

MINISTERE DE LA SANTE  
REGION LORRAINE  
INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE  
DE NANCY

**EDUCATION DANS LA REEDUCATION  
PROTHETIQUE  
DU PATIENT AMPUTE ARTERITIQUE PORTEUR  
D'UNE PROTHESE A ACCROCHAGE DISTAL**

Rapport de travail écrit personnel  
présenté par **Mylène REIGNIER**  
étudiante en 3ème année de kinésithérapie  
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat  
de Masseur-Kinésithérapeute  
2004-2005

# PRESENTATION DU LIEU DE STAGE :

Ce travail a été réalisé :

du 6 septembre 2004 au 29 octobre 2004

au centre de médecine physique et de réadaptation de Thionville

adresse : Centre l'ADAPT THIONIS

14 allée de la terrasse

57100 Thionville

A propos de l'établissement :

- Cet établissement fait partie de l'ADAPT (Ligue pour l'Adaptation du Diminué Physique au Travail)

- Médecin chef : Docteur CHAPUIS

- Médecin adjoint : Docteur CHATY

- Cadre de santé masseur kinésithérapie : Roland BRAUN

- Hospitalisations complètes : 38

- Hospitalisations de jour : 12

- Nombre d'externes : variable

- Pathologies rencontrées : traumatologie, rhumatologie, neurologie.

- Composition du plateau technique : - 6 masso-kinésithérapeutes

- 2 ergothérapeutes

- 2 orthoprothésistes

- 1 moniteur d'EPS

- 1 moniteur d'atelier

- infirmières

- aides soignantes

Référent : VERGNEAUX

Xavier

Donne autorisation à :

REIGNIER

Mylène

De présenter son travail écrit à la soutenance orale dans le cadre du Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute.

Date : 23/04/05

Signature

et cachet de l'établissement :

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the right.

**L'ADAPT THIONIS**

*14, allée de la Terrasse*

**57100 THIONVILLE**

Tél. 03 82 80 29 80

Fax 03 82 82 35 24

# SOMMAIRE

- RESUME	
1. INTRODUCTION.....	1
2. PRESENTATION DE LA PATHOLOGIE.....	1
2.1. Définition de l'artérite.....	1
2.2. Anatomie artérielle du membre inférieur.....	2
2.3. L'Artéropathie Oblitérante des Membres Inférieurs (AOMI).....	2
2.3.1. AOMI d'installation progressive.....	2
2.3.2. AOMI d'installation aiguë.....	3
3. OBJECTIFS, REEDUCATION ET EDUCATION DU PATIENT DURANT LES DIFFERENTES PHASES DE LA PRISE EN CHARGE.....	3
3.1. Phase d'évaluation et de préparation de l'appareillage.....	4
3.1.1. Objectifs de la phase.....	4
3.1.2. Evaluation.....	4
3.1.3. Rééducation.....	5
3.1.3.1. Autonomie au fauteuil roulant.....	5
3.1.3.2. Modelage du moignon.....	5
3.1.3.3. Reconditionnement orthopédique global.....	6
3.1.3.4. Travail en unipodal.....	6
3.1.4. Les points clé de l'éducation.....	7
3.2. Phase d'appareillage provisoire de verticalisation / de marche.....	9
3.2.1. Objectifs de la phase.....	9
3.2.2. Rééducation.....	10
3.2.3. Les points clé de l'éducation.....	10
3.2.3.1. Chaussage de la prothèse provisoire plâtrée tibiale.....	10
3.2.3.2. Autosurveillance du moignon.....	12
3.2.3.3. Hygiène du moignon et du bas en silicone.....	12
3.3. Phase d'appareillage semi définitif de verticalisation / de marche.....	12
3.3.1. Objectifs de la phase.....	12
3.3.2. Rééducation.....	13

3.3.3.	Les points clé de l'éducation.....	13
3.3.3.1.	Chaussage des différentes prothèses.....	13
3.3.3.2.	Autosurveillance du moignon.....	16
3.3.3.3.	Hygiène du moignon et du manchon.....	17
3.3.3.4.	Montée et descente d'escaliers.....	17
3.3.3.5.	Obstacles.....	18
3.4.	Phase de dynamisation avec appareillage semidéfinif. ....	18
3.4.1.	Objectif de la phase.....	18
3.4.2.	Rééducation.....	18
3.4.3.	Rééducation en groupe - Les points clé de l'éducation.....	19
3.4.3.1.	Les critères d'inclusion.....	19
3.4.3.2.	Les objectifs de ce collectif.....	19
3.4.3.3.	Les différentes étapes de l'aller et relever du sol.....	20
4.	LE LIVRET.....	21
4.1.	Pourquoi un livret ?.....	21
4.2.	Principes de rédaction et d'organisation du livret.....	22
4.3.	Le contenu du livret.....	22
4.3.1.	Rappels sur l'artérite.....	22
4.3.2.	Entretien du moignon.....	22
4.3.3.	Entretien de la prothèse.....	22
4.3.4.	En cas de douleurs ou blessures.....	23
4.3.5.	Entretien du membre inférieur controlatéral.....	23
4.3.6.	Entretien général.....	23
4.3.7.	Aller et relever du sol.....	23
4.3.8.	Page conseils personnels.....	23
4.3.9.	Chaussage et déchaussage de la prothèse.....	24
4.3.10.	Adresses, numéros de téléphone, carnet de rendez-vous.....	24
4.3.	Proposition du livret.....	24
5.	DISCUSSION.....	24
6.	CONCLUSION.....	25
-	BIBLIOGRAPHIE	
-	ANNEXES	

## 1. INTRODUCTION ①②③

Pour une personne amputée artéritique, la rééducation est longue et comporte plusieurs étapes. Chaque étape contient des points essentiels à effectuer, des conduites à tenir qui sont expliquées par le masso-kinésithérapeute. Le patient doit, en fonction de ses capacités, au maximum être l'acteur de sa rééducation. Il doit abandonner le rôle passif « guérissez-moi » pour adopter le mode actif « montrez-moi ce que je peux faire » ②. C'est en ça que consiste l'éducation du patient, le masseur-kinésithérapeute y jouant un rôle essentiel. L'objectif principal de la rééducation est, en fonction des possibilités du patient, d'optimiser l'utilisation de la prothèse. Il faut pour cela lui transmettre et lui faire automatiser tous les points clé. Une étude ③ a démontré que quelque soit « l'âge et le niveau d'amputation chez les personnes artéritiques, il n'y a pas de relation entre le résultat fonctionnel et le temps écoulé depuis la rééducation initiale. C'est donc la prise en charge initiale qui conditionne le pronostic ». L'éducation du patient pendant sa rééducation prothétique est donc indispensable et primordiale quant à son devenir fonctionnel à la sortie du centre.

## 2. PRESENTATION DE LA PATHOLOGIE

### 2.1. Définition de l'artérite

L'artérite est le nom générique donné aux lésions artérielles d'origine inflammatoire ou dégénérative aboutissant à l'épaississement de ses parois, parfois à la dilatation ou à l'oblitération du vaisseau. (Localisation : cerveau, cœur, yeux, reins, membre inférieur.)

Elle aboutit donc à une diminution voire une absence de vascularisation d'un territoire donné.

Les facteurs de risque sont : tabac, diabète, dyslipidémie, hyper tension artérielle.

## 2.2. Anatomie artérielle du membre inférieur (Annexe I)

### 2.3. L'artériopathie oblitérante du membre inférieur (AOMI) ④

Elle correspond à 70% des causes d'amputation. Elle est à l'origine de la majorité des amputations chez l'homme, tandis que chez la femme, elle est plutôt d'origine diabétique.

L'élimination des facteurs de risque est importante pour la non extension de la maladie sur le membre opposé, pour la bonne cicatrisation du moignon, et plus globalement pour l'ensemble du système artériel. L'AOMI peut être d'installation progressive ou aiguë.

