

# Transplantation

## SOINS INFIRMIERS CHEZ UN TRANSPLANTÉ RÉNAL LES DEUX PREMIERS JOURS

Caroline PICHON, *Cadre Infirmier*

Service de Néphrologie, CHU Dupuytren, 87042 Limoges Cedex.

Le service de Néphrologie du CHU de Limoges comprend 3 unités bien différenciées :

- Unité traditionnelle (22 lits) ;
- Unité pour les transplantations rénales ;
- Unité de 3 postes d'hémodialyse.

Cette diversité fait toute la richesse du service et rend le travail très intéressant (car non monotone).

Au CHU de Limoges, depuis le 12 décembre 1984 (date de la 1<sup>re</sup> greffe rénale), 226 transplantations rénales ont été réalisées.

La préparation des patients avant l'intervention se réalise dans le service de néphrologie. Le patient remonte directement dans le service après l'intervention.

L'exposé de ce jour se limite aux soins infirmiers chez un transplanté rénal de J0 à J2.

Alors que le patient est au bloc opératoire, l'IDE prépare la chambre (vérification et installation du matériel et préparation du linge).

### I - L'ARRIVÉE DU PATIENT

L'IDE responsable de cette unité descend en salle de réveil. Il prend connaissance des transmissions IDE anesthésiste.

Le néphrologue accompagne très souvent le patient. Sinon, le prévenir.

### 1 - La description du patient

Le patient arrive dans le service extubé et porteur :

- d'un KT veineux central à 3 lumières (jugulaire),
- d'un KT veineux périphérique,
- d'une pompe à morphine,
- d'une sonde ou d'un masque à O<sub>2</sub>,
- d'une sonde nasogastrique reliée à une poche collectrice mise en déclive,
- d'un ou de deux drains aspiratifs (type redon),
- d'un pansement abdominal,
- d'une sonde urinaire reliée à une poche collectrice graduée et stérile.

### 2 - L'installation

L'installation dans la chambre est réalisée en respectant les précautions d'hygiène et d'asepsie.

Avant de rentrer dans la chambre :

- masque,
- blouse,
- surchaussures.
- lavage des mains.

L'installation se résume :

- Brancher le dynamap,
  - le scope,
  - la saturation à oxygène,
  - l'oxygénothérapie,
  - la pompe à morphine.
- Vérifier le KT central (contrôle du reflux)
  - le KT périphérique

- Surveiller la FAV.

- Surveiller le pansement abdominal

\* écoulement du drain

\* fixer le flacon du drain,

\* vérifier si vide,

\* vérifier la propreté du pansement et son efficacité (occlusif).

- Fixer la poche collectrice de la sonde gastrique en déclive ;

Observer l'aspect et la quantité du liquide.

- Vérifier l'aspect et la quantité d'urine si doute → vérifier la perméabilité de la sonde.

Cette installation se fait dans une atmosphère calme, sereine afin de ne pas perturber le repos du patient, de ne pas stresser le patient.

- Organisation logique et précise, maîtrise des différents appareils utilisés, capacité à travailler seul(e), compétence, de la part de l'IDE.

Moment privilégié pour l'IDE, qui partage avec le patient ces instants.

L'IDE écoute, répond aux questions, explique les différentes actions effectuées et rassure le patient.

Pendant ce temps, le néphrologue écrit les prescriptions médicales sur un cahier réservé au patient. Puis, il les commente avec l'IDE. Là aussi, c'est un moment important permettant :

- de poser des questions (en cas de doute),

- de reformuler oralement certaines prescriptions,

- de transmettre des informations aux médecins.

Puis, l'infirmière met en route les prescriptions médicales.

# Transplantation

## II – LA SURVEILLANCE DU PATIENT

### 1 – La surveillance des constantes (tableau I)

Tableau I.  
La surveillance des constantes

	But de la surveillance	Rythme de la surveillance	Prescriptions médicales	Rôle infirmier
Pulsations	Dépister tout risque d'hémorragie	Horaire jusqu'à J1 (avec dynamap) puis toutes les 2 h		Surveillance des pulsations et de la TA selon rythme prescrit Vérification des différentes alarmes
Tension artérielle	Dépister tout risque cardio-vasculaire Renseigner sur l'état d'hydratation	Horaire jusqu'à J1 (avec dynamap) puis toutes les 2 h	En cas d'hypertension ou d'hypotension Prescription d'un traitement adjuvant	<i>En cas d'hypertension</i> Vérifier les volumes perfusés Administer le traitement adjuvant prescrit Vérifier l'efficacité du traitement <i>En cas d'hypotension</i> Savoir reconnaître les signes d'hémorragies internes ou non Administer le traitement prescrit et vérifier son efficacité
Température	Dépister tout risque d'hypothermie (fréquente au retour du bloc) ou d'hyperthermie	Horaire pendant 12 h puis toutes les 2 h	En cas d'hyperthermie • hémocultures • glace • traitement adjuvant	<i>En cas d'hyperthermie</i> Réaliser des hémocultures Appliquer une vessie de glace (ne pas l'appliquer sur le greffon) Administer le traitement adjuvant (type paracétamol) Vérifier l'efficacité du traitement <i>En cas d'hypothermie</i> Réaliser des hémocultures Mettre une couverture supplémentaire

