

Chirurgie du rein

GÉNÉRALITÉS :

- Chirurgie de lésions tumorales (néphrectomie totale ou partielle)
- Chirurgie de malformations (cure de sténose de la jonction pyélo-urétérale)
- Chirurgie de lithiases (abord direct ou néphrectomie pour rein détruit)
- ⇒ La lombotomie est la voie de référence
- ⇒ La voie transpéritonéale antérieure est réservée à la néphrectomie élargie pour cancer

PRÉOPÉRATOIRE :

➤ Consultation :

- évaluation EG ; examen cardiovasculaire
- information PCA morphine IV et transfusion éventuelle
- commande prévisionnelle de sang
- ordonnance de bas de contention si cancer

➤ Bilan :

- si cancer, bilan d'extension fait par le chirurgien ; apprécier l'existence d'un thrombus tumoral au niveau des vaisseaux (rein et VCI) ; discussion au staff
- évaluation de la fonction rénale préopératoire et du retentissement d'une néphrectomie ; avis néphrologique ; discussion au staff
- NFS, hémostase, BES avec urée et créatinine, ECBU, ECG, RP, Groupe, RAI
- la veille de l'intervention : nouvelles RAI

➤ Prémédication :

- classique + traitement habituel (sauf contre-indication) + antalgiques si douleur préopératoire
- HBPM la veille de l'intervention si cancer
- antibiothérapie si contexte de calculs infectés
- hydratation préopératoire justifiée par une insuffisance rénale
- bas de contention si cancer

PEROPÉRATOIRE :

➤ Durée : 2 à 4 heures

➤ Installation :

- table standard, bras en croix, monitoring classique, couverture chauffante
- prévoir deux voies veineuses de bon calibre, un accélérateur-réchauffeur de transfusion

➤ Induction :

- pas d'antibioprophylaxie sauf cas particulier
- AG classique avec curarisation ; IOT ; pose sonde thermique et 2^e voie veineuse
- pose sonde gastrique si laparotomie
- installation
 - décubitus dorsal si laparotomie
 - décubitus latéral et billot si lombotomie (vérification des points de compression et des constantes ventilatoires et hémodynamiques)

(suite)

➤ Entretien :

- O₂ / N₂O + halogéné + morphinique en bolus
- curare : en bolus avec monitoring de la curarisation, ou administration à la SAP

➤ Réveil :

- 30 à 45 min avant la fin : Perfalgan® 1 g
- prévention des NVPO selon protocole
- réveil et extubation sur table : selon le contexte

POSTOPÉRATOIRE :

➤ Réanimation hydroélectrolytique

➤ Analgésie :

- Perfalgan® 1 g / 6 h ; Spasfon® 2 A / 6 h ; Acupan® 120 mg/j en SAP ; morphine PCA IV

➤ Bilan :

- NFS, BES avec urée et créatinine; TP-TCA si intervention hémorragique, RP si lombotomie
- idem à J1 sauf RP

➤ HBPM (sauf si insuffisance rénale) ; bas de contention si cancer

➤ Reprise traitement habituel à J1 selon le contexte

➤ Reprise de l'alimentation à la reprise du transit

PARTICULARITÉS DE LA COELIOSCOPIE :

- durée plus longue (4 à 6 h)
- installation sur table standard avec matelas gel, décubitus dorsal ou latéral
- intervention moins hémorragique
- sonde gastrique systématique
- ventilation contrôlée en mode pression
- attention à l'hypothermie
- reprise de l'alimentation à J1