#### 2.3.1. AOMI d'installation progressive

Elle est classée selon les quatre stades de LERICHE et FONTAINE :

- stade 1 : asymptomatique. Si le patient consulte à ce stade, c'est souvent pour des problèmes d'impuissance.
- stade 2 : symptomatologie d'effort. Il y a apparition d'un claudication intermittente se manifestant par une douleur musculaire à type de crampe ou sensation de fatigue déclenchée par l'exercice physique et aggravée par le froid. On parle du signe de la vitrine, à la marche le patient a une douleur au niveau du mollet, il s'arrête, la douleur s'en va puis elle réapparaît lors de la reprise de la marche. C'est à ce stade qu'est établi le diagnostic AOMI et qu'est mis en place la rééducation.
- stade 3 : ischémie de repos. Les douleurs se manifestent en décubitus et réveillent le patient la nuit. Les patients mettent les membres inférieurs (MI) au bord du lit en proclive pour aider la circulation, car en décubitus la gravité ne fait plus son effet sur la circulation et le cœur ne pompe pas suffisamment pour franchir les barrières au niveau artériel.

A ce stade, la rééducation a un intérêt mais il faut penser à ses limites et envisager l'acte chirurgical, le pontage.

- stade 4 : c'est le stade de la gangrène, ulcération. Le seul acte chirurgical est l'amputation. Le niveau d'amputation est déterminé en fonction de la zone atteinte et doit être suffisamment haut par rapport à la lésion pour donner un territoire bien vascularisé et donc permettre une bonne cicatrisation du moignon.

### 2.3.2. AOMI d'installation aiguë

Un embol vient se coincer dans la lumière d'une artère, la bouchant brutalement, ce qui crée des douleurs violentes avec perte de la sensibilité et motricité volontaire puis des troubles trophiques majeurs amenant rapidement à la gangrène.

A la suite de leur amputation qu'elle soit due à une AOMI d'installation progressive ou aiguë les patients restent souvent longtemps alités à l'hôpital puis ils sont dirigés vers des centres de rééducation pour y être appareillés. A leur arrivée au centre, ils sont fatigables et déconditionnés à l'effort. Les personnes accueillies à l'ADAPT sont souvent âgées avec des problèmes associés (problèmes cardiaques, prothèse totale de hanche...).

## 3. OBJECTIFS, REEDUCATION ET EDUCATION DU PATIENT DURANT LES DIFFERENTES PHASES DE LA PRISE EN CHARGE

La rééducation est globalement découpée en trois phases : phase préprothétique, phase prothétique, retour à domicile.



Dans ce chapitre, nous allons revenir sur la rééducation des patients durant chaque phase, afin de mieux dégager les points clé de l'éducation.

### 3.1. Phase d'évaluation et de préparation de l'appareillage

#### 3.1.1. Objectifs de la phase

→ Evaluation du patient quant à la capacité du moignon à être appareillé, tout en sachant que l'objectif du centre est d'appareiller le plus souvent possible sauf cas exceptionnels (refus du patient, état général très précaire...)

→ Développer l'autonomie au fauteuil roulant (FR)

→ Si l'appareillage est envisagé, le patient commence la phase préprothétique de rééducation.

Pour une rééducation prothétique, le patient doit être motivé et participer activement, sinon c'est une autonomie au FR stricte qui sera recherchée.

#### 3.1.2. Evaluation

Au terme des deux premières semaines en moyenne de prise en charge, l'équipe multidisciplinaire (massokinésithérapeute, ergothérapeute, professeur de gym, orthoprothésiste) doit soumettre au médecin prescripteur un avis pour :

- établir le protocole d'appareillage (en fonction de la phase où se situe le patient)
- une reprise chirurgicale s'il apparaît que le moignon n'est pas appareillable : pas assez de masses molles recouvrant le moignon, extrémités osseuses trop pointues, présence de névromes cicatriciels dus à la section nerveuse lors de l'amputation qui sont douloureux à la palpation (correspond à des douleurs irradiant en distal)

- écarter le projet d'appareillage, et dans ce cas, la rééducation s'oriente vers une autonomie au fauteuil roulant (freins, transferts, montée d'un trottoir...).

### 3.1.3. Rééducation

#### 3.1.3.1. *Autonomie au fauteuil roulant* ☺

Que le patient soit appareillé ou non, l'autonomie au FR est indispensable, il faut lui apprendre la déambulation en FR. A ce stade, le moignon est douloureux, oedématié et non cicatrisé, et, une chute sur le moignon augmenterait le délai de cicatrisation. Pour l'éviter, la déambulation en FR doit devenir un automatisme : c'est la première étape de la rééducation. La mise des freins avant chaque transfert est indispensable, il est même conseillé de les mettre à chaque arrêt pour anticiper sur une éventuelle verticalisation ou transfert. Pour effectuer un transfert, il faut placer le FR de sorte que le membre inférieur (MI) valide soit à côté de l'endroit à atteindre de manière à ce qu'il fasse pivot, puis relever le cale pied et ôter éventuellement l'accoudoir. Si des transferts ne sont pas réalisés avec aisance, des aides techniques peuvent être apportées (planche de transfert, ...).

#### 3.1.3.2. *Modelage du moignon*

Pour favoriser une bonne récupération trophique du moignon, diverses techniques sont utilisées : massages à visée circulatoire et décontracturante, STARVAC (permettant de faire des pressions glissées et des aspirations pour décoller les tissus sous-jacents et favoriser la circulation), ultrasons, cryothérapie... Il faut également le port d'une contention. ☺

### 3.1.3.3. *Reconditionnement orthopédique global*

Nous travaillons, en fonction de l'évolution du patient, à la préparation orthopédique pour la verticalisation, ce qui consiste :

- à l'entretien ou récupération des amplitudes articulaires
- au travail musculaire des membres supérieurs
- au travail musculaire du membre inférieur controlatéral
- au travail musculaire du moignon :

amputation fémorale → renforcement de l'ilio-psoas, grand fessier, moyen fessier

amputation tibiale → renforcement de l'ilio-psoas, grand fessier, moyen fessier, quadriceps, ischiojambiers

### 3.1.3.4. *Travail en unipodal*

A ce stade peut commencer la verticalisation unipodale, indispensable à chacun, elle permet en outre de stimuler la circulation dans le MI controlatéral. Le transfert assis-debout se réalise entre les barres parallèles par exemple : mettre les freins, enlever les cales pieds, se pencher en avant, prendre appui sur les accoudoirs et le MI sain, se verticaliser puis se tenir aux barres parallèles.

Puis nous travaillons l'équilibre unipodal. Quand celui ci est acquis, vient l'apprentissage de la déambulation unipodale dans les barres parallèles et en fonction des capacités avec un déambulateur ou des cannes anglaises (CA), car celle ci peut être nécessaire même si le sujet est appareillé (exemple : aller aux toilettes la nuit sans mettre sa prothèse.)

### 3.1.4. Points clé de l'éducation ②

Le point clé dans cette phase est la préparation du moignon à l'appareillage. Tout d'abord, il faut apprendre au patient à regarder, à toucher son moignon pour lui faire prendre conscience de son « nouveau membre ». Le moignon doit diminuer de volume par diminution de l'œdème et par amyotrophie. Il peut mettre jusqu'à un an pour se stabiliser. Pour cela, le patient doit mettre un système de contention de type tensogrip, bandage (Annexe II) ou manchon sans pli. Le port de celui-ci sera progressif, 20 minutes puis 1 heure... en fonction de la tolérance du patient. Il sera ensuite porté tout au long de la journée. Il doit apprendre à le mettre le matin avant le lever, puis le retirer au coucher. La contention doit toujours être propre ; et si c'est un manchon, il faut le laver tous les soirs à l'eau et au savon doux. Pour aider à la diminution du volume mais aussi pour la lutte et/ou prévention de flexum, des repose moignons seront fixés sur le FR.

Pendant la durée de son séjour au centre, l'équipe multidisciplinaire informe le patient sur sa pathologie. Elle doit lui enseigner les facteurs de risque (tabac, diabète, dyslipidémie...) et lui faire prendre conscience qu'il n'est pas à l'abri d'une autre amputation sur le membre inférieur amputé ou sur le membre inférieur controlatéral, d'un accident vasculo-cérébral... Il faut donc diminuer les facteurs de risque en les sensibilisant quant au sevrage du tabac et au contrôle régulier de la tension artérielle, du diabète, de la dyslipidémie pour les stabiliser ③. De plus, des exercices spécifiques aux personnes artéritiques doivent leur être enseignés et il faut leur expliquer la nécessité de les effectuer quotidiennement.

