

Technique de la greffe rénale.

Dr. E. LECHEVALLIER - C. COUDERC, I.D.E.

1 INTRODUCTION

Comme vous avez pu le constater, la transplantation rénale est l'aboutissement d'un travail d'équipe qui repose sur un sentiment de solidarité humaine traduit par le don bénévole d'organe. Entre l'arrivée du patient en service et son entrée au bloc, nous disposons d'environ 1 heure pour préparer l'intervention.

2 PRÉPARATION DE LA SALLE

A. Aseptie

Priorité est donnée à l'aseptie. D'où nécessité d'une salle rigoureusement aseptisée, à défaut d'une salle munie d'un flux laminaire.

B. Vérification du matériel

L'infirmière doit :

- contrôler la bonne marche des appareils en place (bistouri électrique, scialytique, aspiration, flux...)
- préparer sur un chariot tout le matériel nécessaire ainsi que le linge et les différents drainages.
- s'assurer de la présence de glace stérile et d'eurocollins dans le réfrigérateur.

C. Choix du greffon et vérifications

Elle devra s'entretenir avec le chirurgien du rein à greffer (droit ou gauche), contrôler la présence de glace pilée en quantité suffisante dans le container, ainsi que la présence du rapport greffon de France Transplant.

3 ACCUEIL DU RECEVEUR

A. Problèmes psychologiques du greffé

Ces problèmes sont essentiellement :

- L'espoir de voir cesser la Dialyse et reprendre une "vie normale".
- Crainte de l'acte chirurgical et de ses suites

B. Rôle de l'infirmière

Celui-ci consiste à le rassurer, à le mettre en confiance en lui parlant et en répondant à ses questions le plus simplement possible. Et ceci tout le temps que dure son installation.

4 INSTALLATION DE L'OPÉRÉ

A. Position

Le patient est installé en décubitus dorsal, bras en croix sur appuis-bras (attention aux points d'appuis et élongation du plexus brachial).

Le bras porteur de la fistule est protégé par des champs pour éviter tout traumatisme ou compression qui entraînerait des risques de Thrombose.

B. Equipement

La plaque du bistouri électrique est placée au niveau de la jambe.

5 INSTALLATION DE L'ÉQUIPE

Une fois le patient installé et pris en charge par l'équipe anesthésiste, la panseuse installe l'équipe.

L'instrumentiste prépare la table en prenant soin d'isoler le matériel nécessaire à la préparation du rein. Parallèlement à l'anesthésie, le chirurgien effectuera la préparation du greffon.

6 PRÉPARATION DU GREFFON

A. Réfrigération stérile = hypothermie de surface

Le greffon doit être examiné dans une cupule maintenue à 4° par de la glace stérile et solution d'Eurocollins en prenant soin de séparer le greffon de la glace par une compresse intestinale.

B. Préparation du Pédicule

Après examen, le chirurgien s'occupe de la préparation des vaisseaux rénaux.

- Confection des patchs artériels et veineux (surtout à droite car la veine est plus courte).
- Dégraissage du rein avec dégraissage minimum de l'uretère pour éviter de le dévasculariser.
- Vérification de l'étanchéité des vaisseaux avec du sérum glacé.

7. L'INTERVENTION

A. Voie d'abord

La voie d'abord choisie est la fosse iliaque pour :

- Faciliter l'accès des vaisseaux iliaques
- Proximité de la vessie
- Voie extra-péritonéale

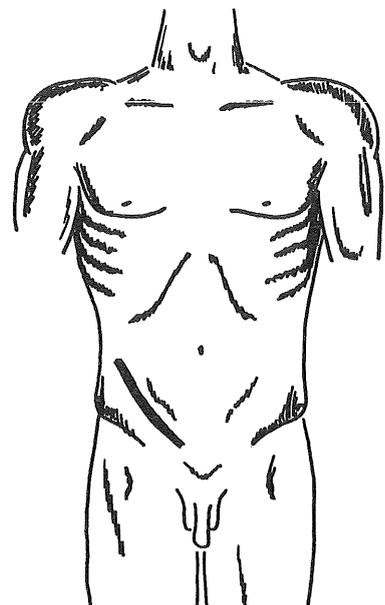


Schéma 1 : Voie d'abord.

B. Les anastomoses

Les anastomoses se feront sur les vaisseaux Iliques externes ou termino-latéral.

On anastomose la veine en premier (Plan postérieur en basculant le rein puis plan antérieur en remettant le rein dans la position initiale), puis l'artère en notant l'heure de déclampage de l'artère du receveur, qui détermine la fin du temps d'ischémie froide.

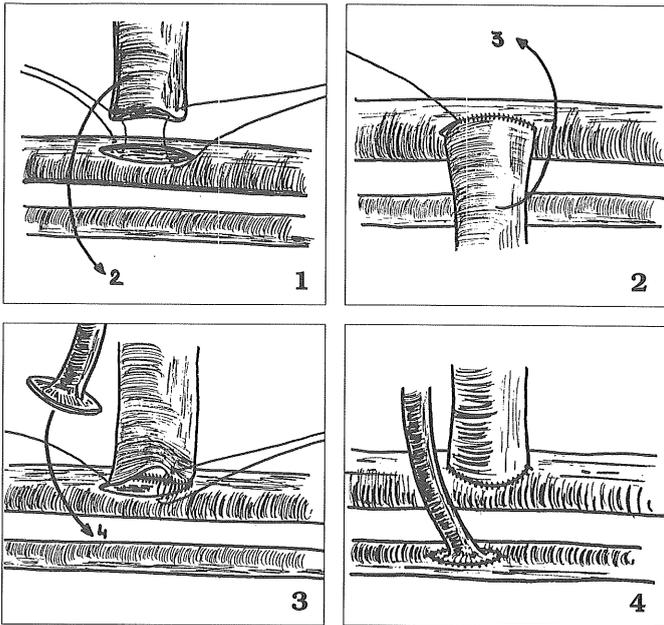


Schéma 2 : Les anastomoses

C. Réimplantation urétérale

L'uretère est réimplanté après confection d'un trajet sous muqueux qui recrée le mécanisme d'antireflux.

