

## Transplantation Rein-Pancréas

### GÉNÉRALITÉS :

- Indication : insuffisance rénale terminale sur diabète de type 1 donc tenir compte des complications du diabète :
  - micro ou macro-angiopathie
  - coronaropathie
  - dysautonomie neurovégétative

### PRÉOPÉRATOIRE :

#### ➤ Consultation :

- généralement réalisée dans le bilan de transplantation, elle doit tenir compte :
  - du terrain cardiovasculaire
  - de la qualité des voies veineuses
- le jour de la transplantation, vérifier
  - les événements médicaux nouveaux
  - la date et l'heure de la dernière dialyse
  - le poids sec et le poids du jour
  - le ionogramme sanguin (kaliémie) et la NFS
  - la RP et l'ECG
  - information de transfusion éventuelle et du séjour en SSPI 12 heures
  - RAI et commande prévisionnelle de CG phénotypés, déleucocytés et CMV compatibles

#### ➤ Prémédication :

- Atarax<sup>®</sup> 1 à 2 mg/kg *per os* et Tagamet<sup>®</sup> effervescent
- malade perfusé avec SG à 10 % sur une voie veineuse de bon calibre ; Actrapid<sup>®</sup> SAP QS
- protocole d'immunosuppression et antibiotiques (cf néphrologie)

### PEROPÉRATOIRE :

#### ➤ Durée : 5 heures

#### ➤ 2 temps opératoires :

- un temps pancréatique avec anastomoses digestives ; contrôles glycémiques réguliers, dès le déclampage des vaisseaux pancréatiques avec baisse éventuelle des doses d'Actrapid<sup>®</sup> tout en maintenant une dose minimale (0,5 U/h) " pour ne pas épuiser le pancréas transplanté "
- un temps rénal : Lasilix<sup>®</sup> 500 mg SAP, 30 minutes avant le déclampage
- Loxen<sup>®</sup> 0,5 mg/h SAP, début 30 minutes avant déclampage si PAS > 120 mm Hg

#### ➤ Installation :

- décubitus dorsal, bras en croix, surveillance et protection de la FAV (thrill)
- monitoring classique (+ PVC si nécessaire), sonde thermique et couverture chauffante
- PNI sur la jambe controlatérale à la transplantation (la 1<sup>°</sup> greffe est souvent en FID)
- Cathéter central jugulaire interne droite (prévoir repérage échographique)

(suite)

► Induction :

- AG sans particularité ; IOT
- remarques :
  - intubation sous Célocurine® possible si kaliémie < 5,5 mmol/l
  - pas d'hydroxyéthylamidon
  - le tube de sang qui accompagne le greffon sert à faire la dernière compatibilité de groupe avec le receveur avant la transplantation ; en cas de problème, prévenir le chirurgien et le néphrologue, et envoyer ce tube à la banque du sang pour détermination du groupe en urgence

► Entretien :

- O<sub>2</sub> / N<sub>2</sub>O + halogéné + morphinique en bolus
- remplissage au sérum physiologique (maximum 8 % du poids sec)
- les pertes sanguines sont compensées par de la Gélofusine® et du sérum physiologique
- si transfusion, CG personnalisés (cf + haut) ; but : Hb > 7 g/dl (sauf coronarien : Hb > 10 g)
- Lasilix® 500 mg SAP, 30 minutes avant le déclampage
- Loxen® 0,5 mg/h SAP, début 30 minutes avant déclampage si PAS > 120 mm Hg

► Réveil :

- en SSPI : intubé et ventilé (VC ou VACI ou VSAI) jusqu'à réchauffement et stabilité HD
- décurarisation possible
- Bilan :
  - RP (contrôle du remplissage et de la position du KTC)
  - NFS, TP-TCA, BES complet (idem toutes les 3 heures)
  - surveillance de la glycémie toutes les heures

► Analgésie :

- Perfalgan® 1 g / 8 h ; Acupan® SAP dose selon poids
- morphine : titration puis SC selon EVA ; pas de SC systématique, maximum toutes les 6 h

► Héparinothérapie à dose isocoagulante selon contexte clinique ; pas d'HBPM

► Réanimation hydroélectrolytique :

- perfusion de base ou 500 ml de sérum bicarbonaté à 14/1000 par 24 heures
- compensation horaire de la diurèse avec sérum physiologique volume à volume
- apports de Ca, P, Mg, K, en fonction de la diurèse et des résultats des ionos sanguins
  - ⇒ maintien de la diurèse horaire à 150 ml/h minimum sans dépasser 1000 ml/h

► Par ailleurs :

- Mopral® IV : 40 mg/j
- le protocole d'immunosuppression est joint à la feuille de SSPI
- apport de SG à 10 % + Actrapid® SAP selon protocole

**Le séjour minimum en SSPI est de 12 heures**

**Le patient remonte ensuite en Néphrologie**