En prévention d'une amputation sur le MI controlatéral et en fonction du niveau où l'artère est lésée, des exercices spécifiques sont à effectuer pour augmenter l'indice de pression systolique :

- Si l'atteinte est distale (artère pédieuse, artère tibiale postérieure, artère fibulaire) : exercice de la griffe des orteils,
- Si l'atteinte est médiale (artère fémorale profonde, artère fémorale superficielle, artère poplitée, artère tibiale antérieure) : exercice du tampon buvard en partant de la pointe des pieds,
- Si l'atteinte est proximale (aorte abdominale, artère iliaque primitive, artère iliaque interne, artère iliaque externe, artère fémorale commune) : assis – levé – debout sur pointe des pieds – assis.

Pour cela, on recherche le nombre de bases (NB), c'est à dire à partir de combien d'exercices effectués apparaît la douleur. Puis l'exercice se déroule de la façon suivante :

- échauffement : 50% NB x 2 séries,
- exercice : 70% NB x 3 séries,

avec 3 minutes de repos entre chaque série.

Cet exercice est à répéter 3 fois dans la journée.

Une autre gymnastique peut être réalisée. Le patient est en décubitus, MI tendus, en déclive à 45°.

- flexion des orteils pendant 6 secondes
  - extension des orteils pendant 6 secondes
- } En alternance 10 fois de suite
- puis repos pendant 1 minute, assis bord de table
  - flexion dorsale de cheville pendant 6 secondes
  - flexion plantaire de cheville pendant 6 secondes
- } En alternance 10 fois de suite
- puis repos pendant 1 minute, assis bord de table
  - obtenir une contraction statique des muscles de la jambe et cheville en faisant travailler les deux pieds en même temps, donc pour les amputés, il faut adapter l'exercice. Le patient

utilise une sangle qu'il place sous la plante des pieds pour les fléchisseurs plantaires, et il utilise le barreau du lit pour les fléchisseurs dorsaux. On alterne dix fois de suite.

Cet exercice est à répéter deux fois par jour.

Le membre fantôme est la sensation de persistance du segment du membre amputé ⑩⑪. Elle est quasi constante chez la majorité des patients. Elle est souvent douloureuse au début (33 à 70% des cas) puis s'atténue avec le temps et avec le port de la prothèse et reprise de la marche. En cas de douleur, un traitement médical par antidépresseur ou anti-inflammatoire doit être mis en place. L'électrothérapie antalgique et les ultrasons peuvent y être associés en rééducation.

### 3.2. Phase d'appareillage provisoire de verticalisation / de marche

Cette phase ne concerne que les patients amputés tibiaux, les amputés fémoraux ont directement une prothèse semidéfinitive.

#### 3.2.1. Objectifs de la phase

A ce stade, le patient a un moignon non stable, non cicatrisé et oedématié d'où un appareillage provisoire qui va aider au modelage et à la cicatrisation du moignon grâce à l'appui. Cette prothèse donne la possibilité de se verticaliser au plus tôt, ce qui facilite la rééducation avec l'appareillage semidéfinitif. Elle permet l'entraînement à l'appui prothétique et donc le travail de l'équilibre indispensable pour la rééducation à la marche. En effet, cette prothèse provisoire plâtrée permet de débiter la rééducation à la marche appareillée en attendant la prothèse semidéfinitive qui nécessite une stabilisation a minima du moignon.

### 3.2.2. Rééducation

- Travail de l'autonomie au fauteuil roulant avec ou sans appareillage provisoire. Travail des transferts sans risque pour éviter toute chute et donc éviter de se blesser et de blesser le moignon, ce qui empêcherait le port de la prothèse.
- Entretien orthopédique du moignon et global
- Modelage du moignon par les mêmes moyens que précédemment avec en plus le port de la prothèse. Au début, le patient ne la porte que pendant les séances de rééducation, puis, en fonction de la tolérance, on augmente le temps de port. Le port de la prothèse habitue le moignon à être en appui mais participe également à la diminution de l'œdème.
- Gymnastique artéritique
- Réentraînement à l'effort suivant les capacités du patient.

### 3.2.3. Points clé de l'éducation

Le port d'une prothèse implique de nombreuses choses indispensables à effectuer par le patient ou par une tierce personne s'il n'est pas en capacité de les faire.

#### 3.2.3.1. *Chaussage de la prothèse provisoire plâtrée tibiale*

Elle est constituée d'un manchon en silicone (face gel à l'intérieur, tissu à l'extérieur), d'un bas en coton et d'une emboîture plâtrée (Annexe III). Le patient doit apprendre au plus tôt à manipuler le matériel d'appareillage. Pour le chaussage, le patient est assis.

- Au départ, face gel du bas en silicone vers l'intérieur
- Enrouler le manchon sur lui même totalement

- Plaquer le manchon sur l'extrémité du moignon sans laisser d'air et le dérouler sans faire de plis. Si un pli se forme, réenrouler et recommencer. Il ne faut en aucun cas tirer dessus car cela créerait des tensions au niveau cutané donc des zones de fragilité
- Vérifier s'il n'y a pas de plis en passant la main sur toutes les faces
- Sur le manchon, enfiler un jersey jusqu'au dessus du genou
- Mettre le moignon dans l'emboîture tout en tirant l'extrémité inférieure du jersey par le fond de l'emboîture
- Le genou étant fléchi à 45° (relâchement des parties molles), d'une main, maintenir l'extrémité supérieure de l'emboîture, et, de l'autre, tirer sur le jersey vers le bas. Il ne faut pas appuyer avec le moignon. Les appuis sous rotuliens doivent venir en contact dans l'emboîture
- Le patient peut alors se verticaliser
- Si des douleurs apparaissent, vérifier si le chaussage est correct.

Le port de la prothèse va être progressif et entraîner une variation du volume du moignon. Cette variation se fera au cours d'une seule et même journée, cette perte de volume est compensée par l'ajout d'une chaussette d'épaisseur variable entre le bas en silicone et le jersey. Le patient doit apprendre à reconnaître cette variation de volume : le moignon descend dans l'emboîture, il n'est plus dans ses appuis et cela engendre un mouvement de piston et des signes de douleur (les saillies tendineuses et/ou osseuses viennent en butée dans les appuis plus marqués de la prothèse). Dès la présence de l'un de ces signes, il faut immédiatement cesser toute activité en appui dans la prothèse et compenser.



### 3.2.3.2. *Autosurveillance du moignon*

Il doit vérifier les zones d'appui (condyles, patella...), zones de compression (fosse poplitée), les changements de couleur de peau, pour voir s'il n'y a pas de rougeurs, plaies ou phlyctènes. Pour les zones moins accessibles (face postérieure du membre inférieur), il peut s'aider d'un miroir.

### 3.2.3.3. *Hygiène du moignon et du bas en silicone*

Le port du bas en silicone et/ou l'appui dans la prothèse entraîne la sudation du moignon. Il faut donc quotidiennement après chaque port de prothèse (voire plusieurs fois si sudation excessive), laver le moignon à l'eau et au savon doux. La transpiration est acide et risque d'entraîner des problèmes de peau. Si le patient a une mauvaise hygiène, il peut développer des problèmes dermatologiques donc entraîner une fragilité de la peau ce qui faciliterait les blessures et reporterait le port de la prothèse à plusieurs jours.

De plus, le patient devra laver quotidiennement son bas en silicone avec de l'eau et du savon doux et bien le laisser sécher, face gel à l'extérieur. Il ne faut en aucun cas porter le manchon si sa face interne n'est pas totalement sèche car l'humidité entraînerait la macération du moignon.

