



# TRANSPLANTATION RENALE /HEMODIALYSE

## *La prise en charge en hémodialyse du patient transplanté rénal*

**N-Y. NEUFCOURT, J. CAU - Infirmières - L. BIRESSI - Cadre infirmier -**

**Néphrologie, Transplantation, Dialyse - Service du Pr Charpentier - Hôpital BICETRE**

Parler de prise en charge de l'hémodialyse dans un contexte de transplantation peut sembler contradictoire. En effet, dans l'esprit du public, la transplantation est une solution à l'arrêt de l'épuration extra rénale (E.E.R.). Dans notre service, 80 % des greffés interrogés, affirment ne pas savoir qu'après la transplantation, on a parfois recours à des séances d'hémodialyse. L'E.E.R. peut faire partie du traitement post-opératoire immédiat après transplantation, pendant une période d'une journée à quatre semaines.

### LES SEANCES PRE-OPERATOIRES

Les séances pré-opératoires sont souvent assurées par les centres de dialyse où le patient est suivi habituellement. Dès l'appel de greffe, le patient se rend aux séances de dialyse dans son centre habituel avant de se rendre à l'hôpital transplantateur. Parfois son centre ne peut assurer ces séances, soit par manque de place, soit pour cause de fermeture (dimanche, jour férié, ou en soirée), le patient sera alors dialysé sur place dans le service avant l'intervention. La séance de dialyse pré-opératoire est un moment privilégié pour rappeler au patient l'éventualité de séances en post-opératoire, et pour répondre à diverses questions concernant l'intervention. Toutes les informations concernant le déroulement en post-opératoire immédiat (prise en charge de la douleur, les différents appareils entourant le patient à son réveil,...) ainsi que la présentation du personnel permettent la mise en confiance du patient. Il nous semble important de dire au patient qu'il persiste une possibilité de dialyse après la greffe, lorsqu'il existe une nécrose tubulaire aiguë. Il est important aussi de lui préciser que la dialyse est dans l'immense majorité des cas transitoire. Pour les patients non dialysés en pré-opératoire dans le service, les informations seront données par

l'infirmière ou le cadre du service lors de l'accueil et la préparation pour l'intervention.

La séance à proximité de l'intervention (< 12 à 24 heures) est décidée par le médecin pour corriger des anomalies hydro-électrolytiques. La durée de la séance peut être courte, de 2 ou 3 heures seulement. En effet, durant cette séance, il n'y a pas ou peu de déplétion hydrique pour favoriser une volémie plutôt supra normale, et un poids sec légèrement supérieur au poids sec habituel. Cela favorisera la reprise fonctionnelle du greffon.

### LES SEANCES POST-OPERATOIRES

En post-opératoire, la non-reprise immédiate de la fonction rénale survient dans un cas sur trois.

Le délai de reprise de la fonction rénale est corrélé à la survie du greffon. Le risque de perte du greffon et la fréquence des rejets aigus à un an sont plus importants quand la reprise de la fonction rénale est retardée. Cette reprise tardive signe une insuffisance rénale aiguë et doit être traitée comme telle. La qualité fonctionnelle initiale du rein transplanté semble liée à plusieurs facteurs parmi lesquels le temps d'ischémie chaude, la qualité de perfusion et de décoloration du rein, la durée totale d'ischémie froide, l'âge du donneur, les antécédents cardiovasculaires du donneur et la notion d'une insuffisance rénale aiguë avant le prélèvement. De plus il a été démontré que l'évolution de la fonction rénale est dépendante de l'état d'hydratation du patient au moment du déclantage vasculaire.

Le recours à l'E.E.R. post-opératoire peut être immédiat, si le patient est anurique, présente une hyperkaliémie, une surcharge hydrique menaçante ou bien différée à J1 ou J2 voire plus tardive.

Une E.E.R. est prescrite par le médecin en fonction de la diurèse, de l'examen

clinique et des résultats biologiques du patient. La cause la plus fréquente de non reprise de la fonction du greffon est la nécrose tubulaire aiguë. Il faut savoir que la non-reprise de la fonction rénale peut avoir d'autres causes telles qu'un surdosage du traitement immunosuppresseur, une crise de rejet, une complication vasculaire ou urologique. Elles nécessitent une enquête étiologique rapide et efficace.