### 2 – La surveillance plus spécifique (tableau II)

Tableau II.  
La surveillance plus spécifique

	But de la surveillance	Rythme de la surveillance	Prescriptions médicales	Rôle infirmier
Diurèse	Surveiller la reprise des fonctions rénales Dépister très rapidement une diminution de la diurèse ou au contraire une augmentation trop importante	Horaire jusqu'à J1 puis toutes les 2 h	Compensation vol/vol de la diurèse en alternant G5 % + électrolytes et sérum phy.  <i>En cas d'une diminution de la diurèse</i> Administration d'un traitement adjuvant (Furosemide)  <i>En cas d'une diurèse trop importante</i> Diminution des compensations	Surveiller l'aspect, la quantité de la diurèse L'urine est recueillie dans une poche stérile → précautions Surveiller +++ la compensation (avec un perfuseur de précision) Réaliser un bilan des entrées et des sorties <i>En cas d'une diminution de la diurèse</i> si diurèse < 50 ml/h, Vérifier la perméabilité de la sonde Administer un traitement adjuvant sur prescription médicale Vérifier l'efficacité du traitement <i>En cas d'une diurèse trop importante</i> si diurèse > 250 ml/h (risque de troubles ioniques) Diminuer les compensations sur prescriptions médicales <i>En cas d'hématurie</i> Veiller à une diurèse correcte pour éviter la formation de caillot

# Transplantation

## 3 – La surveillance d'autres paramètres (tableau III)

Tableau III.  
La surveillance d'autres paramètres

	But de la surveillance	Rythme de la surveillance	Prescriptions médicales	Rôle infirmier
Respiration Saturation à O <sub>2</sub> Conscience	Dépister tout problème relatif à l'anesthésie	Horaire jusqu'à arrêt de la PCA	Oxygénothérapie	Surveillance relative à l'oxygénothérapie Observation du patient (facès) Expliquer au patient l'importance de tousser et maintenir la plaie pour tousser
Poids	Dépister toute surcharge	1 fois/jour dès J1		Aide à la pesée
Glycémie capillaire	Dépister toute hypoglycémie ou hyperglycémie (due aux corticoïdes et aux compensations)	Toutes les 2 h → J1 puis / 3 h	Administration d'un traitement adjuvant en cas de modification de la glycémie	Observation du facès (sueur...) Administration de l'IO à la seringue électrique selon un protocole prescrit par le néphrologue L'hypoglycémie est plus rare : – arrêt de la seringue électrique d'insuline ordinaire – administrer un soluté hypertonique sur prescription médicale
Du drain aspiratif + pansement	Dépister tout risque d'hémorragie	/ h → J1 puis / 3 h		Noter l'aspect et la quantité du liquide recueilli Vérifier si présence de vide dans le flacon du drain Effectuer un examen cytot bactériologique du liquide recueilli Vérifier la propreté du pansement et son efficacité (hermétique) Réfection du pansement à J +2
Liquide gastrique	Dépister tout risque relatif à l'anesthésie générale	/ h → J1 puis ablation de la sonde		Noter l'aspect et la quantité du liquide recueilli
Du pansement du KT jugulaire	Prévenir tout risque d'infection	/ h → J1 puis / 3 h		Vérifier la propreté du pansement et son efficacité Asepsie +++ efficacité

## 4 – La surveillance de la douleur

Deux cas sont à envisager :

– le patient est porteur d'une pompe à morphine,

– le patient n'est pas porteur d'une pompe à morphine.

Dans le 1<sup>er</sup> cas, surveillance relative à la pompe à morphine.

Dans le 2<sup>e</sup> cas, des traitements adjuvants peuvent être prescrits par le néphrologue.

### Rôle de l'infirmier

– administrer le traitement prescrit ;

– vérifier son efficacité ;

– trouver une position antalgique parfois avec des petits moyens (coussin, traversin...);

– maintenir la paroi abdominale et la plaie lors des changements de position.

## 5 – La surveillance de la reprise du transit intestinal

Surveillance relative après toute intervention.

Après la reprise du transit intestinal, le patient peut manger : en général à J2 = alimentation légère.

Le régime du patient est sans sel, pauvre en sucre et hyperprotidique (car sous corticoïde).

## III – L'ADMINISTRATION DU TRAITEMENT

### 1 – Le traitement immunosuppresseur

C'est l'association de 3 médicaments :

– sérum antilymphocytaire,

– corticoïde,

– Imurel ou cell-cept.