## 3.3. Phase d'appareillage semidéfinitif de verticalisation / de marche

### 3.3.1. Objectifs de la phase

Le patient a un moignon cicatrisé ou non en bonne voie de stabilisation de volume. C'est la première prothèse pour un amputé fémoral. La prothèse va aider au modelage du moignon grâce à l'appui. L'objectif premier est l'acquisition de la verticalisation,

indispensable pour certaines activités de la vie quotidienne (ouvrir la fenêtre, faire la vaisselle...) et en fonction des capacités du patient apprentissage de la marche avec puis si possible sans aide technique.

### 3.3.2. Rééducation

- autonomie au fauteuil roulant avec appareillage semidéfinif
- verticalisation, appui dans la prothèse
- équilibre statique, dynamique
- entraînement appui /marche unipodale
- rééducation à la marche
- utilisation de la prothèse dans les activités de la vie quotidienne
- gymnastique artéritique

### 3.3.3. Points clé de l'éducation

#### 3.3.3.1. Chaussage des différentes prothèses ⑪ ⑫

Les prothèses les plus couramment utilisées au centre étant à accrochage distal, j'ai donc décidé de cibler mon travail exclusivement sur ce type de prothèse.

↳ Pour la prothèse tibiale à accrochage distal :

Cette prothèse est simple d'utilisation en plus d'être légère, elle ne nécessite pas une dextérité trop fine. Par contre, elle est contre indiquée dans les arthroses fémoropatellaires.

Pour la chausser, le patient est assis. Le chaussage se fait suivant ces étapes :

Mise en place du manchon :

- retourner le manchon en silicone sur lui-même jusqu'à faire ressortir la cupule,
- plaquer la cupule contre l'extrémité du moignon, la surface de la cupule doit être bien horizontale pour ne pas laisser d'air entre le moignon et le manchon, sentir l'accrochage distal entre les pouces à l'avant et les doigts longs à l'arrière pour bien axer le clou,
- dérouler entièrement le manchon sur le moignon sans faire de plis,
- vérifier que l'axe du clou soit dans l'axe du moignon,
- si le clou est mal orienté, ôter le manchon et recommencer entièrement le chaussage. Il ne faut en aucun cas tirer sur le clou, car cela engendrerait des zones de tension au niveau cutané donc des zones de fragilité,

Mise en place de la prothèse :

- enfiler l'emboîture, la prothèse étant inclinée entre 45 et 90° par rapport au sol, talon au sol,
- exercer une pression au niveau du genou dans l'axe de la prothèse jusqu'à enclenchement du clou dans l'emboîture,
- se verticaliser,
- transférer l'appui sur la prothèse afin d'obtenir un verrouillage total.

Pour le déchaussage le patient est assis. Il faut simultanément enfoncer le bouton au bas de l'emboîture, maintenir la prothèse de l'autre main et retirer le moignon de l'emboîture.

↳ Pour la prothèse fémorale à accrochage distal :

Cette prothèse ne nécessite pas une dextérité fine. L'équilibre unipodal doit être parfaitement maîtrisé pour que la mise en place du manchon se passe en toute sécurité.

Pour chausser la prothèse toujours se mettre près d'un appui stable (table, rampe...).

Le chaussage débute en position assise.

Mise en place du manchon :

- retourner le manchon en silicone sur lui-même jusqu'à faire ressortir la cupule,
- plaquer la cupule contre l'extrémité du moignon, la surface de la cupule doit être bien horizontale pour ne pas laisser d'air entre le moignon et le manchon, sentir l'accrochage distal entre les pouces à l'avant et les doigts longs à l'arrière pour bien axer le clou,
- dérouler le manchon jusqu'à mi-cuisse,
- se verticaliser,
- dérouler le manchon entièrement sans faire de plis,
- vérifier que l'axe du clou soit dans l'axe du moignon,
- si le clou est mal orienté, ôter le manchon et recommencer entièrement le chaussage. Il ne faut en aucun cas tirer sur le clou, car cela engendrerait des zones de tension au niveau cutané donc des zones de fragilité,

Mise en place de l'emboîture :

- enfiler l'emboîture, la prothèse étant inclinée entre 0 et 45° par rapport au sol, le poids du corps doit entièrement se trouver sur le membre inférieur controlatéral,
- exercer une pression dans l'axe de la prothèse jusqu'à enclenchement du clou dans l'emboîture,
- ramener la prothèse en arrière en mettant le pied prothétique au même niveau que l'autre, écarté d'une largeur de bassin,
- transférer le poids du corps sur la prothèse pour obtenir un verrouillage total.

Pour le déchaussage, le patient est assis. Il faut simultanément enfoncer le bouton en bas de l'emboîture, et de l'autre main, tirer sur l'emboîture.

Le port de la prothèse va entraîner des variations de volume du moignon. L'ajout d'une chaussette entre le manchon et l'emboîture se fait selon les mêmes principes que pour la prothèse provisoire plâtrée tibiale.

### 3.3.3.2. *Autosurveillance du moignon*

C'est tout le temps que le patient doit surveiller son moignon. Dans les premiers temps, il faut le faire méticuleusement et très régulièrement. En effet, la patient doit apprendre à différencier les sensations normales (zones d'appui...) des sensations anormales (pompage, mauvais axe de la prothèse pendant le chaussage...) qui doivent l'obliger à enlever la prothèse, vérifier le moignon, et remettre la prothèse si le moignon n'a rien en adaptant le chaussage ou l'épaisseur de la chaussette.

Des lésions dues à des contraintes cutanées excessives peuvent apparaître en regard des reliefs osseux. Pour l'amputé tibial, elles se situent au niveau de la tête de la fibula, la crête tibiale, l'angle de Farabeuff, la patella et les condyles fémoraux, quant à l'amputé fémoral, c'est au niveau de la branche pubienne, de la tubérosité ischiatique et du grand trochanter. Elles peuvent se traduire par un érythème banal mais qui peut évoluer vers le phlyctène ou l'ulcération.

Il peut y avoir une atteinte des parties molles se manifestant par une ulcération due à une emboîture mal adaptée ou un mauvais chaussage. Elles siègent au niveau du creux poplité, des saillies tendineuses des ischio-jambiers pour l'amputé tibial et en regard de l'insertion des adducteurs pour l'amputé fémoral.

S'il arrive une de ces lésions, il faut vérifier le chaussage de la prothèse ou adapter l'épaisseur de la chaussette, ou en second recours après discussion avec l'équipe

pluridisciplinaire modifier l'emboîture. Dans tous les cas, il faut diminuer le temps de port pour limiter les contraintes et donc favoriser la guérison.

#### 3.3.3.3. *Hygiène du moignon et du manchon*

Le patient a déjà été sensibilisé quant à l'hygiène rigoureuse et quotidienne du moignon. Il ne faut pas hésiter à réitérer les conseils et à expliquer les risques encourus s'ils ne sont pas suivis. Le jersey, les manchons, les emboîtures doivent également être toujours propres et secs au moment du chaussage.

#### 3.3.3.4. *Montée et descente d'escaliers*

- Avec deux cannes anglaises :

Pour la montée, le patient avance son membre inférieur (MI) sain, les cannes puis le MI appareillé. Pour la descente, il descend ses cannes, le MI appareillé puis le MI sain.

Remarque : la montée des cannes peut devancer la montée du MI sain, ainsi le patient se penche plus en avant et peut y trouver un plus grand confort.

- Avec une canne anglaise :

La canne suit le mouvement du MI appareillé. Les étapes sont identiques que précédemment.

- Sans canne anglaise :

Soit le patient descend marche à marche alors les étapes sont identiques,

Soit la montée et la descente se font normalement, dans ce cas les flexions de hanches et genoux doivent être plus importantes. Certains amputés tibiaux (les plus dynamiques) peuvent monter les escaliers normalement, avec quelques difficultés à la descente. Pour les amputés fémoraux, il existe des genoux très sophistiqués (et très chers) pour les sujets jeunes et dynamiques permettant de les monter et de les descendre normalement.

### 3.3.3.5. *Obstacles*

En extérieur, le patient doit s'habituer à regarder plus loin pour, si possible, éviter les obstacles.

