

Anesthésie pour transplantation rénale.

Dr. A. LUCCIONI

INTRODUCTION

Du point de vue de l'anesthésiste, la greffe rénale constitue une urgence relative (malade exploré, identité connue 6 à 8 h. avant le geste) mais la vacuité gastrique du patient n'est pas assurée pour autant.

Malade hyperangoissé présentant une hypersécrétion gastrique.

RÔLE DU MÉDECIN ANESTHÉSISTE

A l'arrivée du patient, le médecin qui le prend en charge doit :

- consulter la fiche de bilan prégreffe,
- rassurer et prémédiquer le patient
- s'enquérir du traitement en cours et de complications éventuelles depuis la dernière consultation.
- vérifier le bilan du jour et la date de la dernière dialyse.

IMPÉRATIFS ANESTHÉSISQUES

4 points essentiels sont à considérer :

- Protection de la F.A.V. et respect du capital veineux.
- Asepsie rigoureuse (gants, matériel jetable, circuits stérilisés) du patient immuno déprimé en sortie de bloc.
- T.A. correcte en per et post opératoire.
- Réveil sur table.

INSTALLATION DU PATIENT

A son arrivée au bloc, le patient sera installé en décubitus dorsal sur un matelas chauffant.

Le bras porteur de la F.A.V. sera correctement installé et protégé (attention aux points de compression sur le trajet fistuleux). La F.A.V. doit rester accessible pour être vérifiée en cours d'intervention.

Monitoring préopératoire :

- Voie veineuse périphérique au bras opposé à la F.A.V.
- Scope et oxymètre de pouls.
- Brassard à T.A. automatique sur le bras perfusé ou sur la jambe du côté opposé à la greffe (pas de P.A. sanglante).

INDUCTION ANESTHÉSISQUE

L'anesthésie générale par voie veineuse est de règle dans le service. Proscrire les drogues à élimination rénale ou néphrotoxiques. Intubation et ventilation artificielle de principe.

Monitoring complémentaire :

- Laphographe pour adapter la Ventilation Artérielle
- Moniteur de curare
- Pose d'une VVC aseptie chirurgicale et dispositif pour mesurer la PVC.

MÉDICATIONS ADJUVANTES

L'anesthésie devra mettre en œuvre d'une part une antibioprofylaxie à large spectre en évitant les produits néphrotoxiques.

Le problème des aminosides est en fait un faux problème puisque la toxicité rénale est liée à l'accumulation du produit actif et lors d'une injection unique le risque paraît faible.

Pour être efficace les antibiotiques doivent être présents au début du geste chirurgical et durant tout le temps que dure ce geste; donc, ils doivent être administrés en même temps que les drogues anesthésiques.

Le traitement immunodépresseur :

- Le sérum antilymphocytaire peut être administré dès le début de l'intervention.
- Par contre l'azathioprine ou IMURAN et les corticoïdes seront injectés lors du déclampage du greffon.

RÉANIMATION PER-OPÉRATOIRE

Le remplissage vasculaire est modulé en fonction de l'état d'hydratation pré-opératoire du patient et des pertes per-opératoires.

Il paraît plus logique de l'adapter en fonction de la PVC du patient.

Le choix des solutés se portera sur des solutés pauvres en potassium car il s'agit le plus souvent de patients hyperkaliémiques.

La transfusion sanguine comporte 2 risques essentiels :

- La possibilité de transmission de micro-organismes (virus, bactéries, levures, parasites).
- Mais aussi le risque d'immunisation du receveur.
- En fait l'idéal est de maintenir un hémocrite au moins égal à 20% qui favorise la reprise de diurèse du greffon.

Si le malade doit être transfusé il reçoit du sang déplaqué, déleucocyté, déplasmatisé et phénotypé.

ASSURER LA REPRISE DU GREFFON

Une tension artérielle égale ou supérieure à 12 de systolique est nécessaire pour assurer la reprise du greffon et une bonne marche de la F.A.V.

Le remplissage en fonction de la PVC doit maintenir celle-ci aux environs de 10 cm d'eau.

L'emploi de FUROSEMIDE pour améliorer la reprise fonctionnelle du greffon est très discuté.

Certaines équipes de transplantation préfèrent utiliser du mannitol ou de l'albumine pour améliorer la reprise de diurèse et limiter ainsi le risque de nécrose tubulaire.

PÉRIODE DE RÉVEIL

Après la transplantation, l'extubation du patient sur table est de principe.

En période post-opératoire il convient de réchauffer le patient et de l'oxygéner jusqu'au réveil complet.

En effet, les frissons sont consommateurs d'oxygène et responsables d'une hypoxémie post-opératoire qui peut être néfaste pour le greffon.

EN CONCLUSION

Actuellement l'anesthésie pour transplantation rénale est bien codifiée.

Il faut souligner le rôle prépondérant de la réanimation per opératoire dans la reprise de diurèse du rein transplanté.