La plupart du temps l'E.E.R. a lieu un jour sur deux, dimanche compris. Sa durée dépend aussi des désordres hydro-électrolytiques le jour de la séance. Ces séances sont tout à fait différentes des séances habituelles avant transplantation. La perte de poids est déterminée à chaque séance, tout en sachant que le plus souvent le poids sec du patient doit être augmenté. Durant les séances, la pression artérielle et la volémie doivent être maintenues stables et élevées afin de garder un état optimal de vascularisation et d'hydratation du greffon pour favoriser la reprise de la fonction et éviter les collapsus, sources de thrombose de l'artère dans de rares cas.

La question que pose le patient est : "Combien de temps va durer cette prise en charge en hémodialyse ? Est-elle synonyme d'échec de la greffe ?" Il est très difficile à l'équipe de prédire combien de temps cette période va durer. Elle varie de 3 jours à 3 semaines. Pour le patient, cette incertitude est insupportable et de ne pas obtenir des réponses précises de la part de l'équipe soignante majore son angoisse. Ces séances sont souvent vécues comme un échec de la transplantation.

Durant les séances de dialyse en post-opératoire, notre rôle d'infirmière est l'écoute, afin d'aider le patient à surmonter ces moments difficiles d'attente, d'angoisse et de doute, sans oublier notre rôle d'information et d'éducation quant au traitement immunosuppresseur et le régime alimentaire. Il ne faut pas oublier que le patient même dialysé n'est plus un patient insuffisant rénal chronique, il doit être considéré

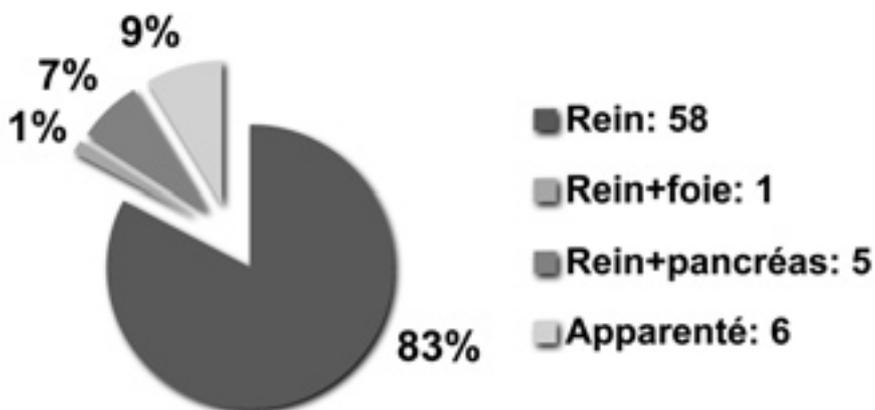
## STATISTIQUES DE L'HOPITAL BICETRE

comme un transplanté rénal. Certains patients présentent une nécrose tubulaire aiguë à diurèse conservée : ils reprennent une diurèse mais inefficace vis-à-vis des déchets azotés. La reprise de la fonction rénale est souvent plus rapide chez eux, et le nombre des séances est limité à la carte en fonction de l'urée et de la kaliémie. Aux apports hydriques de base restreints est associée une compensation intégrale de la diurèse afin de favoriser la reprise de la fonction du greffon. Souvent le patient transplanté dialysé se met lui-même en restriction hydrique car il raisonne toujours en tant qu'insuffisant rénal chronique.

