soins infirmiers aux patients nephrectomises

I/ Les différents types d'intervention selon les indications

	Néphrectomie simple	***Néphrectomie élargie***	***Urétéronéphrectomie***	***Néphrectomie partielle***
Ablation	rein	rein, graisse péri-rénale, glde surrénale +/- curage ganglionnaire	rein, graisse péri-rénale, glde surrénale, curage ganglionnaire, uretère	pôle sup ou pôle inf du rein ou héminéphrectomie[1]
Voie d'abord	Trans- péritonéale ou rétro-péritonéale[2]			
Surveillance	digestive[3] si voie d'abord trans-péritonéale			
Risque				lâchage de sutures (donc fuite urinaires)
Indications	hydronéphrose, pyonéphrose, trauma avc lés° parenchymateuse ou vasculaire, petit rein atrophique[4]	carcinome	destruct° du rien et de l'uretère par un processus infectieux ou inflammatoire[5], tumeur de la voie excrétrice	lithiase coraliforme qui envahit les calices rénaux, tumeur bénigne, en cas de rein unique

II/ Définitions

- hydronéphrose : destruction du rein, de façon mécanique ; survient souvent après un rétrécissement de la jonction pyélo- calicienne ou une compression par une tumeur
- pyonéphrose : survient après une hydronéphrose infectée (après un calcul obstructif)

1 Ablation d'une moitié du rein
2 Le rein est un organe rétro- péritonéal
3 Reprise du transit
4 Congénital. On l'enlève car il n'est pas fonctionnel. De découverte fortuite.
5 Ex : reflux vésico- urétéral

III/ Les voies d'abord

a) Coelioscopie ou lomboscopie

- coelioscopie :
  - voie antérieur, abdominale
  - on traverse le péritoine = voie trans- péritonéale
- lomboscopie :
  - voie d'accès directe au rein = voie rétro- péritonéale

b) Incision par voie sous- costale

Attention aux problèmes respiratoires.
Voie intra- péritonéale.

c)Incision par lombotomie

Voie rétro- péritonéale.
Incision entre la 12 et la 13ème paire de côtes.
Geste douloureux.

d)Médiane sus- ombilicale

Rare.
Incision au- dessus de l'ombilic, jusqu'à l'appendice xiphoïde.
Voie d'abord large.
Utilisé lorsqu'il est nécessaire de pratiquer un curage ganglionnaire ou s'il faut examiner l'abdomen à la recherche de métastases.

IV/ Les soins pré- opératoires spécifiques

A. L'information du patient

C'est une chirurgie de tout les âges de la vie.
Répondre aux questions du patient, sur son devenir.
Informer.
Vivre avec seul rein : ne pose aucun problème pour la vie future, pour la diurèse, ...
Mais attention : le rein qui reste est très précieux. Il est nécessaire de se préserver de toute infection urinaire.
Bonne surveillance de la fonction rénale.
Néphrectomie = passage en Réa environ 24h :

- s'assurer que le rein restant fonctionne bien
- surveillance de la diurèse, reprise de la fonction rénale

B. Expliquer le but des examens que demandera le médecin

- Evaluer la fonction rénale :
  - **urée, créatinine** : attention, l'urée varie selon l'alimentation. Sert à évaluer si le rein contro- latéral fonctionne bien

- **ECBU** : intervention sur urines stériles. Si infection : ATB quelques jours.

- Bilan de l'hémostase :
  - car le risque hémorragique existe
  - il peut exister un thrombus dans la veine cave, qui signe une extension de la tumeur (le chirurgien l'enlèvera en même temps que la néphrectomie)

- Préparation à l'anesthésie :
  - fonctions respiratoire et cardiaque
  - plus la cicatrice sera près des côtes, plus il y aura des difficultés à la respiration

C. Préparation de bloc

Préparation classique.
Préparation cutanée = de la poitrine au pubis inclus.

Attention : toujours vérifier que le consentement éclairé est signé par le patient.

