Zeitschrift: Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti

Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

Band: - (1963)

Heft: 192

Artikel: Le rôle de la Kinésithérapie post-opératoire dans la Prophylaxie des Accidents thrombo-emboligènes en Chirurgie générale

Autor: Gaucher

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-929914

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 22.12.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Le rôle de la Kinésithérapie post-opératoire dans la Prophylaxie des Accidents thrombo-emboligènes en Chirurgie générale

Communication au XVe Congrès National français de Kinésithérapie, Bordeaux (Septembre 1961)

par M. le Dr Gaucher, Chirurgien à Pau

La maladie thrombo-embolique est très fréquente en chirurgie dans l'évolution post-opératoire surtout quand on sait en reconnaître les formes frustes. 5% environ des opérés en sont atteints.

La gravité est grande puisque en l'absence de traitement, une thrombose sur deux se complique d'embolie pulmonaire et la mortalité est de 20%. Enfin, en cas de guérison, d'importantes séquelles peuvent se voir: oedèmes, douleurs, ulcère de jambes.

En chirurgie gynécologique et en obstétrique, le diagnostic des thromboses veineuses est encore plus difficile, en raison de la plus grande fréquence des formes latentes.

Pour les thromboses pelviennes, le diagnostic est encore plus délicat et sont toujours tenues pour graves dans leur évolution.

En fait donc, cette maladie thrombo-embolique post-opératoire ou post-accouchement, est la bête noire des chirurgiens et des accoucheurs, car s'ils sont arrivés à la perfection dans leurs techniques chirurgicales et obstétricales, dans leurs anesthésies, dans leur thérapeutique des états infectieux, dans leur thérapeutique pré et post-opératoire et biologique de leur malade, il faut bien avouer que ce 5% de maladie thrombo-embolique a tendance à augmenter chaque année et il faut bien avouer que c'est ridicule de perdre un malade opéré d'une hernie crurale, d'une hystérectomie ou d'une gastrectomie quel que soit l'âge du malade et l'état normal de ses examens biologiques.

Car c'est là où le bât nous blesse. Il n'est pas possible de dépister avant ou après l'intervention les raisons de cette maladie thrombo-embolique, et par conséquent d'en faire un traitement préventif.

Pour notre part, on fait une synthèse du résultat du test de tolérance à l'héparine, du taux de pro-thrombine, du résultat de la thromboélastographie, du décalage de la température du malade au-dessus de 37° dans la journée, de l'accélération du pouls... et surtout nous faisons appel à ce énième sens que l'on appelle le sens clinique qui fait que nous croyons flairer chez tel ou tel malade une maladie thrombo-embolique en puissance.

Comment la prévenons-nous? Dans la pathogénie de la thrombose veineuse interviennent trois facteurs:

1° La stase veineuse.

2° L'hypercoagulabilité

3° L'altération de la paroi vasculaire.

— C'est surtout contre les deux premiers facteurs que l'on peut lutter préventivement:

A. — Lutte contre la stase

— Lever précoce moins de 24 heures après l'intervention avec exercices.

— Gymnastique au lit.

— Gymnastique respiratoire.

— Massages des membres inférieurs.

B. — Lutte contre l'hypercoagulabilité

— Douleur opératoire.

— Hémostose minutieuse.

— Asepsie rigoureuse pour éviter les staphilococcies emboligènes. (Nous n'avons jamais de suppuration des plaies opératoires à la clinique depuis que nous avons commencé notre lutte contre la maladie thrombo-emboligène).

— Réanimation post-opératoire à l'oxygène très large.

— Transfusions de sang très rares, sauf si elles sont nécessitées par l'état de Shock du malade.

— Jamais d'antibiothérapie systématique.

Par contre systèmatiquement, notre masseur-kinésithérapeute recherche chaque

jour la douleur à la pression du mollet, et si cette douleur existe, nous soumettons nos malades à la compression par bande élastique + anticoagulants + exercices.

A la suite de cette thérapeutique, par mobilisation, nous pouvons faire état de l'absence totale de mortalité chez nos 1.500 derniers opérés.

Nous avons eu deux embolies pulmonaires:

L'une chez une malade présentant un volumineux fibrome enclavé du petit bassin, très choquée, ayant eu une médication anti-coagulante et une mobilisation moins active faite par une de nos religieuses infirmière.

L'autre, chez un éthylique de 40 ans, opéré d'une gastrectomie pour un ulcus du bulbe duodénal avec grosse réaction pancréatique et fistule pancréatique ayant nécessité une immobilisation au lit. L'embolie s'est manifestée 20 jours après l'intervention et malgré un traitement kinésithérapique. Ce malade a été hospitalisé et son état a nécessité un arrêt de travail de un an.

Il est à remarquer que l'on retrouve en génral une augmentation des affections thrombo-emboligènes pendant les saisons intermédiaires: septembre-octobre, mars-avril.

Nous pouvons faire état chez ces 1.500 derniers opérés, d'un séjour en clinique inférieur au séjour normal accordé par la Sécurité Sociale, à l'exception de ces deux malades précités (20 jours d'hospitalisation),

— d'une reprise du travail dans les délais normaux sans jamais de prolongation de convalescence,
— de l'absence d'éventration sauf chez une malade opérée d'un volumineux fibrome en 1959, et qui doit être opérée d'une éventration sous-ombilicale quelques mois après,
— de l'abesnce de récidive de hernie, éventration ou prolapsus utérin,
— de l'absence de récidive de hernie, tome post-opératoire.

Sur ces 1.500 derniers opérés, trois opérés seulement ont demandé à poursuivre leur convalescence dans un établissement spécialisé à cet effet.

Je vous laisse le soin de conclure sur l'intérêt de cette méthode de mobilisation post-opératoire, tant au point de vue professionnel, qu'humain et financier.

Le Traitement Kinésithérapique préventif des Accidents thrombo-emboligènes en Chirurgie générale

Communication au XVe Congrès National Français de Kinésithérapie, Bordeaux (Septembre 1961)

par M. Paul Dougnac, Kinésithérapeute à Pau

Le rôle de la kinésithérapie est prépondérant dans la lutte contre les complications post-opératoires, et doit s'orienter de trois manières:

I. Education respiratoire avec technique de la toux et de l'expectoration.

II. Massages, mobilisation et ambulation précoce de l'opéré.

III. Domination de la douleur.

a) Education respiratoire dès le lendemain, par la respiration diaphragmatique ou plus simplement pour le malade, le «pompage» que l'on pratique par le brassage de la masse viscérale abdominale et thoracique, avec la prise de conscience du mouvement, de la technique de la toux et de l'expectoration, pour éviter la stase de crachats ainsi que l'atélectasie surtout chez les déficients resipratoires. La respiration est toujours à la base de nos exercices.

b) Préparation au lever de l'opéré: effleurage léger des membres inférieurs pour tonifier les tissus et la paroi veineuse. Mobilisation active contrariée segmentaire