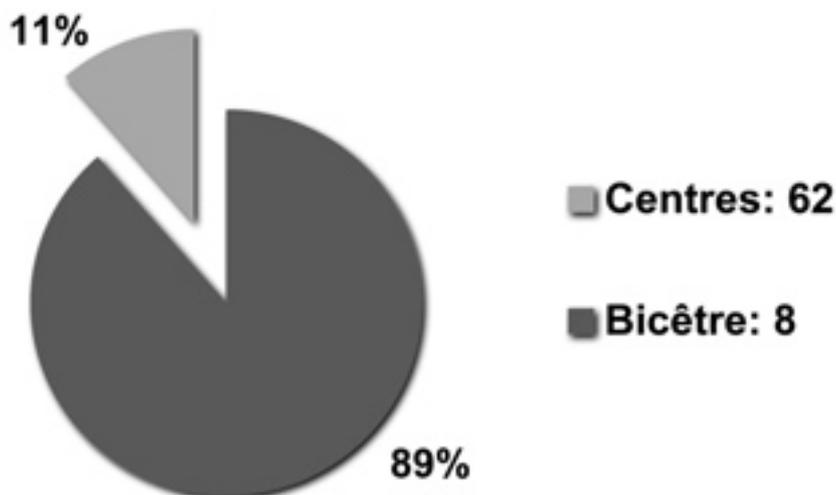
### CAS PARTICULIER DU PATIENT EN DIALYSE PERITONEALE

En pré-opératoire la dialyse péritonéale est poursuivie jusqu'à l'intervention. Le péritoine est vidangé l'heure précédant le bloc. En post-opératoire, la dialyse péritonéale n'est pas utilisée dans notre centre bien que le péritoine n'ait pas été touché. Certains centres de transplantation utilisent la dialyse péritonéale avec des volumes d'infusion plus petits, mais à Bicêtre nous préférons éviter cette technique pour ne pas majorer la douleur post-opératoire liée à la distension abdominale et favoriser la vascularisation du greffon dans la fosse iliaque. Ces patients en grande majorité, n'ont pas d'accès vasculaire pour l'hémodialyse. On doit donc leur poser un cathéter veineux central pour l'E.E.R. Le patient n'est pas habitué à l'hémodialyse, les séances sont moins bien tolérées sur le plan hémodynamique. La pose de cathéter veineux central n'est pas non plus un geste anodin. Tout ceci contribue à augmenter l'angoisse du patient. Dans ce cas, il faudra considérer la séance comme une première mise en dialyse, avec les précautions et les attentions pour une approche en douceur de l'hémodialyse. Statistiquement, les patients en dialyse péritonéale ont moins besoin de séances post-opératoires en particulier car ils conservent une diurèse et une clairance résiduelle qui limitent les surcharges hydro-sodées importantes. Le cathéter veineux pour l'hémodialyse sera retiré dès les premiers signes de la reprise de la fonction rénale (baisse significative de la créatinémie).

