

Soins infirmiers post opératoires.

H. LUCCIANI - I.D.E.

PRESENTATION DU SERVICE

- Le secteur greffe comprend 2 box séparés par une pièce centrale équipée d'un flux laminaire et du matériel spécifique aux soins post opératoires.

- Le secteur greffe est dit secteur protégé ce qui signifie que toutes les personnes qui y pénètrent doivent se vêtir de blouse, cagoule, masque et surchaussures.

- Le greffé sera isolé durant les dix jours d'hospitalisation. Il pourra cependant voir et communiquer avec ses proches au travers d'une vitre.

PRÉPARATION DE LA CHAMBRE

Après avoir désinfecté la chambre, on place tout le matériel nécessaire à la surveillance et aux soins afin d'éviter de sortir du secteur greffe.

INSTALLATION DU MALADE

C'est avec l'aide de l'équipe du bloc opératoire que nous installons le malade dans son lit.

- Il est porteur :
- d'un pansement abdominal
 - de 2 drains dit de Peters en siphonnage
 - 1 sonde vésicale
 - 1 sonde urétérale qui draine les urines du greffon
 - 1 cathéter central
 - 1 voie veineuse périphérique

SURVEILLANCE IMMÉDIATE

Elle commence dès la sortie du bloc.

1) Aspect

Comme toute intervention chirurgicale, une cyanose doit faire penser à une ventilation insuffisante. L'état de conscience doit être apprécié. Un masque à haute concentration est mis en place jusqu'au réveil du malade.

2) Les courbes

- Le pouls et la tension artérielle seront surveillés tous les 1/4 d'heure, puis toutes les heures.
- Les fréquences respiratoires doivent être appréciées et notées pour surveiller l'élimination des drogues anesthésiques.
- La température sera contrôlée et notée.
- Des diurèses horaires sont mises en place sur la sonde vésicale et sur la sonde urétérale.
- Ces deux sondes sont systématiquement vérifiées par un lavage, dès la sortie du bloc, de façon stérile afin de s'assurer de leur perméabilité.
- Les deux drains de Peters sont numérotés. La quantité et la qualité de ces drains doivent être appréciées
- La fistule est vérifiée.

3) Sur la voie centrale, on adapte une rampe à plusieurs voies dans un champ stérile sur laquelle sont placées :

- 1 colonne de pression veineuse centrale
- 1 perfusion de sérum anti-lymphocytaire préalablement préparée qui doit passer en 24 heures.

Pour cela nous utilisons soit une pompe soit un régulateur de débit horaire.

- Un pousse seringue électrique avec 1 ampoule d'azantac, réglé sur 24 heures.
- Les compensations : ce sont des perfusions en général du ringer lactate ou du glucose 5% avec du Na Cl à 20% et du bicar à 4,2%.

Elles consistent à perfuser le malade chaque heure avec un volume égal au volume de la diurèse des 2 sondes urinaires.

On appelle cela des compensations perte/perte.

La pression veineuse centrale est effectuée dès lors que le cathéter central a été vérifié par un contrôle radiologique.

La voie veineuse périphérique est maintenue jusqu'au lendemain matin avec 1 G 5% d'attente en cas d'une éventuelle transfusion.

4) Divers Examens

- Le malade est glacé : mise en place d'une vessie de glace sur pansement abdominal (pour son effet antalgique).
- Un bilan sanguin est ensuite pratiqué en urgence (F.N. et Ionogramme sanguin). Dès que les résultats sont récupérés, on contacte le néphrologue qui, suivant les renseignements sur l'état clinique du malade, mettra en route la réanimation avec traitement et compensation selon la diurèse.

5) Le traitement

- Le sérum anti-lymphocytaire

La quantité est en fonction du poids du malade, 1 ampoule/10kg. Il se place uniquement en voie centrale dans 500 cc de G 5% à passer en 24 heures. Avant chaque changement de flacon on effectue 1 injection de polaramine IVD afin de modérer voire d'éviter les réactions dues au sérum c'est-à-dire hyperthermie, éruption cutanée.

- Azantac

On l'utilise en traitement préventif pour protéger la muqueuse gastrique.

- L'Imurel et le Solumédrol (traitement immuno-dépresseur)

Ils sont effectués en per opératoire à raison de 3 mg/kg pour le premier et 1 mg/kg pour le deuxième.

Le malade pourra être calmé par une injection d'antalgique type nubain à raison d'1/2 ampoule sous cutané toutes les six heures.

6) Les complications immédiates

Une baisse brutale de la T.A. peut être due à un problème hémorragique.

L'hémorragie peut être extériorisée par un écoulement abondant de sang dans les drains; néanmoins l'obstruction de ceux-ci peut masquer l'hémorragie.

Une douleur vive due à 1 hématome compressif s'ajoute aux signes cliniques précédents.

Le chirurgien sera prévenu et évaluera la gravité de cette complication.

Absence de la diurèse

Ce n'est pas une complication à proprement dite, une fois que la certitude de la perméabilité des sondes est acquise, le néphrologue adaptera la réanimation en fonction de la diurèse.

Le non démarrage de celle-ci ne prévaut en rien sur le bon déroulement de la greffe par la suite.

Parfois il faut attendre plusieurs heures voire plusieurs jours avant le début d'une diurèse. Dans ce cas le greffé sera dialysé 1 jour/2.

