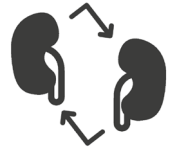




UTO



UTO = Unité de Transplantation d'Organes



PRÉSENTATION DU SERVICE

Patients : transplantés d'organes solides (*rein, foie, pancréas et coeur*), d'âges très variés (30 à 80 ans), sex-ratio 1/1, problématiques diverses autour de la greffe, plus ou moins graves, plus ou moins douloureux

Durée d'hospitalisation -> plusieurs jours en moyenne

Service : arrivée à 8h30 – 9h

Le service appartient à la section néphrologie, 7e étage

UTO 1 : soins continus // UTO 2 : réanimation

// UTO 3 : suivi des transplantés // UTO 4 : dialyse (*pas d'étudiants*)



LEXIQUE

CMV = cytomégalovirus

CPRE = cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique

DC = donneur cadavérique

DSA = donor-specific antibodies (anticorps spécifiques du donneur)

DP = dialyse

péritonéale

DVA = donneur vivant apparenté

EBV = Epstein-Barr Virus

FAV = fistule artério-veineuse

FK = tacrolimus

GEM = glomérulonéphrite extra-membraneuse

IRC = insuffisance rénale chronique

LBA = lavage

broncho-alvéolaire

MAT = microangiopathie thrombotique

Nadir de créatinine = valeur la plus basse de créatinine (*donc meilleure*)

OMI = œdèmes des membres inférieurs

PBG/R = ponction biopsie du greffon/rénale

RA = rein artificiel (*dialyse*)

RAI = recherche d'anticorps irréguliers

SV = sonde vésicale

TH/R = transplantation hépatique/rénale





RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES

Cf. fiche gastroentérologie, fiche cardiologie et fiche néphrologie

Transplantation rénale : réalisée par les urologues

Le greffon rénal est habituellement placé en fosse iliaque droite ou gauche. Les reins natifs du receveur sont conservés. Le greffon n'est pas innervé, donc une douleur du greffon décrite par le patient traduit une distension ou une inflammation des tissus qui l'entourent



PRINCIPALES PATHOLOGIES

Transplantation rein-pancréas : concerne les insuffisants rénaux terminaux atteints de diabète de type 1 (DT1)

Situations cliniques : la démarche diagnostique est la même qu'en néphrologie

Appel à la greffe : appel de l'agence de biomédecine proposant un greffon à un patient sur liste d'attente et dont le dossier est géré par le CHU. Il faut alors organiser le transport du greffon et l'hospitalisation/préparation du receveur

Surveillance post-greffe : état hémodynamique, détecter et traiter si nécessaire les complications (*hématomes autour du greffon, collections liquidiennes comme urinome ou lymphocèle drainées via des redons, signes de rejet...*), vérifier la reprise des fonctions (*diurèse, créatinine, rechercher un retard de reprise...*), PBG si besoin

Suivi des patients transplantés

Complications infectieuses -> infections urinaires, pulmonaires, infections opportunistes de l'immunodéprimé...

Rejet du greffon et récurrence de la maladie causale de l'insuffisance rénale (*diabète, amylose, maladie auto-immune...*) : 2 grands types de rejets : cellulaire (*LT-médié*) et humoral (*anticorps-médié*). Le rejet peut être aigu ou chronique.

Syndrome obstructif post-ablation de sonde JJ (*sonde endo-urétérale reliant le rein à la vessie en post-op pour éviter la sténose de l'uretère du greffon*)

Autres affections intercurrentes -> AEG, déshydratation, douleurs du greffon, troubles hydro-électrolytiques, élévation de la créatinine lors d'une biologie de contrôle...



INTERROGATOIRE

Questions selon le contexte clinique cf. fiche néphro

Infos sur la greffe : date de la chirurgie, DC ou DVA, HLA compatible ? immunité anti-CMV donneur/receveur, complications post-op, maladie nécessitant la greffe, reprise de fonction normale ou retardée, créatininémie habituelle et nadir.