#### 70 transplantations rénales en 2000 3 patients en dialyse péritonéale

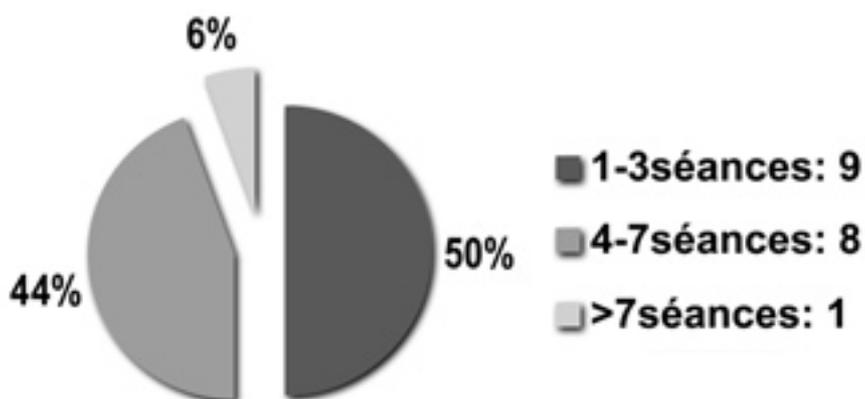


#### Pré-opératoire

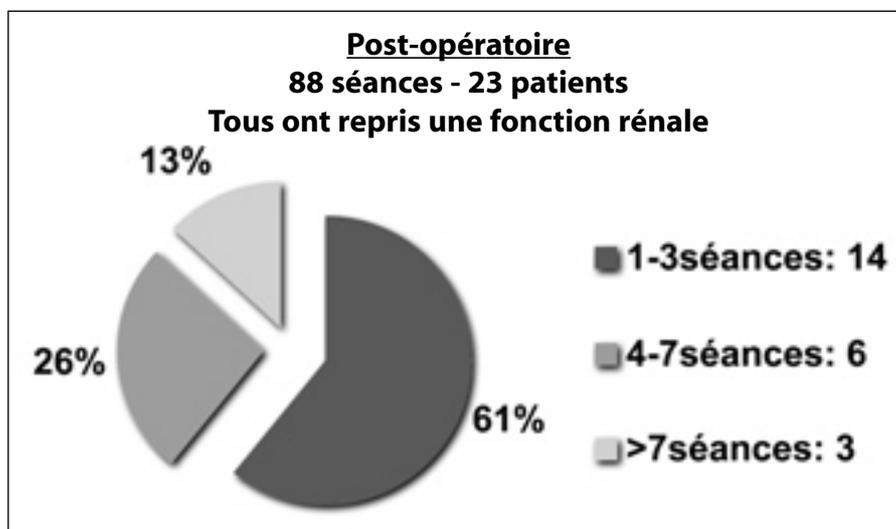
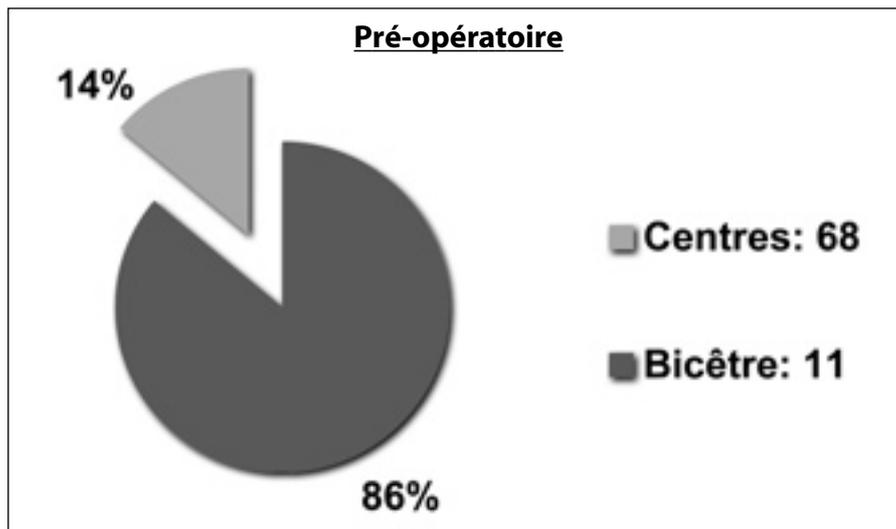
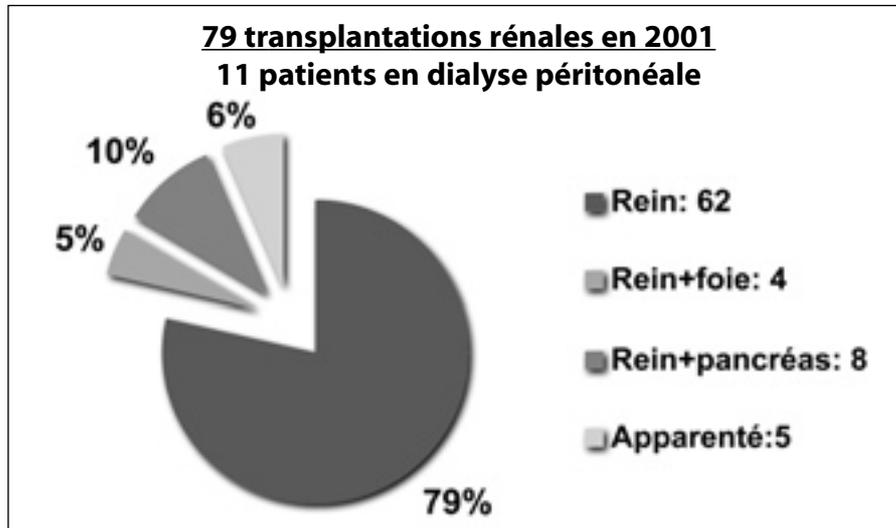


#### Post-opératoire

#### 72 séances - 18 patients 1 patient n'a pas repris sa fonction rénale



Aucun greffé apparenté, aucune transplantation combinée rein-pancréas n'ont besoin de séance de dialyse en post opératoire. Leur fonction rénale reprend immédiatement en post-opératoire en raison du temps d'ischémie froide n'excédant pas les 8 heures pour les reins-pancréas et moins de 2 heures pour les reins apparentés en plus de la qualité du greffon. Un seul patient en dialyse péritonéale a été pris en charge en post-opératoire pour 5 séances.



Tous les patients greffés apparentés, greffes combinées rein-foie et rein-pancréas, patients en dialyse péritonéale ont repris leur fonction rénale en post-opératoire immédiat. Parfois les greffés rein-foie sont dialysés en post-opératoire, notamment en cas d'oxalose. Ils sont pris en charge systématiquement pour éliminer les cristaux et éviter un empierrement du rein.