On peut observer aussi une diminution brutale de la diurèse.

Il faut rapidement en informer le néphrologue. Il peut s'agir d'un problème de remplissage voire d'une complication vasculaire (thrombose) ou d'une complication médicale (rejet).

LE LENDEMAIN DE L'INTERVENTION

Le malade est toujours sous surveillance horaire en ce qui concerne le pouls T.A. et la diurèse. La température et la pression veineuse centrale sont contrôlées plusieurs fois par jour.

- La diurèse totale des 2 sondes urinaires est notée sur une feuille de surveillance journalière.
- La quantité d'écoulement des drains est également notée sur cette feuille.
- Un bilan sanguin et urinaire complet est effectué
 - FN plaquette
 - Ionogramme sanguin + enzymes LDH CPK
 - Bilan de coagulation
 - Ionogramme urinaire sur ces 2 sondes
 - CBU sur les 2 sondes également
 - 2 sérologies virales seront effectuées durant ces 10 jours
 - Recherche : HBS
MNI
CMV
HERPES
- Toilette complète sera effectuée les premiers jours jusqu'à ce qu'il puisse lui-même la faire au lavabo.
- On essaiera d'asseoir le malade au bord du lit. La T.A. sera contrôlée dans cette position. Si celle-ci est correcte et devant l'absence de vertige nous pourrons lever et peser le malade.
- Les résultats des examens sanguins et urinaires sont recopiés et communiqués au néphrologue qui adaptera le traitement.

Pansements

En général il est nécessaire de le refaire le lendemain de l'intervention (car il est souillé de sang). Pour chaque réfection de pansement, le malade est placé sous un flux laminaire. Le pansement est effectué avec des gants et des pinces. On prendra soin de ne pas couder la sonde urétérale et pour cela on glissera une compresse entre les deux points qui fixent la sonde à la peau.

Le pansement du cathéter central doit rester propre et occlusif; il sera refait si nécessaire.

La poursuite du traitement

Imuran : son dosage est établi par le néphrologue en fonction de la FN

Solumédrol : il se fait dans les premiers jours : la posologie est 1 mg/kg

Azantac : il est maintenu à la seringue électrique jusqu'à la reprise du transit.

SAL : au départ 10 mg/10 kg puis adapté en fonction de la FN et de la tolérance du malade à ce traitement.

Compensations : seront maintenues jusqu'à la reprise de l'alimentation.

DU 2^{ème} JOUR AU 9^{ème} JOUR POST-OPÉRATOIRE

- Les courbes de pouls T.A. température sont toujours surveillées plusieurs fois par jour.
- La diurèse est notée toutes les 2 heures.
- Les drains sont enlevés généralement au bout de 48 heures, la sonde vésicale au 4^{ème} jour, la sonde urétérale au 9^{ème} jour.
- Les examens sanguins et urinaires se font quotidiennement.
- Une fibroscopie gastrique est demandée systématiquement dès la reprise du transit.
- Selon le déroulement de la greffe il peut être demandé une échographie du greffon, une scintigraphie, voire une artériographie du greffon.
- Le régime alimentaire : il est très important. La réanimation est arrêtée dès la reprise du transit. Le malade est réalimenté selon un régime très strict : il sera :
 - hypercalorique : pour empêcher le catabolisme
 - hypoprotidique : pour éviter l'augmentation de l'urée
 - équilibré en sodium pour éviter la rétention d'eau
 - équilibré en potassium
 - sans sucre pur : à cause du traitement corticoïdes qui favorise le diabète

Dosé en liquide en fonction de la diurèse du greffé.

- Le traitement sera poursuivi par voie orale. La posologie des corticoïdes sera diminuée de 5 mg au 8^{ème} jour. La ciclosporine est débutée en relais avec le SAL dès que la fonction rénale est correcte (créatinine = 200).
- Plusieurs dosages de la ciclosporine sont effectués afin d'obtenir une posologie efficace. On arrêtera la perfusion de SAL à ce moment. Le cathéter central sera ôté et envoyé en bactériologie.

Les complications

Durant les 10 jours, la surveillance de ces éventuelles complications sera continue et attentive; elles sont de plusieurs ordres.

- 1) **Hémorragique**
- 2) **Urinaire (fuite urinaire)**
- 3) **Lymphatique (lymphocèle)**
- 4) **Vasculaire (sténose de l'artère, thrombose artérielle, veineuse)**
- 5) **Infectieuse (infection de paroi, du greffon, septicémie)**
- 6) **Rénale (rejet)**
- 7) **Secondaire au traitement Immuno-dépresseur et aux corticoïdes**

10^{ème} JOUR

C'est le jour du départ pour le Centre de Néphrologie.

Le greffé quittera le service avec :

- 1 fiche de transmission sur laquelle seront notés :
 - les soins
 - le traitement
 - le régime
- des photocopies du dossier médical
- des photocopies du protocole opératoire
- 1 lettre du chirurgien pour le néphrologue.

EN CONCLUSION

Les dix premiers jours post-opératoires d'un greffé nécessitent une surveillance constante et rigoureuse.

Le greffé est une personne fragilisée, aussi le personnel soignant doit être à son écoute et prendre en compte toutes ses remarques afin de subvenir à ses besoins physiques et psychologiques.