L'objectif essentiel est de diminuer la réponse immunitaire.

Le traitement est prophylactique et curatif dès l'apparition de manifestations de rejet.

### a) Surveillance de ce traitement

– Surveiller la bonne prise du traitement

\* respect de la posologie,

\* respect des voies d'administration,

\* respect des conditions de conservation.

– Connaître les effets secondaires afin de les dépister le plus rapidement possible

– Effectuer des contrôles biologiques

\* NFS + plaquettes à la recherche d'une leucopénie, d'une thrombopénie,

\* dosage du taux de lymphocytes circulants mesurés par CD2-CD3.

### b) Les différentes thérapeutiques (tableau IV)

# Transplantation

Tableau IV.  
Les différentes thérapeutiques

	S.A.L.	Solumédrol	Cell-Cept
Présentation	Poudre lyophilisée + 1 flacon de solvant ou présentation injectable	Poudre lyophilisée + 1 flacon de solvant	Gélules dosées à 250 mg
Voie d'administration	IV en perfusion lente dans une veine de gros calibre (KT central ou FAV)	I.V.	Per os
Posologie	Toute posologie est prescrite par le médecin, elle est de l'ordre de : ~ 3 ou 4 amp/i   1 mg/kg/i   2 g/i		
Précautions	Diluer dans du sérum physiologique Noter le n° lot du SAL utilisé car peut être inefficace ou toxique	I.V. lent	A jeun, en 2 prises (matin et soir) Ne pas inhaler la poudre contenue dans les gélules Ne pas entrer en contact avec la peau et les muqueuses
Conservation	Entre 4 et 8°C		A température < à 30°C
Effets secondaires	Épisodes fébriles Manifestations anaphylactiques Syndrome de maladie sérique Éruption cutanée Leucopénie – Thrombopénie	Troubles digestifs Tremblements Troubles de l'humeur Fonte musculaire Hausse de la glycémie Visage plus rond	Troubles digestifs = diarrhée Vomissements, constipation, hémorragie Douleurs diffuses : dorso-lombaires, thoraciques, abdominales Hypertension Trouble du métabolisme : Hyperkaliémie ou hypokaliémie Hyperglycémie... Neutropénie, leucopénie, thrombopénie
Rôle infirmier	Connaître les précautions d'emploi afin de les respecter Être attentif à tout symptôme pouvant être un prodrome à un effet secondaire Surveillance relative à toute perfusion		
		Respect du régime	Surveillance relative à la bonne prise du médicament

Tableau V.  
Les bilans biologiques

Bilan sanguin	H + 2	H + 4	H + 12	H + 18	H + 24	H + 48
NFS + plaquettes	X	X	X	X	X	X
Iono, urée, créat, Ca, phosphore, protides	X	X	X	X	X	X
pH, bicarbonates	X	X	X	X	X	X
Taux de lymphocytes			X			
Bilan urinaire						
ECBU + n° germes			X		X	X
Iono, urée, créat, protéinurie			X		X	X
Autres						
Cytobactériologie du liquide de drain			X		X	X
Mise en culture de l'extrémité du KT veineux central	à l'ablation					

## 2 – Les autres traitements

– Administration d'une perfusion de base : G5 % + électrolytes + Tagamet.

La posologie des électrolytes et la quantité de perfusion injectée sont en fonction de l'état du patient et de son bilan biologique.

– La perfusion de base peut être associée ou non à une perfusion de bicarbonate (en fonction du résultat).

– L'administration d'insuline.

– L'administration de tout autre traitement adjuvant (furosémide, dopamine, paracétamol...).

## IV – LES BILANS BIOLOGIQUES (TABLEAU V)

## V – LES SOINS DE NURSING

### 1 – L'objectif

Assurer confort et hygiène du patient.

### 2 – Les soins

Soins d'hygiène et de confort relatifs à tout opéré mais en respectant différentes précautions :

- port du masque,
- port de surblouse,
- port de surchaussures.

Le lever est précoce : à J1. Il est très souvent douloureux pour le patient.

Le premier lever de courte durée : la pesée.

Puis à partir de J2, le lever : matin et soir et de durée de plus en plus longue.

# Transplantation

## CONCLUSION

Les transplantations rénales sont réalisées chez des patients le plus souvent fragilisés par leur insuffisance rénale, donc ayant un terrain cardio-vasculaire précaire.

La surveillance et le traitement post-opératoire visent donc essentiellement à assurer une bonne perfusion du rein greffé. Ceci implique un volume perfusé important mais très mesuré. Aussi, le rôle de l'IDE en néphrologie est primordial dans la surveillance très rigoureuse du patient et dans

l'application des prescriptions médicales. Pour une réussite totale de la transplantation rénale, une équipe pluridisciplinaire, compétente aussi bien sur le plan technique que relationnel doit pouvoir répondre aux différentes attentes du patient dans sa nouvelle vie.