- L'obstacle est plus haut et plus large qu'une marche simple :

Le patient passe celui-ci en augmentant ses amplitudes articulaires de hanches et genoux. Il utilise la même technique que pour les escaliers.

- L'obstacle est plus haut et plus étroit qu'une marche simple :

Soit un enjambement de face : il attaque par le MI appareillé pour adapter ses amplitudes articulaires de hanche et genou, ou alors un enjambement de profil : flexion et abduction de hanche, flexion de genou avec le MI amputé en premier ou en second.

## 3.4. Phase de dynamisation avec appareillage semidéfinif

### 3.4.1. Objectif de la phase

Cette phase s'adresse aux patients dont l'objectif de rééducation est supérieur à l'aide aux transferts avec la prothèse.

### 3.4.2. Rééducation

- sevrage partiel / complet au fauteuil roulant
- équilibre statique, dynamique
- entraînement appui / marche unipodale
- réactions parachutes
- gymnastique artéritique
- réentraînement à l'effort

- endurance à la marche
- marche en extérieur si possible

### 3.4.3. Rééducation en groupe – Les points clé de l'éducation

En plus de ses séances quotidiennes, le patient intègre un groupe de travail pour une séance collective quotidienne d'une durée de une heure.

#### 3.4.3.1. *Critères d'inclusion*

Les critères d'inclusion dans le groupe sont l'autonomie au chaussage et au déchaussage de la prothèse, l'autonomie de déambulation avec aides techniques (déambulateur, cannes anglaises, cannes simples) ainsi qu'un état général (respiratoire, cardiovasculaire) permettant la marche même sur une distance peu importante.

#### 3.4.3.2. *Les objectifs de la rééducation en groupe*

Ils sont :

- le travail de l'équilibre statique, dynamique indispensable à la marche
- l'acquisition d'une marche de meilleure qualité pour que celle-ci soit la plus économique possible et donc permettre une meilleure endurance. Il faut pour cela travailler les transferts d'appui pour éviter les boiteries, travailler la dissociation des ceintures, le déroulement du pas...
- l'utilisation de la prothèse dans les activités de la vie quotidienne : escaliers, obstacles, terrains irréguliers, ramassage d'objets au sol...
- l'apprentissage de l'aller et relever du sol
- la reprise des gestes particuliers de travail ou loisirs du patient



→ de donner des conseils d'hygiène de vie. Par exemple, après une marche en extérieur sur une distance importante, déchausser la prothèse et vérifier le moignon. Les conseils donnés depuis le début de la prise en charge peuvent être appliqués, ce sont de véritables mises en situation de la vie après le séjour au centre.

#### 3.4.3.3. *Les différentes étapes de l'aller et relever du sol*

- Pour une personne amputée tibiale :
    - si le sujet est dynamique, souple, le passage de debout à la position au sol s'effectue avec la prothèse
      1. Le sujet est debout, le MI appareillé en arrière. Il place ses mains au sol
      2. Le patient pose son genou sain au sol
      3. Il se place en quadrupédie
      4. Et en fonction du geste à effectuer, il se positionne en décubitus dorsal, assis plage...
- Puis pour se relever du sol, les étapes sont identiques mais se font dans le sens inverse.

- si le patient a moins d'aisance et de capacité, il peut passer par la position assise pour aller au sol, et dans ce cas, la manœuvre se réalise sans prothèse (Annexe IV)
  1. Assis, le patient se tourne du côté du membre inférieur sain
  2. Il passe en chevalier servant, genou du moignon au sol
  3. Il se place en quadrupédie
  4. Et en fonction du geste à effectuer, il se positionne en décubitus dorsal, assis plage...

Puis pour se relever du sol, les étapes sont identiques mais se font dans le sens inverse.

- Pour une personne amputée fémorale :

Le passage de la position assise au sol s'effectue suivant les mêmes étapes que précédemment mais avec la prothèse, le genou prothétique servant d'appui.

Quant au passage direct de la position debout au sol, il se fait également avec la prothèse et suivant les mêmes étapes, le genou prothétique devant être déverrouillé.

#### 4. LE LIVRET

##### 4.1. Pourquoi un livret ?

Se faire amputer et porter une prothèse impliquent une nouvelle hygiène de vie et beaucoup de gestes indispensables à assimiler par le patient. Par ailleurs, nous savons que la non-intégration de tous ces gestes et conseils est une cause non négligeable d'échec à moyen terme de l'appareillage. En effet, si le patient ne respecte pas les règles d'hygiène du moignon et de la prothèse, il se dirigera inéluctablement vers des problèmes cutanés. Ces problèmes cutanés l'obligeront à abandonner un certain temps le port de la prothèse pour favoriser la cicatrisation. Si pendant la cicatrisation, le patient ne porte pas de contention comme il lui a été appris, son moignon va augmenter de volume ; la prothèse ne sera donc plus adaptée lorsqu'il voudra la rechausser : elle sera au mieux inconfortable mais risquera aussi de le blesser ! C'est un cercle vicieux que le patient peut facilement éviter en suivant les règles simples qui lui ont été apprises. Pour éviter les oublis, incompréhensions, il est judicieux de les résumer et de les transposer sur un support écrit. Ce livret sera utile pour le patient ainsi que pour son entourage, lors de la sortie du centre, car il serait un rappel pour conserver une bonne qualité de vie.

#### 4.2. Principes de rédaction et d'organisation du livret

Il doit comporter des phrases simples et des photos pour être le plus explicite possible. En effet, les patients amputés artéritiques sont pour la plupart âgés. Le vocabulaire utilisé dans le livret doit être le même que celui utilisé lors de la rééducation pour faciliter la compréhension.

Il est organisé suivant deux parties : la première regroupe tous les conseils communs, quant à la deuxième, elle est spécifique au type de prothèse. De cette façon, le patient peut plus aisément s'identifier et possède dans son livret les conseils qui lui sont propres.

#### 4.3. Contenu du livret

##### 4.3.1. Rappels sur l'artérite

Il faut expliquer au patient quelle est l'origine de son amputation, lui donner des notions simples sur sa pathologie, et bien lui faire comprendre que l'amputation n'a pas stoppé la maladie, mais que l'artérite est présente sur tout son réseau artériel.

##### 4.3.2. Entretien du moignon

Il faut préciser la nécessité d'une bonne hygiène du moignon et de l'autosurveillance, voire surveillance par une tierce personne, mais aussi du port d'une contention.

##### 4.3.3. Entretien de la prothèse

Le manchon doit être rigoureusement lavé et séché tout comme le moignon. La prothèse nécessite un nettoyage et un contrôle régulier de l'intégrité (vis...). Il faut aussi parler du changement de chaussures qui fait partie intégrante de la prothèse.

#### 4.3.4. En cas de douleurs ou blessures

Le patient doit apprendre à gérer lui-même ses blessures, à reconnaître les douleurs anormales. Si un doute apparaît, il doit toujours alerter le médecin ou le prothésiste.

#### 4.3.5. Entretien du membre inférieur controlatéral

Une hygiène et un contrôle du membre inférieur doivent être effectués tous les jours pour prévenir à une éventuelle amputation. Il faut également effectuer une gymnastique quotidienne qui est détaillée dans le livret « Je prends soin de mes artères ».

#### 4.3.6. Entretien général

Il faut éliminer les facteurs de risque de l'artérite, tabac et alcool. L'hypertension artérielle, le diabète et l'hypercholestérolémie doivent être stabilisés par un traitement médicamenteux si nécessaire et par un régime alimentaire adapté. Il faut également avoir un poids stable pour éviter les variations de volume de moignon donc éviter des problèmes de chaussage. Le médecin traitant en est l'interlocuteur privilégié.

#### 4.3.7. Aller et relever du sol

Ce chapitre permet de donner de manière simple les différentes étapes par des photos avec une petite légende explicative.

#### 4.3.8. Page conseils personnels

La page blanche est destinée à l'équipe pluridisciplinaire pour qu'elle puisse y mettre des remarques concernant le patient . Elle peut servir de carnet de bord au patient lorsqu'il vient en visite chez son prothésiste par exemple.

