



# Une expérience unique : l'Unité de Transplantation Thoracique de Nantes

F. KOLKIEWICZ, Infirmière et l'équipe paramédicale - Unité de Transplantation Thoracique -  
CHU - 44 - NANTES

## HISTORIQUE

La transplantation cardiaque débute en 1985 au CHU de Nantes tandis que la première transplantation cœur-poumons a lieu en 1988.

Les patients sont alors accueillis et pris en charge en chirurgie thoracique et cardiovasculaire à leur sortie de réanimation jusqu'en 1991.

L'augmentation du nombre de transplantés thoraciques, la lourdeur de leur prise en charge (notamment au niveau des mesures d'hygiène), la pluridisciplinarité des intervenants et la nécessité d'un suivi régulier après la sortie concourent à la création d'une unité de lieu spécifique permettant d'accueillir les patients avant et après leur transplantation.

C'est en septembre 1991 qu'ouvre l'unité de transplantation thoracique avec 10 lits d'hospitalisation et 6 lits d'hôpital de jour.

L'équipe se compose de personnel paramédical issu des services de CTCV et de Pneumologie essentiellement.

Les médecins qui y travaillent (anesthésistes, cardiologues et pneumologues) conservent leur activité médicale dans leur service d'origine.

## ENVIRONNEMENT

### RESSOURCES MATÉRIELLES

Le service comprend 2 secteurs : un secteur d'hospitalisation conventionnelle et un secteur d'hospitalisation de jour.

Le service a fait l'objet de travaux d'amélioration en 2000. Il est maintenant équipé d'une ventilation à pression positive avec un système de filtration absolue permettant de limiter le nombre de particules en suspension dans l'air afin de limiter le risque infectieux.

### RESSOURCES HUMAINES

L'équipe paramédicale se compose de :

- un cadre infirmier
- 8,3 postes IDE équivalent temps plein soit 11 IDE

- 9 postes AS ETP soit 12 AS
- 1 ASH

Le temps partiel est très développé dans le service. De la variabilité de la charge de travail découle la souplesse et l'efficacité de notre planning à la carte.

D'autres professionnels paramédicaux : kinésithérapeutes, diététiciennes, psychologues, assistantes sociales interviennent quotidiennement dans le service.

Le service d'aumônerie apporte un précieux soutien psychologique, notamment auprès des jeunes patients.

Les associations contribuent, elles aussi, à la prise en charge des patients et de leur famille.

## LE PARCOURS DU TRANSPLANTÉ THORACIQUE

### LE BILAN PRÉ-GREFFE

Dans le service ne sont réalisés que les bilans pulmonaires, les bilans cardiaques ayant lieu en cardiologie.

Ce bilan pré-greffe, qui nécessite une hospitalisation de 5 jours en chambre seule dans le secteur d'hospitalisation de jour, est l'occasion d'une prise de contact avec l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale.

Au cours de ce bilan, seront réalisés des examens biologiques et radiologiques ainsi qu'une approche psychologique. Le patient est acteur de son hospitalisation et peut rencontrer des greffés.

Durant son séjour à l'UTT lui seront délivrés des explications et des conseils sur le jour de la greffe et sur la phase post-opératoire.

### LE JOUR J

Dès qu'un greffon est proposé par l'EFG, le médecin choisit le candidat "compatible" selon différents critères.

Une fois le patient averti, le temps est compté.

A son arrivée dans le service, il est préparé en vue de la transplantation avant de descendre au bloc opératoire.

La famille est également prise en charge au niveau du service.

### LE SUIVI POST-GREFFE

Après avoir séjourné environ 5 jours en Réanimation, le greffé est accueilli à l'UTT dans une chambre équipée d'un SAS.

Des mesures spécifiques sont mises en place pour limiter le risque infectieux.

Il est porteur de cathéters et est généralement relié à un scope.

La surveillance quotidienne de ces patients est biologique et radiologique surtout jusqu'au 10<sup>ème</sup> jour.

La surveillance est hebdomadaire pour les examens plus spécifiques :

- Greffés cœur : échographie cardiaque + biopsie endomyocardique
- Greffés poumons : fibroscopie pulmonaire + EFR

La surveillance infirmière est hémodynamique, alimentaire et diabétique.

### LES RISQUES

Le greffé thoracique est exposé à 3 risques :

- l'infection,
- le rejet,
- les effets indésirables des traitements, d'où la rigueur au niveau de l'ASEPSIE par TOUS.

#### Le risque infectieux

La profondeur de l'immuno-suppression (mesurée par le taux de rosettes) des transplantés thoraciques, ajoutée parfois à une altération de l'état général en pré-greffe les expose particulièrement à ce risque.

