuliers de l'hypothermie:
Une hypothermie primaire, avec température en dessous de 32,2 °C, doit être exclue, car elle peut conduire à un état clinique simulant la mort cérébrale.
Par contre, une hypothermie secondaire à la destruction cérébrale est admise comme faisant partie des critères.

d) Electro-encéphalogramme:
Dans certains cas particuliers, de coma métabolique par exemple, il peut être utile de compléter l'examen clinique par un électro-encéphalogramme. Dans ces cas-là, une absence complète de signe d'une activité EEG doit être constatée sur deux enregistrements à 24 heures d'intervalle. Le diagnostic de tracé nul doit être vérifié par un médecin spécialisé et ne peut être porté que si l'on respecte les conditions techniques et méthodologiques définies par l'Association Suisse d'Electro-encéphalographie et de Neurophysiologie clinique.

Commentaires sur les nouvelles directives pour la définition et le diagnostic de la mort

Nous nous sommes efforcés de proposer des critères exclusivement cliniques qui permettent aux médecins des hôpitaux régionaux, aussi bien que des centres universitaires, de poser le diagnostic de mort cérébrale. C'est pour cette raison que nous n'avons donné qu'un rôle secondaire aux examens complémentaires tels qu'angiographie et EEG. Nous avons, par contre, apporté plus de précision à la définition des critères cliniques. Ces mêmes critères cliniques sont d'ailleurs actuellement admis en Allemagne, en Angleterre et dans la plupart des Etats aux Etats-Unis.

Il faut comprendre que la mort n'est pas un événement punctiforme dans le temps, mais qu'il s'agit d'un processus évolutif. Il s'agit donc de déterminer le moment où sera atteint dans cette évolution le point de non-retour d'une défaillance complète persistante et irréversible du cerveau et du tronc cérébral. L'examen clinique des fonctions du tronc cérébral est particulièrement important et c'est pour cela que nous avons détaillé les réflexes les plus facilement examinables et que nous avons insisté sur les conditions de la définition de l'apnée. Les critères cliniques doivent être totalement fiables, c'est-à-dire que l'on ne peut pas tolérer la possibilité de faux positifs. Une étude récente, faite en Angleterre sur plus de 600 patients dans 3 centres différents, a montré que des critères cliniques identiques aux nôtres sont cent pour cent fiables dans le diagnostic de la mort[1]. Tout comme dans nos directives, ces critères admettent la persistance d'une activité médullaire.

D'une manière générale, nous pensons qu'il ne faut jamais se hâter de poser ce diagnostic et c'est pourquoi nous proposons des périodes précises pendant lesquelles les signes cliniques doivent être présents. Il est important de distinguer entre mort cérébrale «primaire» de cause évidente et mort cérébrale «secondaire» de cause souvent incertaine. Dans cette deuxième situation, la période d'observation clinique doit être plus longue et l'on peut avoir recours à des examens complémentaires tels qu'angiographie et EEG. Ces examens ne remplacent cependant jamais l'examen clinique et ne permettent pas à eux seuls de poser le diagnostic de mort.

Nous avons également insisté sur le cas particulier des enfants dont le système nerveux central a une capacité de récupération qui dépasse nettement celle des adultes, même après des périodes de coma prolongé.

---

[1] Jennet B., Gleave J., Wilson P.: Brain death in three neurosurgical units. Brit. med. J., 1981/I, 533–539.

Les médecins suivants ont participé à l'élaboration du texte: *Dr R. Chiolero, anesthésiste – réanimateur, responsable des soins intensifs chirurgicaux du CHUV; Dr Th. Deonna, p.-d., neuro-pédiatre; Dr P. A. Despland, p.-d., responsable du Centre EEG du CHUV; Prof. C. Perret, médecin-chef des soins intensifs médicaux et du Centre respiratoire du CHUV; Prof. F. Regli, chef du Service de neurologie du CHUV; Dr N. de Tribolet, p.-d., médecin-adjoint en neurochirurgie, CHUV.*