

Médecine physique et de réadaptation Prise en charge pluridisciplinaire des amputés des membres

« Rééducation, appareillage et réadaptation des patients amputés de membres inférieurs », tel était le thème de la quatrième édition des Journées de printemps... fin avril à l'hôpital La Musse, dans les locaux du pôle médecine physique et de réadaptation.

La prise en charge de rééducation et de réadaptation a pour objet de fournir au patient un appareillage conforme à ses besoins et à ses possibilités, et à lui donner les moyens de l'utiliser. Elle ne se conçoit qu'au sein d'une équipe pluridisciplinaire, en mesure d'administrer les soins médicaux nécessaires, mais aussi d'évaluer les répercussions sociales, environnementales, cognitives du handicap. On peut estimer à dix mille par an le nombre d'amputations majeures des membres inférieurs liées à une pathologie vasculaire, et à cinquante mille le nombre de patients vivant avec une amputation en France. Il en découle que tout praticien se trouve confronté à cette pathologie un jour ou l'autre. Interlocuteur privilégié du patient, le médecin traitant se doit d'acquiescer une bonne connaissance des principes de l'appareillage, des soins à dispenser aux malades des artéritiques (voir encadré)

Artérite

L'artérite est une maladie des artères en rapport avec l'athérosclérose qui engendre des anomalies de la paroi des vaisseaux. Lésions et plaques d'athérome rétrécissent le calibre des artères, ralentissent la circulation du sang jusqu'à créer une obstruction partielle ou totale.

On appelle communément artérite, l'artériopathie des membres inférieurs.

Antécédents familiaux liés à l'athérosclérose, troubles de l'assimilation des graisses (excès de cholestérol), des sucres (glycémie élevée), hypertension artérielle, troubles de la viscosité du sang constituent les principales causes. Le tabac est le principal facteur de risque, mais les repas trop riches en calories et en graisse, comme la sédentarité, facilitent également le développement de la maladie.

et de l'éducation thérapeutique des malades artériopathiques, afin de permettre la préservation des bénéfices fonctionnels d'un appareillage ou de surveiller les résultats d'une revascularisation, voire de dépister les épisodes d'aggravation qui peuvent compromettre la survie de l'amputé.

L'amputation, lorsqu'elle est rendue nécessaire par l'échec de la chirurgie de revascularisation, survient de plus en plus tard dans le cours de la maladie. La grande majorité de ces malades a plus de 70 ans, exception faite de quelques patients souffrant d'artérite inflammatoire ou de diabète particulièrement sévère. Ces patients âgés et fatigués ne tirent pas toujours le bénéfice escompté de l'appareillage. Leur séjour en rééducation est fréquemment émaillé de complications, liées aux multiples affections dont ils souffrent.

Davantage encore qu'autrefois, l'amputation est vécue comme un échec par le chirurgien, le malade et son entourage. Sentiment renforcé par la cruauté des statistiques : la moitié des patients amputés seront réamputés du même côté ou du côté opposé dans les deux ans, un quart décèdent dans les cinq ans.

Dans ces conditions, on pourrait presque se résigner (et c'est malheureusement ce que font certains patients) à

une perte définitive d'autonomie, installer le malade dans un fauteuil roulant, prescrire quelques aides à domicile et se désintéresser de la question...

Cependant, même s'il est clair que l'on n'obtient pas, au moyen de l'appareillage, les résultats que l'on peut espérer chez un jeune amputé d'origine traumatique (résultats dont les Jeux paralympiques, par exemple, se font abondamment l'écho), il reste que les études montrent qu'il y a bien quelque chose à attendre, en matière de gain d'autonomie, en appareillant un amputé vasculaire. Reste à savoir quelles amputations appareiller (et au-delà, quel type d'amputations recommander au chirurgien lorsqu'il a le choix) et quels appareillages prescrire, en gardant à l'esprit l'intérêt du patient, l'importance d'un retour rapide au domicile, le caractère polyopathologique de ces malades qui interdit parfois les efforts nécessaires à la déambulation avec un appareil, etc. Il faut redire combien la prise en charge du patient amputé vasculaire est l'affaire de tous : omnipraticien, personnel d'aide à domicile, famille doivent connaître les erreurs et les pièges à éviter, et les circonstances dans lesquelles il faut avoir recours au spécialiste. Une fois appareillé, le patient n'en demeure pas moins un malade en sursis. Livré à lui-même, il évolue inexorablement vers la décompensation de l'affection causale, la désadaptation de la prothèse, et souvent, la récurrence de l'ischémie irréversible. Encadré par un médecin de famille formé et informé, attentif aux signes de décompensation, aux erreurs diététiques et aux troubles mécaniques, qui saura, en cas d'alerte, solliciter le spécialiste, le patient a les meilleures chances de tirer un bénéfice fonctionnel optimal et durable de son appareillage.

on inaire inférieurs

Cette journée a permis de montrer et démontrer tout notre savoir-faire en invitant, dans nos locaux, nos interlocuteurs régionaux. Elle a également été l'occasion de réaffirmer notre place dans la filière de soins locale et régionale, en relation étroite avec le service de réadaptation vasculaire du Dr Sylvain Duthois (pôle soins de suite spécialisés de l'hôpital La Musse). Ces collaborations fonctionnent bien et permettent d'assurer des prises en charge lourdes, sur la longueur, de la phase d'ischémie chronique au retour au domicile, en passant par la phase d'appareillage. ■

Dr Victor Liviot
Hôpital La Musse

Démonstration de bandage du moignon
par Corinne Denis, kinésithérapeute

Participants et intervenants à la journée du printemps

Les collègues participant à cette journée de printemps représentaient les structures en amont (chirurgiens du CHU Charles-nicolas de Rouen, équipes des hôpitaux de Lisieux et Elbeuf) et en aval (personnel des maisons de retraite de Pacy-sur-Eure). Ils ont bénéficié d'une visite du plateau technique de l'hôpital La Musse : atelier d'appareillage et plateau de marche, démonstration du bandage du moignon, visite du simulateur de conduite et de l'appartement thérapeutique.

La réussite de la prise en charge d'un amputé généralement polypathologique, arrivant d'un service de chirurgie avec un moignon ouvert jusqu'à sa sortie passe par une prise en charge pluridisciplinaire, comme en ont témoigné les différentes interventions :

- « Amputation : corps imaginé, corps perdu - Les mots pour le dire » par Béatrice Hécart, psychologue ;
- « Préparation à l'appareillage : pansements, bandage du moignon et rééducation », par Corinne Denis, kinésithérapeute ;
- « Appareillage : historique et modalités de prise en charge », par Gilles Pannetier, orthoprothésiste ;
- « Appareillage : objectifs fonctionnels suivant les différents niveaux d'amputations », par le Dr Victor Liviot et Gilles Pannetier, Corinne Denis et Vincent Drouin, représentant de la société Proteor, qui a présenté le genou hybride assisté par ordinateur de dernière génération, particulièrement intéressant pour des patients jeunes et pour la pose duquel l'hôpital La Musse est agréé depuis l'automne dernier (cf. Regards n° 10, décembre 2009) ;
- « Réadaptation et réinsertion de la personne amputée », par Virginie Legeay, assistante sociale et Sylvie Guillermic, ergothérapeute.

