

CHIRURGIE DU REIN

GENERALITES :

- ➔ Chirurgie de lésions tumorales (néphrectomie totale ou partielle)
- ➔ Chirurgie de malformations (cure de sténose de la jonction pyélo-urétérale)
- ➔ Chirurgie de lithiases (abord direct ou néphrectomie pour rein détruit)

- ➔ La lombotomie est la voie de référence
- ➔ La voie transpéritonéale antérieure est réservée à la néphrectomie élargie pour cancer
- ➔ Possibilité de coelioscopie «hand-guided»

PRE-OPERATOIRE :

- ➔ Consultation :
 - Evaluation de l'état général, examen cardio-vasculaire
 - Information PCA Morphine IV et transfusion éventuelle
 - Commande prévisionnelle de sang
 - Ordonnance de bas de contention si cancer

- ➔ Bilan :
 - Si cancer, bilan d'extension fait par le chirurgien : apprécier l'existence d'un thrombus tumoral au niveau des vaisseaux (rein, VCI); discussion en staff
 - Evaluation de la fonction rénale pré-opératoire et du retentissement d'une néphrectomie; avis néphrologique; discussion en staff
 - NFS, hémostase, ionogramme sanguin, urée-créatininémie, ECBU, ECG et RP
 - Groupe ABO-Rh, RAI avec nouvelles RAI la veille de l'intervention

- ➔ Pré-médication :
 - Traitement habituel sauf contre-indication
 - Ne pas oublier les antalgiques si douleur pré-opératoire
 - Neurontin® 600 mg la veille et le matin de l'intervention
 - HBPM la veille et bas de contention si cancer
 - Antibiothérapie si contexte de calculs infectés
 - Hydratation préopératoire justifiée par une insuffisance rénale

PER-OPERATOIRE :

	LOMBOTOMIE	COELIOSCOPIE
<i>Durée</i>	2 à 4 heures	4 à 6 heures
<i>Installation</i>	Table standard permettant, bras en croix, décubitus latéral avec billot	Table standard avec matelas gel, bras en croix, décubitus dorsal ou latéral
	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoring classique, couverture chauffante - 2 VVP de bon calibre et accélérateur-réchauffeur de transfusion 	
<i>Induction</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Induction classique, IOT, sonde thermique - Pas d'antibioprophylaxie sauf cas particulier - Kétamine 0,15-0,50 mg/kg IVD 	
	-	Sonde naso-gastrique
<i>Entretien</i>	O ₂ / N ₂ O + halogéné Ventilation volume contrôlée	O ₂ / air + halogéné Ventilation pression contrôlée
	<ul style="list-style-type: none"> - Morphiniques : bolus ou IVSE - Curares : bolus ou IVSE avec monitoring (muscle sourcilier +++) - Kétamine 0,125-0,250 mg/kg/h IVSE 	
<i>Réveil</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Arrêt Kétamine 30 minutes avant la fin de l'intervention - 30 - 45 min avant la fin : Paracetamol 1 g IVL + (Acupan® 20 mg IVL ou Contramal® 50 à 100 mg IVL selon le terrain) - Prévention des NVPO (éviter Contramal si score d'Apfel ≥ 3) - Réveil et extubation sur table selon le contexte 	
	Cathéter d'infiltration pariétal : Naropéïne 2% biberon 10 mL/h	Infiltration des trous de trocards par Naropéïne

POST-OPERATOIRE :

➔ Perfusion : réanimation hydro-électrolytique

➔ Analgesie :

- Paracetamol 1 g x 4 / 24h IVL
- Contramal® 50 à 100 mg x 4 / 24h IVL ou Acupan® 120 mg / 24h IVSE selon le terrain
- Morphine PCA IV

➔ Bilan :

- NFS, ionogramme sanguin, RP systématique si lombotomie
- TP-TCA si intervention hémorragique
- idem à J1 (sauf RP)

➔ Anticoagulation : HBPM ou HNF selon la fonction rénale et bas de contention

➔ Autres :

- Reprise du traitement habituel dès J1 selon le contexte
- Repris de l'alimentation orale dès J1
- Relais per os du traitement antalgique dès reprise de l'alimentation orale