## LE VECU DES PATIENTS

80 % des greffés interrogés affirment n'avoir pas eu d'information concernant les séances d'hémodialyse éventuelles post-opératoires. Or, dans notre service, les patients en liste d'attente reçoivent dès leur bilan pré-transplantation un livret d'information de 55 pages. Cependant, l'information sur ces séances post-greffe et ce qui les motive sont noyés dans la masse de renseignements. De plus le temps d'attente avant transplantation peut durer plusieurs années, alors l'information est oubliée, voire perdue.

La période de dialyse post-opératoire est vécue avec angoisse et incertitude pour le patient et aussi pour l'équipe soignante, car elle ne peut répondre avec exactitude sur la date de reprise de la fonction rénale. Les patients non informés, mal informés ou insuffisamment informés acceptent très mal la situation. Le doute s'installe et face à l'incertitude la confiance disparaît. Très souvent les patients se plaignent des réponses imprécises fournies par l'équipe soignante. Ils ont l'impression que nous leur cachons quelques choses. Il est important d'être honnête, et de reconnaître que nous n'avons pas de boule de cristal et nous ne pouvons faire de pronostic quant à la reprise de la fonction rénale, que nous aussi l'espérons pour qu'ils sachent qu'ils ne sont pas seuls dans l'attente et l'espoir.

Nous avons remarqué que les patients informés avant l'intervention des risques éventuels d'une nécrose tubulaire aiguë et d'E.E.R. post-opératoire comprennent bien la nécessité de ces séances. Ils l'acceptent mieux et gardent confiance. Parfois quand la période d'insuffisance rénale aiguë dure plus d'une semaine, nous avons recours à des traitements anti-dépresseurs pour aider le patient, car aux séances s'ajoutent les ponctions biopsiques rénales faites à la recherche de rejet qui est masqué par la nécrose tubulaire aiguë, ce qui majore l'angoisse de la perte du greffon.

Après la reprise de leur fonction rénale, un patient sur deux dialysé en post-opératoire avoue qu'il a bien eu l'information, mais qu'il ne l'avait pas intégrée. Tous les patients dont la reprise de la fonction du greffon est immédiate déclarent avoir été bien informés.

## CONCLUSION

**Informé, comprendre permet d'accepter les incertitudes de la période post-transplantation. Informer c'est diminuer**

**et réduire l'incertitude et le doute qui règnent chez le patient. L'informer c'est aussi l'aider psychologiquement dans l'attente d'une reprise de sa fonction rénale. La coopération du patient est importante dans la réussite de la greffe, et celle-ci ne peut être obtenue que par la qualité de l'information qu'il a reçue surtout chez ces patients atteints de pathologie chronique.**

**L'accueil du patient inclut l'information, même l'information la plus désagréable soit-elle. Malheureusement, l'information donnée dans des conditions pressantes avant le bloc opératoire n'est pas bien retenue. Le patient, préoccupé par la greffe et les autres informations, mêlé à des angoisses dues à son intervention, n'enregistre pas.**

**L'information doit être répétée, autant de fois qu'il faut. Toute l'équipe soignante gravitant autour du patient, que ce soit les centres de dialyse, les services de néphrologie et de transplantation sont concernés par le problème de l'information. Notre rôle n'est pas seulement de donner l'information, mais de faire en sorte que l'information soit reçue et retenue.**

## REMERCIEMENTS

Nous remercions le Dr Christian Hiesse, auteur du livret d'informations aux patients transplantés rénaux, qui nous a inspirés dans notre démarche, les patients qui nous ont confié leur sentiment et qui nous font prendre conscience de la place qu'occupe l'information.

Nous remercions également le Pr Antoine Durrbach, le Dr Kriaa et nos collègues qui nous ont aidés, soutenus et motivés dans la réalisation de cet article.

## BIBLIOGRAPHIE

- "Une nouvelle étape" (information pour les patients transplantés rénaux) Dr Christian Hiesse
- "Guide pratique de la transplantation rénale et pancréatique", sous la direction du Pr Benoît (association française d'urologie)
- "La transplantation d'organes" Pr Philippe Lang et Pr Didier Houssin
- "Anesthésie Réanimation chirurgicale" Pr Kamran Samii