Traitements (immunosuppresseurs +++), leurs effets indésirables (EI) et leur observance : « vous arrive-t-il de manquer une prise ? », si oui très important de le savoir (*risque de rejet*) et d'en rechercher la raison et l'importance (*trop de médicaments, dépression, actes auto-agressifs plus ou moins conscients, simples oublis, effets indésirables... savoir être à l'écoute !*)

/! Garder à l'esprit que la greffe est un événement traumatisant qui bouscule toute la vie du patient -> accepter de vivre grâce à l'organe d'une personne décédée ou d'un membre de sa famille (*culpabilité, sensation de corps étranger...*), nombre de médicaments et leurs effets indésirables...

EXAMEN PHYSIQUE

État général et constantes hémodynamiques : diurèse, poids du jour (*voir évolution au cours de l'hospitalisation*) et poids sec, douleurs et cotation sur échelle visuelle analogique (EVA)

État d'hydratation : hyper-hydratation (*HTA, crépitants pulmonaires, OMI, nausées, poids*) et déshydratation (*hypotension, perte de poids, soif, diminution de la diurèse*).

État du greffon : douleur abdominale, volume de lymphes issu du redon (*drainage de collections liquidiennes dues à l'opération*) palpation -> ferme ? douloureux ? volume ? auscultation -> souffle ?

État des voies d'abord sanguin : VVC et VVP, cathéter (KT) de dialyse (*inflammatoire, infecté, douloureux*), drain, palper la FAV (*recherche thrill*)

Aspect de la cicatrice de chirurgie, maintien de la plaie par les agrafes en post-op, signes de désunion de la cicatrice ou d'éventration, port de la ceinture abdominale par le patient

Général : troubles du transit, douleur abdominale, auscultation cardiopneumo...



EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Bio : NFS Pq, BES, Ca, urée, créatinine (*Nadir = meilleure créat (donc la plus basse) obtenue en post greffe*), protidémie, albuminémie, RAI (*bilan pré-greffe*)

Dosage immunosuppresseurs -> chez patients greffés pour chercher un sur-ou sous-dosage (*FK-résiduel et everolimus-résiduel*)

Analyse du liquide du redon : différencier lymphocèle (*épanchement de lymphe +/- à drainer*), caractérisé par créat redon > créatininémie, VS urinome (*collection d'urine, à opérer*) caractérisé par créat redon < créatininémie

Ponction Biopsie de Greffe : en cas de suspi rejet ou retard reprise fonction (*anurie*), anapath (*signes de rejet, nécrose tubulaire, néphropathie diabétique...*)

Imagerie : Radio thoracique (RT) // Echo-doppler -> vascularisation (*sténose*), collection, hématome, stase urinaire (*dilatation cavités rénales*)

Bilan infectieux : selon point d'appel -> hémocultures (HC) si fièvre élevée (*pli du coude et VVC/P*), sérologies (CMV, EBV...), LBA, RT, BU, ECU, coprocultures, +/- TDM AP (*scanner abdo-pelvien*)



THERAPEUTIQUES

Médicaments à vie

Anti-rejet -> tacrolimus (*Prograf°*), everolimus (*Certican°*), mycophénolate mofétil (*Cellcept°*), prednisone (*Cortancyl°*). Le plus souvent en trithérapie

Antibiotiques (ATB) -> cotrimoxazole (*Bactrim°*) en prévention des infections

Si rejet de greffe (*inobservance ++*) : bolus de corticoïdes IV à forte dose afin de préserver un maximum de fonction rénale du greffon

Autres

SV en cas de rétention d'urine (RAU) // Sonde JJ en cas de syndrome obstructif par sténose de l'uretère ou en prévention dans les 3 premiers mois post-TR

Reprise chirurgicale // Redon pour drainer d'éventuelles collections liquidiennes

NOTES