#### 4.3.9. Chaussage et déchausage de la prothèse

Il faut y décrire de manière simple et concise les différentes étapes pour mettre sa prothèse à l'aide de photos et phrases simples.

Ce chapitre sera ajouté dans le livret suivant le type d'amputation (fémorale ou tibiale).

#### 4.3.10. Adresses, numéros de téléphone, carnet de rendez-vous.

Il permet de regrouper toutes les informations utiles concernant la prise en charge. Cela évite d'accumuler de nombreux papiers.

#### 4.4. Proposition du livret (Annexe V)

### 5. DISCUSSION

Lors de sa prise en charge d'une personne amputée artéritique, l'éducation tient une part prépondérante dans la rééducation prothétique. Afin que le patient ait un support sur cette éducation à la sortie du centre, la conception d'un livret simple d'utilisation nous a paru indispensable pour favoriser le succès à moyen et long terme de l'appareillage.

J'ai choisi de destiner ce livret exclusivement aux personnes amputées artéritiques et porteuses d'une prothèse à accrochage distal. Les conseils concernant l'hygiène du moignon, du manchon, les conduites à tenir en cas de blessures... peuvent s'adresser à tous les patients amputés quelque soit leur type de prothèse. Pour que l'ensemble du livret puisse s'adresser à une population plus large, d'autres types de prothèse (prothèse de type contact, prothèse à suspension à emboîture quadrangulaire...) auraient dû être abordés. S'adressant aux personnes amputées artéritiques, des informations sur la pathologie, sur l'hygiène alimentaire devaient y être intégrées car elles feront intégralement partie de leur éducation. De par ces

devaient y être intégrées car elles feront intégralement partie de leur éducation. De par ces quelques points spécifiques à l'artérite, il ne peut s'adresser à une population comme les amputés traumatiques.

## 6. CONCLUSION

A travers ce travail écrit, nous avons montré la place de l'éducation du patient lors de sa rééducation prothétique. De cela a découlé la réalisation d'un livret, son but étant de répondre aux interrogations que le patient peut avoir de retour à domicile, et ainsi, lui assurer une bonne qualité de vie et une autonomie à sa mesure.

Le livret a également été réalisé en demandant aux patients ce qu'ils trouvaient indispensable d'y voir figurer. Il aurait été également intéressant d'interroger des personnes ayant quitté le centre à plus ou moins long terme, pour savoir de manière concrète vers où aller leurs interrogations. Pour avoir la valeur de ce livret, il faudra demander aux patients l'ayant reçu de répondre à un questionnaire quelques mois après leur sortie, et, en fonction de leurs réponses, nous pourrons l'améliorer.

Je voudrais souligner que si « c'est la prise en charge initiale qui conditionne le pronostic » <sup>③</sup>, le livret est un véritable « plus » de l'éducation du patient, et donc, favorise à sa mesure la réussite à long terme de l'appareillage.

Ce travail écrit m'a apporté une connaissance plus pointue de ce type de rééducation, et m'a fait prendre conscience que l'éducation est un élément important de notre profession. Il a surtout permis d'aboutir sur la création d'un outil utilisable quotidiennement par l'équipe pluridisciplinaire et par le patient.

## BIBLIOGRAPHIE

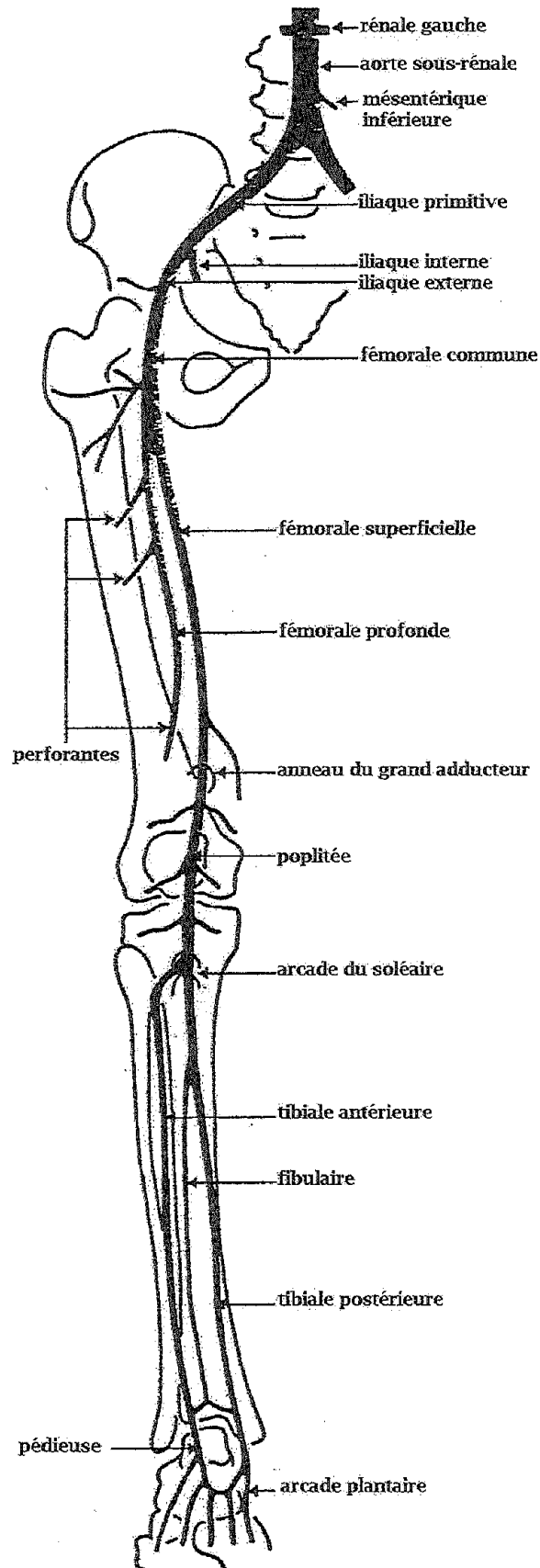
1. GATTO F., VIEL E.- Pédagogie et éducation à la santé.- Annales de kinésithérapie, 2001, 28, 1, p.11 – 19.
2. VIEL E. – Méthodologie de l'éducation du patient : comment répondre à une obligation faite à aux professionnels de santé. – Annales de kinésithérapie, 2001, 28, 3, p.128 - 143.
3. CALLAY C., VIDAL F.- Devenir de l'amputé artéritique : à propos de 79 cas. – BONNEL F., BARRAULT JJ., BLOTMANN F. – Appareillage des membres inférieurs. – Paris : Springer – Verlag, 1989. – p. 381 – 392.
4. PERREIN D. et collaborateurs. - Encyclopédie de massokinésithérapie, la rééducation et appareillage des amputés de membres inférieurs d'origine vasculaire. - Kinésithérapie scientifique, 1994, 335, p. 31 - 34 .
5. THOUMIE P., THEVENIN - LEMOINE E., BEDOISEAU M. - Cinésiologie des muscles de la ceinture scapulaire au cours de la locomotion en fauteuil roulant - Annales de réadaptation et de médecine physique,1994, 37, p. 365 - 370.
6. BONJEAN M. , RIGAL F. , SIANI F. , LOCQUENEUX G. , - Oedème du moignon : une nouvelle technique de contention - Annales de Kinésithérapie, 1995, 22, 9, p. 90 - 94.

7. ARGA A. - Problèmes d'appareillage et de rééducation des amputés du membre inférieur . - Paris : MALOINE, 1971. – 119 p.
8. CASILLAS J. M. , JAMET C. , - Réadaptation à l'effort au cours de l'artériopathie des membres inférieurs . - J. Réadapt. Méd. , 1998, 18, n°4, 161 - 166.
9. HA VAN G. , BENICHOU M. , CHIESA G. - Les soins aux amputés des membres inférieurs –Concours Médical, 1988 - 110 - 23 -p. 1970 - 1975 .
10. LOCQUENEUX G. , BONJEAN M. , TREBERN F. , BAUDIN P. , BOUSSARD D. , RIGAL F. - Electrostimulation antalgique et douleur fantôme de l'amputé. - Annales de kinésithérapie, 1993, 20, 3, p.141 - 144.
11. RAUPP J. C. , GRUMLER B. , LARDRY J. M. , - La rééducation et l'appareillage des amputés ( 7 ) - VIEL E. , PLAS F. - Dossiers de kinésithérapie. - Paris, Masson, 1991 - 94 p.
12. BONNEL F. , BARRAUT J. J. , BLOTHAN F. - Appareillage des membres inférieurs - Paris : Springer – Verlag, 1989, 314 p.
13. PERREIN D. et collaborateurs. - Encyclopédie de massokinésithérapie, la rééducation et appareillage des amputés de membres inférieurs d'origine vasculaire. - Kinésithérapie scientifique, 1994, 338, p. 30 - 31 .