V/ Les soins post- opératoires

Intervention d'environ 1h30 à 2h, sous anesthésie générale.
Le patient est porteur :

- d'une VVP ou VVC, avec programme d'électrolytes, antalgiques, ATB
- pansement(s) : aspect?
- redon
- sonde vésicale, qui ne restera pas longtemps en place (+/- 2- 3j). Faire une diurèse horaire
- PCA d'antalgiques (Morphine)
- +/- oxygénothérapie

a) Les problèmes à surveiller/ Risques

- **Problème respiratoire :**
  - patient intubé / extubé en Réa
  - risque majoré si problème respiratoire antérieur
  - position demi- assise pour faciliter les mouvements respiratoires
  - vérifier la saturation, la fréquence respiratoire
  - administrer l'oxygène
  - signes à dépister : si hypoxie = cyanose / si hypercapnie = sueurs et HTA
  - troubles respiratoires = dyspnée et tachycardie
  - selon le type d'intervention qui à été réalisée : radio pulmonaire (afin de vérifier la bonne position de la VVC et vérifier l'absence de brèche pulmonaire et donc de pneumothorax)

- **Problème hémodynamique :**
  - scope en Réa
  - surveiller : TA, pulsations (important = va être le reflet de la fonction rénale)
  - HTA si mauvaise fonction rénale (si oligurie)

- **Problème urinaire :**
  - oligo- anurie du rein restant
  - souvent : injection de Lasilix pour relancer la diurèse
  - vérifier l'absence de globe vésical
  - surveillance de la diurèse horaire
  - ablation de la sonde U dès que possible
  - bilan des entrées et des sorties
  - ECBU de contrôle

- **Douleur :**
  - peut – être due à une résection de côtes, ou à la proximité des incisions
  - PM d'antalgiques
  - évaluation de la douleur^{++}

- **Risque infectieux :**
  - liées à toutes les portes d'entrées (VVP ou VVC, drain, cicatrice, SU, ...)
  - surveillance des points d'entrée, de la T°C
  - soins de sonde U^{++}

- **Risque thrombo- embolique :**
  - lié à l'immobilité
  - lever précoce, au fauteuil, à J_1
  - PM d'HBPM

- **Risque hémorragique :**
  - lié à un lâchage de sutures de l'artère rénale ou de la veine rénale
  - signes : augmentation de la quantité de sang dans le redon
  - surveillance : TA
  - hémorragie = patient repris au bloc

- **Transit et alimentation :**
  - attention si laparotomie
  - sinon : reprise du transit dans 24 à 48h
  - reprise de l'alimentation des l'apparition des gaz

- **Risques spécifiques à la néphrectomie partielle :**
  - risque hémorragique

- risque de fuites urinaires

- par la cicatrice, présence d'urines dans le redon +/- le pansement
- souvent = rupture des sutures au niveau de l'incision
- ces fistules vont ce cicatriser spontanément
- mais si les urines continuent de s'écouler, le chirurgien va poser une sonde urétérale en aspiration (but = assécher pour permettre la cicatrisation)

  - risque d'infarctus du rein

- peut – être lié au clampage des vaisseaux pendant l'intervention
- rare
- signes : syndrome infectieux ou hémorragie extériorisée (par le pansement)
- surveillance de la T°c et du pansement

VI/ Conseils au patient néphrectomisé

- garder le même apport hydrique (1,5 l d'eau/ 24h)
- éviter de se retenir d'uriner
- hygiène : toilette intime minutieuse avec un savon doux
- si laparotomie : na pas porter de charges lourdes
- porter sur soi un papier avec la mention « néphrectomisé » (ex : pour qu'on ne lui prescrive pas de médicaments néphrotoxique)
- donner au patient un RDV de contrôle 6 semaines plus tard, avec une ordonnance pour faire un ECBU
- surveiller la cicatrice si ce n'était pas une coelioscopie
- **en cas de cancer : surveillance à vie**
- les métastases peuvent apparaître n'importe quand (surtout pulmonaires)
- surveillance scanner thoracique
- surveillance une fois / an, à vie
- néphrectomie à cause d'une lithiase = prévention^{++} pour éviter une récidive
- si traumatisme du rein : une seule consultation 6 mois plus tard
- le patient sort de l'hôpital 8- 10j après l'intervention (temps plus court si coelioscopie)