

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

Autor(en): **Dougnac, Paul**

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): - **(1963)**

Heft 192

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-929915>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

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 général 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'absence de récurrence de hernie, éventration ou prolapsus utérin,
- de l'absence de récurrence 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 XV<sup>e</sup> 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 respiratoires. 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

des articulations des membres inférieurs avec respiration rythmée.

Lever de l'opéré. Bander l'abdomen avec une bande verlpeau et non avec une bande élastique pour maintenir la plaie opératoire et les tissus sous-jacents. Basculer l'opéré sur le bord du lit sans un mouvement de sa part surtout le premier jour. Attendre que les phénomènes de vertige et de balancement circulatoires se calment et lever le sujet pour la marche, en maintenant bien entendu, la respiration.

*La marche, quelle que soit l'intervention, s'effectue de la façon suivante: lever les genoux en inspirant, reposer en expirant.*

Suivant la résistance et l'état médical, la marche se limite à un ou deux tours de chambre. Retour au lit avec installation confortable du malade, coussins sous les épaules et la tête ainsi que sous les genoux (position de relaxation).

Instituer la technique de la toux et l'expectoration, respiration et attendre le retour au calme.

Il est recommandé à l'opéré de «pomper» environ toutes les heures et chaque fois qu'il souffre où que ce soit, de faire cette respiration qui lui permette de dominer la douleur mais nous y reviendrons.

Les jours suivants, même méthode avec en supplément marche sur la pointe des pieds, talons, jambes tendues, etc., toujours rythmé couplé avec la respiration.

Le jour de purge ne pas lever le sujet qui est déjà fatigué et insister sur le «pompage» même lorsqu'il est sur la selle, pour faciliter l'évacuation des matières et des gaz. (Cette méthode est également efficace

pour régler les anus artificiels et les constipés).

Quelques précautions sont à prendre: lorsque l'intervention exige des sondes ou drains. Faire très attention à leur fixation lors de la déambulation de l'opéré et surtout ne pas les déplacer.

Le jour où l'on retire les points, respirations, mouvements au lit, mais pas de marche ainsi que le jour de purge.

c) Cette respiration ou «pompage» permet au malade de dominer sa douleur et commande l'évacuation des matières et des gaz, et provoque une réaction par phénomène réflexe sur la psychologie du malade vis-à-vis de la douleur, et lui crée une relaxation totale.

Certains opérés plus ou moins éduqués, dominant à tel point la douleur par la respiration que peu ou pas de calmants sont utilisés; mais pour cela, il leur faut une grande discipline qui n'est pas toujours facile à acquérir.

Il faut admettre que le rôle du kinésithérapeute est assez ingrat, mais l'opéré est libéré de la hantise de la douleur quelle qu'elle soit: douleurs post-opératoires, toux, gaz, etc., et surtout du mouvement, car l'opéré sait diriger ses réactions et n'est plus une momie hypersensible au fond de son lit soumis à toutes sortes de calmants.

En parallèle le chirurgien et le malade averti sont libérés de la peur de la maladie thrombo-emboligène et la Santé Publique s'en trouve améliorée.

Il n'y a qu'à considérer que tout opéré ayant subi ces traitements est enchanté et surtout le recommande à son entourage, ce qui prouve que nous ne sommes pas des barbares.