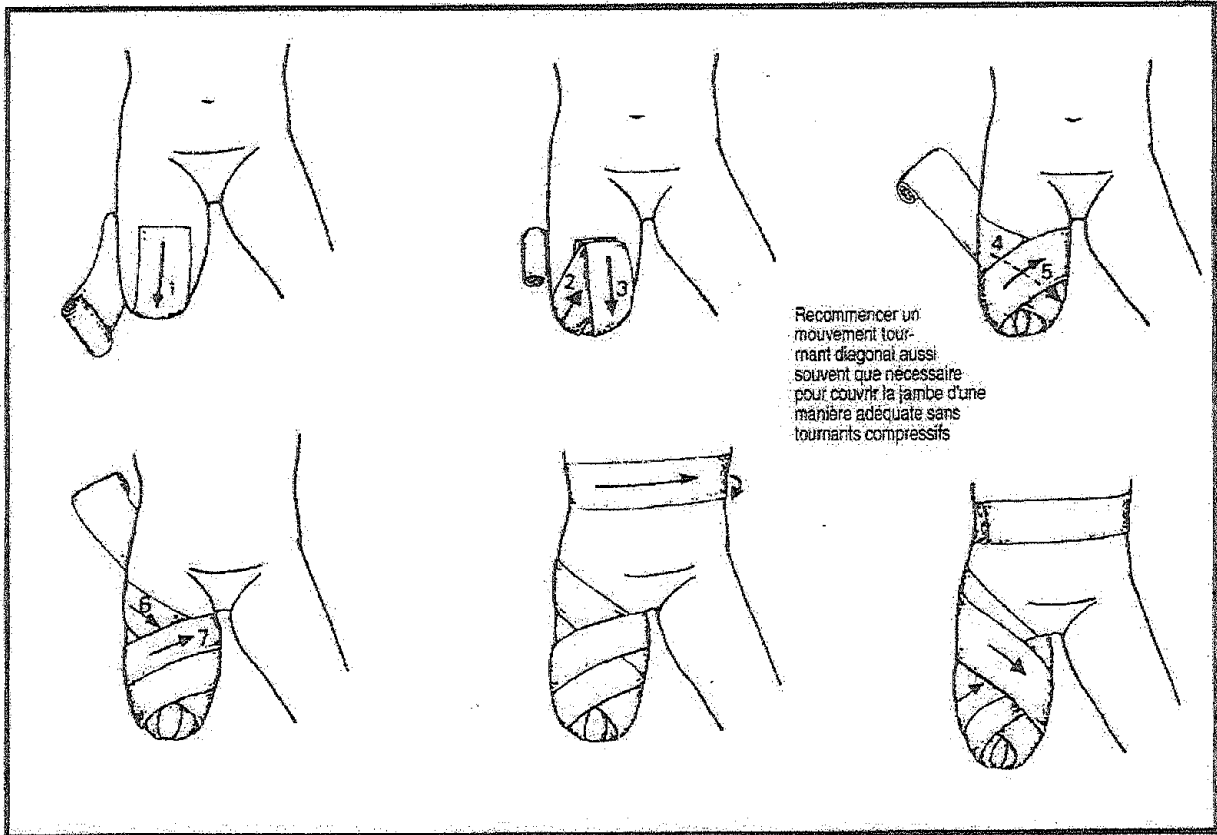
# ANNEXES

# Annexe I



*Schéma des artères du membre inférieur*

## Annexe II

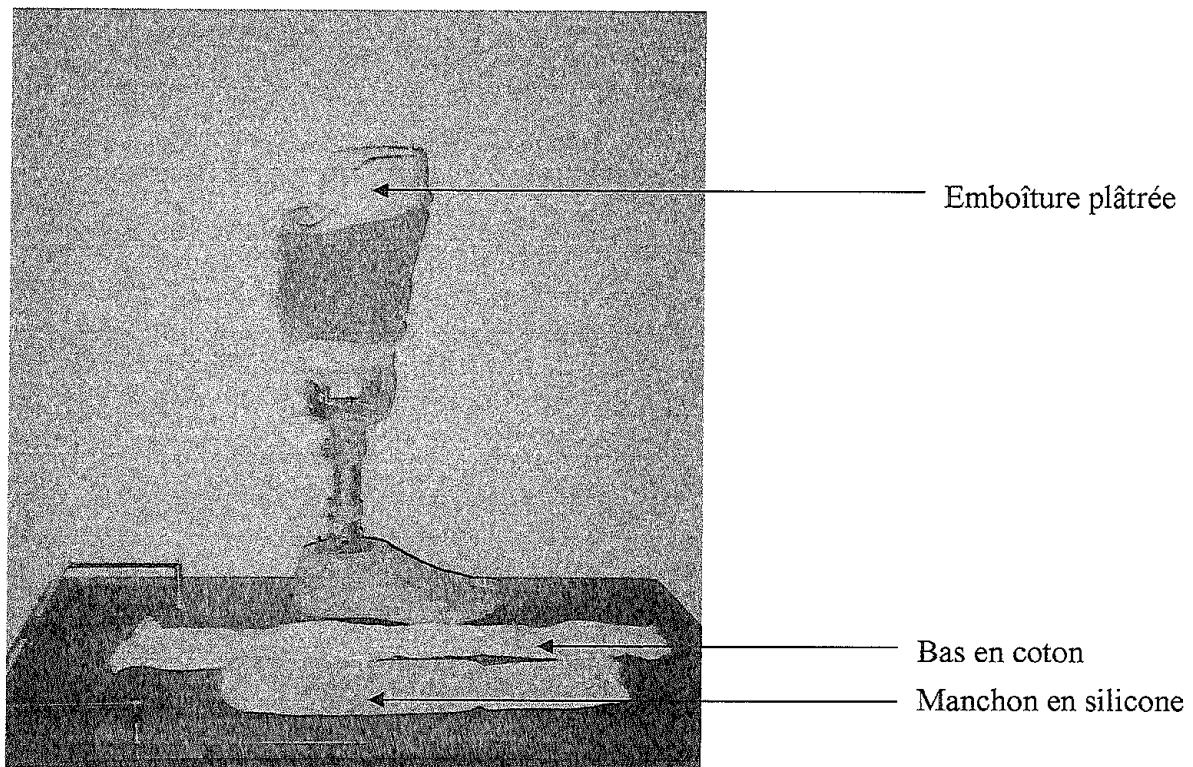


*Principe pour la pose d'une bande Biflex® sur un moignon de cuisse*



*Principe pour la pose d'une bande Biflex® sur un moignon de jambe*

## Annexe III

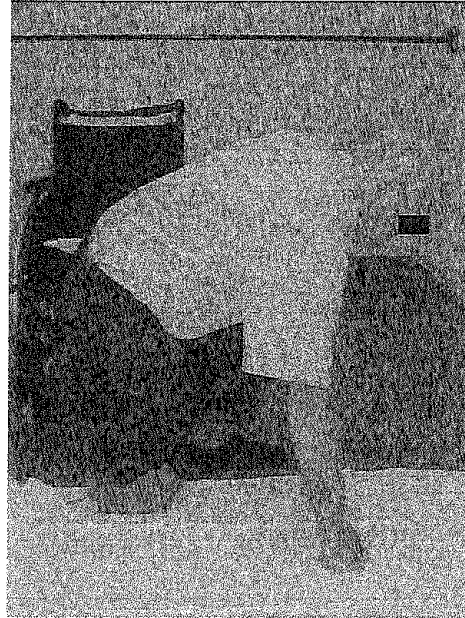


*Prothèse provisoire plâtrée tibiale*

## Annexe IV



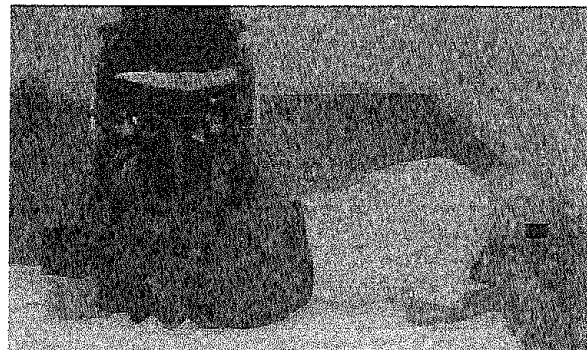
1. Se tourner du côté du MI sain



2. Passage en chevalier servant



3. Passage en quadrupédie



4. Passage dans la position désirée

*Passage au sol pour un patient amputé tibial*

## Annexe V

**A la sortie du centre...**

## SOMMAIRE

1. Qu'est ce que l'artérite ?.....	4
2. Entretien du moignon.....	5
3. Entretien de la prothèse.....	7
4. En cas de douleurs et blessures.....	9
5. Entretien de la jambe non-amputée.....	10
6. Entretien général.....	11
7. Aller et relever du sol.....	12
8. Page conseils personnels.....	14
9. Chaussage et déchaussage de la prothèse.....	15
10. Adresses, numéros de téléphone, carnet de rendez-vous.....	19



## 1. Qu'est ce que l'artérite ?

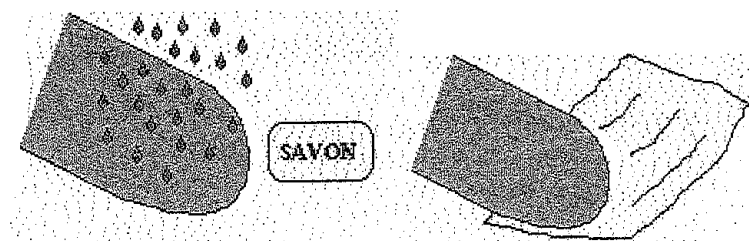
C'est une maladie des artères, notamment du cœur, des yeux, des reins, des membres inférieurs. Des petites particules viennent se fixer aux parois de l'artère jusqu'à la boucher totalement. Tous les tissus qu'elle irriguait ne reçoivent plus de sang et se nécrosent. Pour sauver les tissus du dessus, il faut amputer les parties mortes.

Les facteurs de risque principaux sont le tabac, l'alcool, l'hypercholestérolémie et l'hyper tension artérielle.

## 2. L'entretien du moignon

### ○ Hygiène du moignon

Lavez votre moignon TOUS LES JOURS à l'EAU et au SAVON DOUX (savon de Marseille) et bien le SECHER.



Si vous transpirez beaucoup, faites-le plusieurs fois dans la journée.

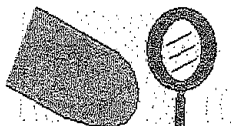
⚠ Si vous devez mettre de la crème sur votre moignon, mettez-la le soir après l'avoir lavé car sinon vous risquez l'allergie et la macération dans le manchon.

⚠ Avant de mettre une contention, vérifiez que le moignon soit bien sec.

o Surveillance du moignon

Surveillez plusieurs fois par jour la peau de votre moignon

! Pour les zones moins accessibles, aidez vous d'un petit miroir !



Si vous constatez des plaies, phlyctènes, ne portez plus la prothèse et reportez vous page 9

o Contention

Votre moignon va encore varier de volume. Il peut mettre jusqu'à un an après amputation avant de se stabiliser.

Si vous ne portez pas la prothèse, mettez TOUJOURS une contention sèche et propre.

La contention peut être soit le manchon en silicone, soit du jersey (le changer quand il est effiloché ou distendu).

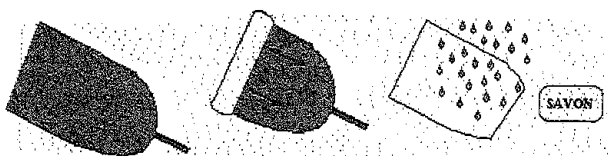


