

Comment maintenir la qualité de vie après l'amputation ?

Dr Sylvain Duthois, service de médecine vasculaire et réadaptation,

Dr Victor Liviot, département de rééducation fonctionnelle motrice, hôpital La Musse, Saint Sébastien de Morsent

L'appareillage prothétique est un élément fondamental pour la récupération de l'autonomie chez l'amputé vasculaire. Mais le résultat en termes de qualité de vie dépend d'une succession d'étapes thérapeutiques, le non-respect d'une seule d'entre elles mettant en péril le résultat final.

Avant l'amputation

Le choix du niveau de l'amputation est primordial. Chez un sujet âgé au pronostic vital engagé, une amputation proximale assurant une cicatrisation rapide peut s'imposer. Sinon, une amputation distale offre à priori un meilleur pronostic fonctionnel, mais peut exposer le patient à de nombreuses complications locales. Aucune amputation ne devrait se faire sans une évaluation préalable de la vascularisation artérielle par la mesure de l'oxymétrie transcutanée (TcPO₂). Une valeur de plus de 20 mm Hg est nécessaire pour espérer une cicatrisation du moignon sans reprise¹.

L'acte opératoire

Il requiert une qualité technique parfaite. L'amputation est à considérer comme le premier geste en vue de l'appareillage et doit être confiée à un opérateur confirmé.

Lors des amputations transmétatarsiennes vraies, la conservation d'un bon lambeau postérieur de recouvrement permet d'éviter ainsi des soins locaux douloureux et prolongés pour une cicatrisation aléatoire. Les conservations de l'arrière-pied par amputation, en arrière de l'articulation de Lisfranc, exposent à des résultats extrêmement médiocres liés à la perte des releveurs, des péroniers latéraux et de la partie antérieure de l'arche plantaire. Il en résulte une déformation en varus équin, avec perte de l'appui talonnier, source de troubles trophiques chroniques et d'une impossibilité de marche. C'est dire l'intérêt des amputations de type Pirogoff ou Syme², qui offrent l'avantage d'un moignon fermé d'emblée avec conservation de la coque talonnière permettant un appui distal indolore et une possibilité démarcher sans prothèse. Ces techniques, relativement simples (fig. 1), supposent une vascularisation suffisante et l'absence de sepsis ou d'escarre.

Les amputations transtibiales laissent espérer un excellent résultat fonctionnel, sous réserve d'un moignon de bonne facture associant un lambeau postérieur de bonne qualité, une section haute des nerfs après étirement, une abrasion de la crête tibiale et une recoupe du péroné trois à quatre cm plus haut.

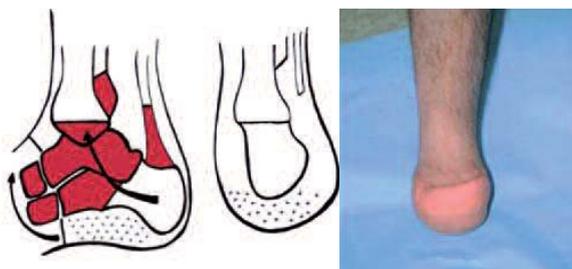


Fig. 1 : Amputation de Pirogoff – schéma de profil et aspect clinique. Recoupe du calcanéum, de la mortaise tibio-fibulaire, avulsion du talus, libération des parties molles et arthrodèse calcanéo-tibiale.

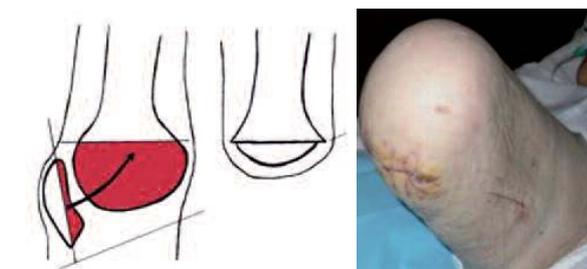


Fig. 2. Amputation de Gritti – schéma de profil et aspect clinique. Recoupe transcondylienne fémorale, recoupe rotulienne, puis arthrodèse fémoro-patellaire. Noter la position postérieure de la suture cutanée.

¹ Depairon M, Krahenbuhl B, Vaucher J. Détermination du niveau d'amputation par la mesure transcutanée de la PO₂ et la pression artérielle systolique distale. *J Mal Vasc* 1986;11:213-8.

² Chang BB, Bock DE, Jacobs RL, et al. Increased limb salvage by the use of unconventional foot amputations. *J Vasc Surg* 1994;19:341-9.

En cas de moignon court, la résection complète du péroné est souhaitable. Les sutures seront sans traction, en évitant un excès comme une insuffisance de parties molles, sources de troubles trophiques chroniques.

