



ransplantation rein/pancréas

M.P. SIMON, C. LE PIOLOT, D. PIGETTE, V. TEXIER, F. CHEVEREAU, Infirmières - Néphrologie - Hôpital H. MONDOR - CRETEIL

Les candidats à la transplantation rein/pancréas sont des sujets jeunes diabétiques insulino-dépendants de type I ou diabète «maigre» ayant une carence totale en insuline. Ce sont des sujets en bon état général.

Le diabète de type II ou diabète «gras», même en cas d'insulinonécessité, n'est pas une contre-indication.

Nous noterons qu'en pré-greffe, le bilan cardio-vasculaire et infectieux tient une place importante.

Dans notre centre, la technique de la double greffe rein/pancréas est à ce jour, la seule utilisée. Seuls les donneurs locaux, sans anomalie hémodynamique, sont acceptés afin d'obtenir une ischémie froide brève, avec reprise de diurèse immédiate.

PRÉPARATION PHYSIQUE :

Elle est la même que pour la transplantation rénale seule. Les prélèvements sanguins sont identiques ; on y ajoute cependant le dosage du Peptide C résiduel pour évaluer la fonction de l'ancien pancréas.

PRÉPARATION PSYCHOLOGIQUE :

Elle est très importante, d'autant que l'infirmière devra évoquer avec le patient la durée de sa prochaine hospitalisation qui sera d'environ 3 mois, alors que pour une greffe rénale, elle est en moyenne de 21 jours.

PRÉPARATION MÉDICAMENTEUSE :

Le traitement immuno-suppresseur en pré-opératoire comporte :

l'IMURAN et la CICLOSPORINE (qui n'apparaissait pas en pré-opératoire pour la greffe rénale).

LE RETOUR DU BLOC :

Le retour de bloc d'un transplanté rein/pancréas nécessite la présence d'une infirmière uniquement pour ce patient. En effet, la charge de travail est plus importante du fait de la surveillance spécifique et rigoureuse de la fonction pancréatique :

- glycémie capillaire au bout du doigt toutes les 30' à J0, toutes les heures à J1 puis toutes les 2 ou 4 heures
- acétonurie (au même rythme que la glycémie capillaire).

Ces protocoles sont établis par les endocrinologues.

- correction de l'hyperglycémie par insuline rapide en seringue auto-pousseuse (insuline diluée avec du sérum physiologique et renouvelée toutes les 6 heures)

- le patient est porteur d'une perfusion de glucosé à 10 % jusqu'à reprise de l'alimentation

- l'immuno-suppression est quadruple :

. CICLOSPORINE

. IMUREL

. SERUM ANTI-LYMPHOCYTAIRE

.CORTICOÏDES

La surveillance clinique est la même ; toutefois, le risque infectieux étant majoré, la rigueur et l'aseptie dans les manipulations et l'environnement sont primordiales.

SURVEILLANCE DES REDONS, DRAINS, SONDES :

Le patient sera porteur, à son retour du bloc, d'au moins un drain placé dans la loge pancréatique relié à une poche en déclive. Le nombre de redons varie en fonction du chirurgien. Ils ne seront enlevés qu'après son accord (environ dès le 10ème jour).

La sonde urinaire sera laissée en place pour favoriser la cicatrisation des sutures et ne sera enlevée qu'après avis de l'urologue. L'infirmière préviendra le patient du risque de cystite. Il devra l'informer de toute sensation de gêne ou de brûlure. Les soins d'hygiène quotidiens sont impératifs.

LE LEVER

Il n'y aura pas de lever précoce avant 48 heures. Le diabétique ayant souvent une anomalie de la régulation de la tension artérielle, il est sujet aux hypotensions orthostatiques.

LES COMPLICATIONS :

Les signes de rejet :

Les signes de rejet pancréatique peuvent être ou non liés à un rejet rénal.

Le rejet pancréatique simple est marqué par :

- une diminution de l'amylasurie
- une diminution de peptide C
- une augmentation de la glycémie, en général tardive

Les infections et abcès de paroi

Il est impératif de prendre toutes les précautions d'hygiène et d'aseptie nécessaires. N'oublions pas que ce patient est très immuno-déprimé.

Autres :

D'autres complications moins fréquentes sont observées : thrombose veineuse pancréatique.

faudra prévenir. Il est important également de le préparer à un éventuel échec de greffe de l'un des deux organes voire peut-être même des deux. Un soutien psychologique est dans ce cas indispensable.

LE RÔLE ÉDUCATIF :

Il est primordial pendant toute la durée de l'hospitalisation car le transplanté peut passer par des périodes difficiles de rejet et de doute quant à la réussite de sa greffe. L'expectative du retour à domicile peut générer une anxiété précoce qu'il

CONCLUSION :

Notre expérience bien qu'encore limitée, nous permet d'espérer un développement futur de cette activité au sein de notre centre.

BILAN REIN PANCREAS

PEPTIDE C	- TUBE SEC 7 ML (DESCENDRE IMMÉDIATEMENT AU LABO) - TOUS LES JOURS PENDANT 15 JOURS - 1 JOUR SUR 2 LES 30 JOURS SUIVANT	ISOTOPES
INSULINEMIE	- TUBE NFS (DESCENDRE IMMÉDIATEMENT AU LABO) - 2 FOIS PAR SEMAINE SI PAS D'INSULINE	ISOTOPES
GLYCEMIE	- TUBE GRIS 2 ML	BIOCHIMIE
AMYLASEMIE	- TUBE IONO - TOUS LES JOURS PENDANT 15 JOURS PUIS 3 FOIS PAR semaine	BIOCHIMIE
AMYLASURIE	- URINE FRAICHES : TUBE IONO - TOUS LES JOURS JUSQU'À J 15 PUIS UN JOUR SUR DEUX	
GLUCAGON	- TUBES SPÉCIAUX FOURNIS PAR LE LABO (STOCKAGE FRIGO) 1 FOIS AU 30ÈME JOUR (PRÉLEVER ET METTRE IMMÉDIATEMENT DANS LA GLACE ET LE DESCENDRE AU LABO) - DE NUIT : LE MAINTENIR DANS LA GLACE ET LE GARDER DANS LE FRIGO JUSQU'AUX HEURES OUVRABLES - WEEK-END : CENTRIFUGER À FROID ; CONGELER	ISOTOPES
DRAIN	- UN JOUR SUR DEUX PENDANT 15 JOURS - PUIS 1 OU 2 FOIS PAR SEMAINE	BACTERIO BIOCHIMIE (SI SYMPTO BIZARRE) (PRESCRIPTION MÉDECIN)

BIEN NOTER LES DATES ET LES HORAIRES SUR LES TUBES