La surveillance et les soins de toutes les portes d'entrée (cathéters, pansements, drains...) sont donc capitales.

La prise de la température permettra de déceler une éventuelle hyperthermie et de

réaliser ensuite les examens bactériologiques pour identifier le germe en cause. L'utilisation de matériel stérile, ou décontaminé, entre chaque patient, le respect des mesures d'isolement protecteur (masque, "canadiennes", lavage des mains), l'hygiène quotidienne du patient et de la chambre, le respect de la logique immuno-déprimés → infectés dans la progression des soins vont contribuer à réduire ce risque infectieux.

### Le rejet

Le rejet est la réaction de l'organisme du patient envers le corps étranger (le greffon).

Ses signes sont insidieux et difficiles à déceler : fièvre, œdèmes, fatigue...

La biopsie (cardiaque ou pulmonaire) est l'examen diagnostique du rejet.

Sa prévention passe par l'administration, à vie, d'une trithérapie d'immunosuppresseurs. Des anti-viraux complètent ce traitement.

Le traitement du rejet consiste à administrer des corticoïdes par voie intraveineuse au cours d'une hospitalisation de 3 à 5 jours. Il en découle fréquemment la survenue ou le déséquilibre d'un diabète.

En cas de non-réponse à la corticothérapie, le sérum anti-lymphocitaire est utilisé.

### Les effets indésirables du traitement immunosuppresseur

Ils sont nombreux mais non systématiques.

Quelle que soit la nature des complications que rencontre un transplanté thoracique, il est quasi systématiquement accueilli dans le service, ce qui implique beaucoup de polyvalence et d'adaptabilité de la part du personnel.

### L'ÉDUCATION DU TRANSPLANTÉ

Elle concerne le patient et son entourage avant la sortie.

#### Vis-à-vis des infections

Le patient est sensibilisé à l'importance de l'hygiène corporelle, à la surveillance des points d'appels infectieux (dents, peau,...) et est invité à poursuivre la surveillance de sa température.

De plus, des conseils pratiques d'hygiène concernant la vie quotidienne (cuisine, jardinage, vaccination...) lui sont délivrés dans un livret qui lui est remis avant son départ.

#### Vis-à-vis du traitement

Le patient apprend à gérer lui-même son traitement, sous contrôle de l'infirmière, afin de le rendre autonome pour sa sortie. Cette éducation débute environ une semaine avant sa sortie. L'accent est mis sur l'importance de la rigueur de la prise des médicaments.

### L'HÔPITAL DE JOUR

Après avoir quitté l'UTT pour un établissement de rééducation, le transplanté thoracique est ensuite suivi étroitement et régulièrement en hôpital de jour dans le service.

Arrivé entre 7 h et 7 h 30, il va passer la journée à l'UTT où il va être pris en charge par une infirmière et plusieurs médecins.

Après avoir pris connaissance du déroulement de la journée et passé les examens de routine auprès de l'infirmière, il prend un petit-déjeuner avec les autres transplantés dans la salle d'attente en hôpital de jour.

Il se rend ensuite aux différents examens programmés selon la nature de sa greffe et déjeune au restaurant du personnel.

L'après-midi, il sera vu par le médecin (cardiologue ou pneumologue) en consultation.

À l'issue de la consultation, selon l'avis du médecin, il retourne chez lui ou reste hospitalisé dans le service.

### LES PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES LIÉS AU GREFFON

La symbolique de l'organe transplanté, le délai d'attente sur liste, l'état psychique du patient avant la transplantation... sont autant de facteurs qui vont générer, de manière plus ou moins prononcée, des problèmes psychologiques qui se caractérisent essentiellement par :

- la culpabilité,
- l'identité.

L'intervention de psychologues attachés au service ainsi que des visiteurs de malades (rattachés au service d'aumônerie) sont d'un réel soutien auprès des patients qui rencontrent ces difficultés.

Le service, initialement destiné à prendre en charge les transplantés thoraciques en post-greffe, a dû évoluer et s'adapter aux évolutions de la médecine et aux besoins des transplantés.

Au fil des années, l'UTT a accueilli des patients sous assistance circulatoire, des greffés thoraciques ont bénéficié d'une retransplantation, des patients fatigués en attente de greffe pulmonaire et des patients greffés développant des complications, notamment des insuffisances rénales et des pathologies néoplasiques.

## CONCLUSION

**Les originalités qui ont été développées à l'UTT et la motivation de l'ensemble des acteurs de santé ont été des facteurs déterminants dans la réussite de cette expérience. La dynamique et la créativité de l'équipe sont les garants de la pérennité de cette formidable expérience.**