Enfin, les amputations fémorales ont un retentissement fonctionnel majeur, la perte du genou se révélant souvent catastrophique chez le sujet âgé : complexité du chaussage, risque de désadaptation de l'emboiture, efforts de marche importants, douleurs liées à l'appui ischiatique. Le gain obtenu en préservant tout ou partie du genou s'avère indiscutable et justifie la réhabilitation de la désarticulation de genou qui, avec ses variantes (amputation de Calender ou de Gritti)³, permet de conserver un appui distal représentant une bonne alternative à une amputation de jambe aléatoire (fig. 2).

La prise en charge postopératoire

La prise en charge postopératoire doit être précoce et pluridisciplinaire, recherchant la récupération des moyens physiques et psychiques de base par les soins de nursing, les transferts au fauteuil et la kinésithérapie associés aux soins locaux. Le bandage du moignon et son maintien en position horizontale lors des séjours en fauteuil roulant sont essentiels pour réduire l'œdème postopératoire et prévenir un *flessum* de genou. Le traitement antalgique est adapté à la nature des douleurs, nociceptives ou neuropathiques. Toute douleur rebelle doit faire rechercher une ischémie, une infection, un ostéome ou un névrome qui, le plus souvent, nécessitent une reprise chirurgicale.

L'appareillage

L'appareillage⁴ est réalisé en centre de rééducation, parallèlement à la poursuite des soins locaux et généraux. Les prothèses nécessitent un contact intime entre os et appareil, dans une zone où l'appui est le moins douloureux possible (coque talonnière, région sous-rotulienne, région rotulienne, ischion). Une première période est consacrée à la confection de prothèses provisoires successives, le plus souvent en plâtre, permettant de modeler le moignon. C'est un temps d'apprentissage pour le patient, formé aux techniques de chaussage, de bandage du moignon et d'adaptation à ses conditions de vie au domicile. L'appareillage définitif peut être obtenu, soit d'emblée après deux à trois mois, soit reporté en cas de moignon défectueux ou d'événements intercurrents. Il faut parfois temporiser avec un appareillage semi-définitif ou sommaire, l'organisation des aides permettant le maintien au domicile.

Les résultats fonctionnels

Ils dépendent de chacune des étapes précédentes, des pathologies associées et de l'état neuropsychique du patient, ainsi que de la qualité de son entourage et de ses conditions de vie. La conservation d'un appui talonnier permet la confection d'une chaussure ou d'une prothèse avec ouverture latérale. Les amputés de jambe chaussent en règle aisément leur prothèse et déambulent sans canne, tandis que les résultats restent plus aléatoires pour les amputés de cuisse chez qui l'utilisation d'un fauteuil roulant et l'aide d'une tierce personne sont parfois nécessaires.

Pour les amputés bilatéraux de jambe, le résultat dépend de la capacité du système cardiovasculaire à supporter une augmentation de 50 % du travail énergétique. Pour les amputés bilatéraux de cuisse, la marche est définitivement perdue.

La conduite automobile nécessite un passage en commission préfectorale et des adaptations techniques des véhicules de série.

³ Vaucher J, Blanc Y. La désarticulation du genou. Technique opératoire - appareillage. Rev Chir Orthop 1982;68:395-406.

⁴ Ménager D. Amputations du membre inférieur et appareillage. Encycl Méd Chir (Éd. Elsevier SAS, Paris) Appareil locomoteur. 2002;15-896-A-10.

Si les résultats peuvent paraître décevants chez les vasculaires, avec un taux d'appareillage définitif inférieur à 50% et un taux de reprise de marche inférieur à 25%⁵, aucune discrimination ne peut être opérée a priori, en particulier en fonction de l'âge. L'appareillage mérite toujours d'être tenté, véritable test thérapeutique aux résultats parfois surprenants. Même en l'absence de marche, l'amputé appareillé peut accéder à une indépendance au domicile pour ses transferts et ses soins d'hygiène, a fortiori au sein d'une institution médicalisée.

Résultats à long terme

Le résultat en termes de qualité de vie chez un amputé vasculaire est multifactoriel, nécessitant une collaboration étroite entre les différents intervenants. L'éducation thérapeutique tient une place majeure pour maintenir le sevrage tabagique, l'hygiène du moignon et le port d'un bandage durant les premiers mois. Le patient reste exposé aux douleurs et troubles trophiques, liés aux conflits entre le moignon et l'appareillage impliquant un changement d'emboiture. Une douleur rebelle doit faire rechercher une fracture spontanée, un processus infectieux, une algodystrophie, une exostose ou un processus ischémique, ces complications pouvant conduire à une reprise chirurgicale.

Le patient appareillé reste un malade soumis au risque de désadaptation de sa prothèse et à l'évolution de l'affection causale, avec une mortalité élevée. Une bonne connaissance des principes de l'appareillage, des soins à dispenser au moignon et de l'éducation thérapeutique des patients ayant une artériopathie est indispensable à la préservation des résultats fonctionnels et à la survie de l'amputé.

⁵ Pinzur MS. Functional outcome of below-knee amputation in peripheral vascular insufficiency: A multicentre review. Clin Orthop Relat Res 1993;286:247-9.