

Anesthésie pour transplantation rénale

Version : 0.99 - fev 2006|| Source : protocole Necker

Procédure	transplantation heterotopique d'un rein de cadavre ou de donneur vivant en fosse iliaque
Urgence	oui
Position	décubitus dorsal , bras en croix
Durée	90 à 180 min
Saignement	< 500 cc ; cell saver en salle non monté
Douleur	modérée à forte
Contre-indications	Hydroxyethylamidons (Voluven)

Période pré-opératoire

- Le patient est évalué cliniquement et biologiquement par l'équipe de néphrologie de Necker et/ou de l'HEGP. Le patient est le plus souvent à jeun depuis plus de 8 heures à l'arrivée au bloc. Il est perfusé.

- **verifier la carte de groupe sanguin et les RAI**

- L'hémodialyse pré-transplantation n'est pas systématique (indication formelle en cas d'hyperkaliémie ou de surcharge hydrosodée > 5% poids sec). Elle sera réalisée si possible sans anticoagulant.

- Le protocole d'immunosuppression est mis en place par l'équipe de néphrologie. **Il n'y a pas d'administration peropératoire d'immunosuppresseur.**

Période opératoire

- Anesthésie générale avec intubation oro-trachéale adaptée à l'insuffisance rénale. **Objectif tensionnel PAS=120 mmHg**

- Sonde nasogastrique, sonde thermique oesophagienne, couverture chauffante partie supérieure du corps.

- Installation en décubitus dorsal, bras en croix, billot sous les lombes (optionnel)

- Vérification et protection de la fistule artérioveineuse.

Abords vasculaires

Deux voies périphériques sont le plus souvent suffisantes.

En cas d'hyperimmunisation, sur demande de l'équipe de néphrologie, l'administration prolongée de SAL et d'Immunoglobulines polyvalentes peut nécessiter la pose d'une voie centrale.

Apports hydroelectrolytiques

Serum physiologique (NaCl 0.9%)	3000 ml pendant la periode opératoire systématique
Bicarbonate de Sodium 1,4%	500 ml par 24h systématique
Macromolécules	Pas d'indication de principe Les hydroxyethylamidons sont contre-indiqués +++

L'utilisation d'un rechauffeur de fluides est indispensable

Antibioprophylaxie

Augmentin 2 g IVL pas de reinjection

Allergie penicilline Dalacine 20 mg/kg IVL + Peflacine 400 mg IVL ; *pas de reinjection*
colonisation BMR à discuter avec l'équipe de néphrologie (DECT 2399)

Divers

Lasilix 500 mg / 48 cc vit 4 à démarrer pendant la réalisation des anastomoses
Héparine 2000 UI à la demande du chirurgien

Principaux temps opératoires

- Préparation du greffon
- Sondage vésical par le chirurgien après mise en place des champs ; sonde double courant
- Incision
- Anastomose(s) veineuse(s)
- Anastomose(s) artérielle(s)
- Déclampage : noter l'heure de déclampage et la durée d'ischémie
prevenir le nephrologue de garde 1/4h avant (DECT 2399)
réalisation d'une biopsie (dispositif fourni par le service de Néphrologie)
- Anastomose urinaire sur sonde double J (fournie par le service de néphrologie) ; noter si reprise de diurèse sur table
nb : la vessie est souvent remplie par voie rétrograde pour faciliter l'anastomose de l'uretère de 150 à 200 cc, à prendre en compte)
- Fermeture

Prise en charge postopératoire immédiate

Analgésie

- **Perfalgan** 1 g x 3 /24 h Iv en 20 min sur voie veineuse périphérique systématique à débiter 30 minutes avant la fin de l'intervention.
- **Acupan** 2 ampoules /24h IVSE en continu à débiter en salle de reveil
- **Morphine** PCA (protocole C)

Traitement anticoagulant

pas d'indication de principe, y compris chez les patients hyperimmunisés. En cas d'indication (visée curative ou preventive), utiliser uniquement de l'héparine non fractionnée IVSE

Compensation de diurèse les 24 premières heures

Diurèse	Conduite à tenir
si diurèse < 20ml/h	Verifier la permeabilité de la sonde vérifier que le remplissage peropératoire par serum physiologique a été suffisant (prise de poids 10% du poids sec) et corriger si besoin poursuite du lasilix à la même dose as de compensation G10% 500 ml/24h jusqu'à reprise du transit.
si diurèse > 20 ml/h et < 100ml/h	poursuite du lasilix à la même dose compensation à 100% en alternant 500 ml de serum physiologique et 500 ml de G5%
si diurèse > 100ml/h et < 200 ml/h	poursuite du lasilix à la même dose compensation à 100% en alternant 1000 ml de serum physiologique et 500 ml de G5% en ajoutant 0.5 g de KCl par 500ml de soluté après verification du ionogramme sanguin arrêt du lasilix
si diurèse > 200 ml/h	compensation à 100% en alternant 1500 ml de serum physiologique et 500 ml de G5% en ajoutant 0.5 g de KCl par 500ml de soluté après verification du ionogramme sanguin.

Objectifs tensionnels

- **Idéalement, la PAS post transplantation est > 120 mmHg**, et si possible jamais < 100 mmHg.
- En cas d'hypotension, après avoir éliminé un saignement, optimiser le remplissage au sérum physiologique, puis adapter la réanimation au cas par cas.
- on peut tolérer une relative HTA si elle n'est pas menaçante (PAS <180 mmHg, PAD < 110 mmHg).
- en cas de nécessité, un traitement antihypertenseur est mis en route :

Si prise de neoral Eupressyl IVSE ou Trandate IVSE

En l'absence de prise de neoral Loxen IVSE