

ULB

UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES

Unité de chirurgie

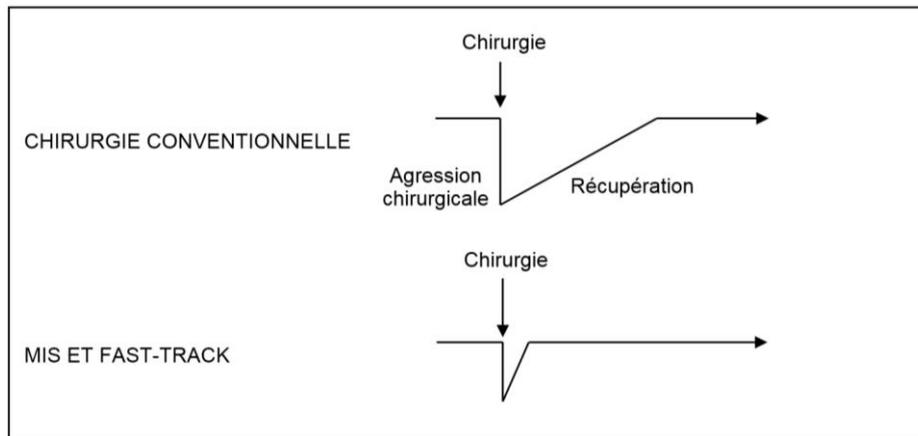
Chirurgie générale

Guy-Bernard CADIÈRE

M-MEDIS
MEDI-G-4060

Presses
Universitaires
de Bruxelles

6.1.5 REHABILITATION RAPIDE



Depuis le développement de la chirurgie minimal invasive qui diminue l'impact de l'agression chirurgicale chez le patient on s'intéresse à la réhabilitation rapide.

Cette réhabilitation rapide implique chronologiquement, lors de la prise en charge du patient, les facteurs suivants:

1. bonne information du patient pour diminuer son stress préopératoire
2. équipe médicale infirmier motivée dans l'accueil du patient jusqu'à son suivi à domicile
3. diminution de la prémédication qui pourrait retarder le réveil
4. raccourcissement du jeûne préopératoire
5. utilisation des produits anesthésiques à courte durée d'action
6. utilisation d'anesthésie épidurale si l'intervention est majeure
7. absence d'hypothermie peropératoire
8. absence de sonde gastrique et de sonde urinaire si possible
9. chirurgie minimale invasive
10. stratégie d'épargne sanguine
11. absence de drains
12. suppression rapide des cathéters
13. mobilisation et réalimentation précoce
14. retour à domicile rapide et prise en charge par le médecin traitant.

Une mobilisation précoce favorise la réhabilitation du patient en diminuant la fonte musculaire et en réduisant la fréquence des complications thromboembolique et respiratoire. La déambulation favorise également l'ablation des sondes urinaires et des complications liées à des cathétérismes prolongés.

Les drainages abdominaux postopératoires allongent le délai de reprise de l'alimentation et augmentent le risque de surinfection pulmonaire après une chirurgie colorectale.

Une réalimentation précoce est associée à une réduction du risque de complications infectieuses et de la durée de séjour. Cette réalimentation précoce n'augmente pas le risque de déhiscence anatomique digestive.