

Transplantation rénale

GÉNÉRALITÉS :

- Indication : insuffisance rénale préterminale ou terminale
 - durée médiane d'attente 15 mois (EFG 2002)
 - bilan pré-transplantation : néphropathie initiale, état vasculaire, appareil urinaire
- Intervention en semi-urgence (but : ischémie totale du greffon < 48 heures)

PRÉOPÉRATOIRE :

➤ Consultation :

- généralement réalisée dans le bilan de transplantation
- le jour de la transplantation, vérifier
 - les événements médicaux nouveaux
 - la date et l'heure de la dernière dialyse
 - le poids sec et le poids du jour
 - le ionogramme sanguin (kaliémie) et la NFS
 - la RP et l'ECG
 - information de transfusion éventuelle et du séjour en SSPI 12 heures
 - RAI et commande prévisionnelle de CG phénotypés, déleucocytés et CMV compatibles

➤ Prémédication :

- Atarax[®] 1 à 2 mg/kg *per os* et Tagamet[®] effervescent
- malade perfusé à l'étage si possible avec une voie veineuse de bon calibre
- protocole d'immunosuppression et antibiotiques (cf néphrologie)

PEROPÉRATOIRE :

➤ Durée : 3 heures

➤ Installation :

- décubitus dorsal, bras en croix, surveillance et protection de la FAV (thrill)
- monitoring classique (+ PVC si nécessaire), sonde thermique et couverture chauffante
- PNI sur la jambe controlatérale à la transplantation (la 1^o greffe est souvent en FID)
- Cathéter central jugulaire interne droite (prévoir repérage échographique)

➤ Induction :

- AG sans particularité ; IOT
- remarques :
 - intubation sous Célocurine[®] possible si kaliémie < 5,5 mmol/l
 - pas d'hydroxyéthylamidon
 - le tube de sang qui accompagne le greffon sert à faire la dernière compatibilité de groupe avec le receveur avant la transplantation ; en cas de problème, prévenir le chirurgien et le néphrologue, et envoyer ce tube à la banque du sang pour détermination du groupe en urgence

(suite)

► Entretien :

- O₂ / N₂O + halogéné + morphinique en bolus
- remplissage au sérum physiologique (maximum 8 % du poids sec)
- les pertes sanguines sont compensées par de la Gélofusine[®] et du sérum physiologique
- si transfusion, CG personnalisés (cf + haut) ; but : Hb > 7 g/dl (sauf coronarien : Hb > 10 g)
- Lasilix[®] 500 mg SAP, 30 minutes avant le déclampage (sauf donneur vivant)
- Loxen[®] 0,5 mg/h SAP, début 30 minutes avant déclampage si PAS > 120 mm Hg

► Réveil :

- en SSPI : intubé et ventilé (VC ou VACI ou VSAI) jusqu'à réchauffement et stabilité HD
- décurarisation possible
- Bilan :
 - RP (contrôle du remplissage et de la position du KTC)
 - NFS, TP-TCA, BES complet (idem toutes les 3 heures)

► Analgésie :

- Perfalgan[®] 1 g / 8 h ; Acupan[®] SAP dose selon poids
- morphine : titration puis SC selon EVA ; pas de SC systématique, maximum toutes les 6 h

► Héparinothérapie à dose isocoagulante selon contexte clinique ; pas d'HBPM

► Réanimation hydroélectrolytique :

- perfusion de base ou 500 ml de sérum bicarbonaté à 14/1000 par 24 heures
- compensation horaire de la diurèse avec sérum physiologique volume à volume
- apports de Ca, P, Mg, K, en fonction de la diurèse et des résultats des ionos sanguins
 - ⇒ maintien de la diurèse horaire à 150 ml/h minimum, sans dépasser 1000 ml/h

► Par ailleurs :

- Mopral[®] IV : 40 mg/j
- le protocole d'immunosuppression est joint à la feuille de SSPI

Le **séjour minimum en SSPI** est de **12 heures**

Le patient remonte ensuite en **Néphrologie**