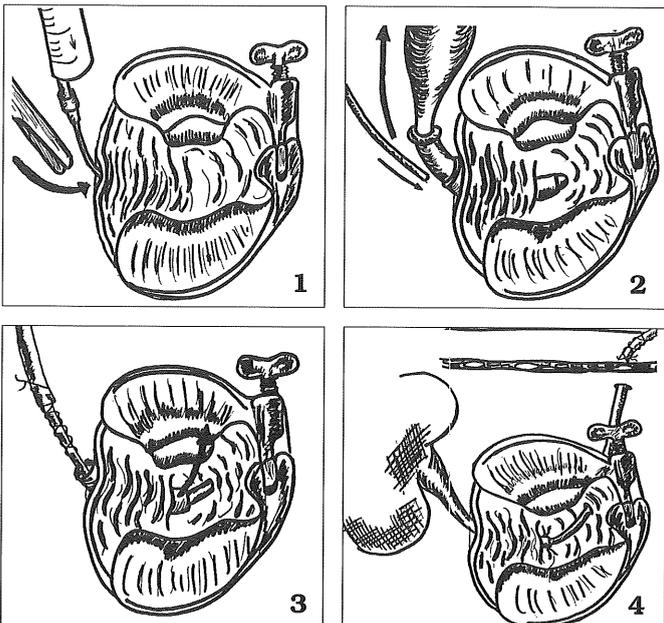


Schéma 3 : La réimplantation urétérale

- 1- Confection d'un trajet sous-muqueux par infiltration de la muqueuse vésicale (sérum physiologique), complété par ciseaux longs.
- 2- Mise en place d'un Trocart de Réimplantation dans le trajet. Enlever le mandrin.
- 3- Passage de l'uretère, cathétérisé par une sonde d'urétérostomie, dans la gaine du Trocart jusqu'à apparition de l'uretère au niveau du fond vésical. L'uretère est fixé au fond. La gaine du Trocart est retirée.
- 4- La sonde est passée en Trans-Vésico-Pariétal.

D. Positionnement du greffon

Puis le rein est positionné parallèlement et en dehors de l'axe des vaisseaux.

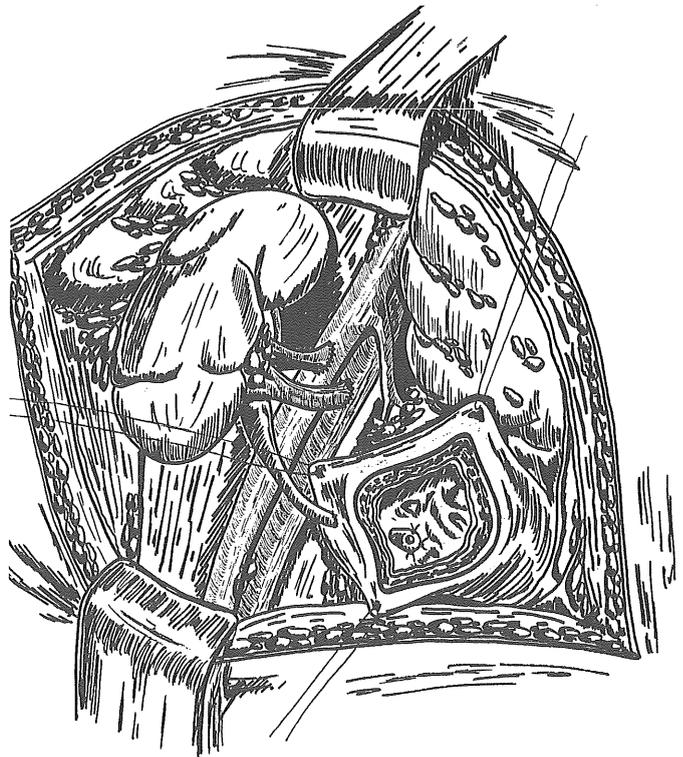


Schéma 4 : Positionnement du greffon.

E. Drainage et fermeture

La loge est drainée par 2 Peters. Une attention particulière sera apportée :

- à la confection du pansement opératoire en insistant sur la stérilité et l'étanchéité.
- Attention, pas de pansement compressif sur le greffon.
- au branchement et à la stérilité des réservoirs de drainage.
- à la fixation des différents drains et sondes.

Puis on mettra en place de façon stérile une sonde de Foley ch.18.

Le malade réveillé est conduit dans le secteur des greffes. Là, l'infirmière commente oralement les différents éléments de surveillance (drains, sondes, perf...)

8 CONCLUSION

Actuellement, la greffe rénale n'est plus synonyme d'urgence. Elle entre dans le cadre des interventions réglées et dure en moyenne 3 heures.

Pour le receveur, elle est une transition entre son état d'insuffisant rénal et sa nouvelle condition de greffé.