La nuit laissez le moignon à l'air.

### 3. Entretien de la prothèse

- Le manchon

Le manchon doit être lavé TOUS LES JOURS à l'EAU  
et au SAVON DOUX.



Et bien le laisser sécher à l'envers.

- L'emboîture

Elle doit TOUJOURS être PROPRE et SECHE.

- Le genou et/ou le pied prothétique

Si vous constatez un bruit inhabituel ou un jeu anormal,  
contactez votre prothésiste. N'y touchez pas vous même.

○  CHANGEMENTS DE CHAUSSURES

Il doit y avoir 2 cm de différence entre le talon et la pointe de la chaussure. Demandez conseil à votre prothésiste avant de les porter, des réglages sur la prothèse peuvent être nécessaires.

#### 4. En cas de douleurs ou blessures

- Si la plaie ou l'ampoule est de taille minime, séchez à l'alcool et mettez un pansement (type COMFEEL). Surveillez régulièrement.
- Si vous avez une plaie ou ampoule importante, séchez à l'alcool ou à l'éosine, laissez à l'air régulièrement. Le temps de la cicatrisation, mettez un pansement sous la contention (manchon ou jersey). Réduisez le temps de port de la prothèse et marchez avec des cannes anglaises ou avec un déambulateur pour soulager l'appui dans la prothèse.

? Vous avez un doute sur la plaie ou si elle se reproduit, appelez votre médecin.

- Si vous avez une douleur après le chaussage de la prothèse, enlevez la prothèse et recommencez le.

! Si le chaussage est correct et que la douleur persiste appelez le prothésiste ou le médecin.

## 5. Entretien de la jambe non amputée

### ○ Surveillance

Lavez et séchez soigneusement votre pied TOUS LES JOURS. Si vous avez une plaie, soignez-la immédiatement, mais si elle persiste consultez le médecin.



Contrôlez TOUS LES JOURS ou faites contrôler par quelqu'un d'autre l'aspect de la jambe non amputée.



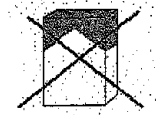
Ne blessez pas votre pied. Portez des chaussures confortables et n'hésitez pas à voir régulièrement un pédicure.

### ○ Gymnastique de la jambe non amputée

↳ Reportez vous au livret « je prends soin de mes artères ».

## 6. Entretien général

Il faut impérativement arrêter le tabac,



arrêter l'alcool,



surveiller sa tension artérielle, son taux  
de cholestérol, son diabète

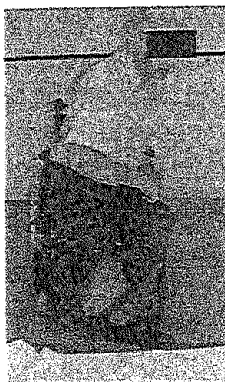
Si vous avez une hypercholestérolémie ou du diabète, faites vous  
surveiller par votre médecin, il faut suivre un régime adapté  
conseillé par votre diététicien.

Dans tous les cas vous devez avoir une alimentation  
EQUILIBREE car il faut éviter les variations de volume de  
moignon donc des problèmes de chaussage.



7. Aller et relever du sol

↳ Amputé tibial



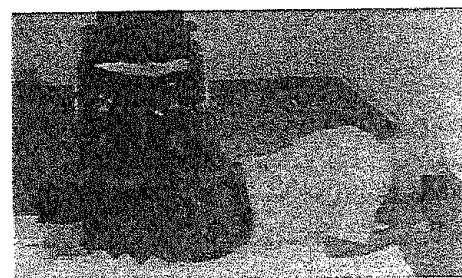
Tournez-vous du côté  
du membre sain




Passez en chevalier-  
servant



Passez à quatre pattes



Passez à la position souhaitée

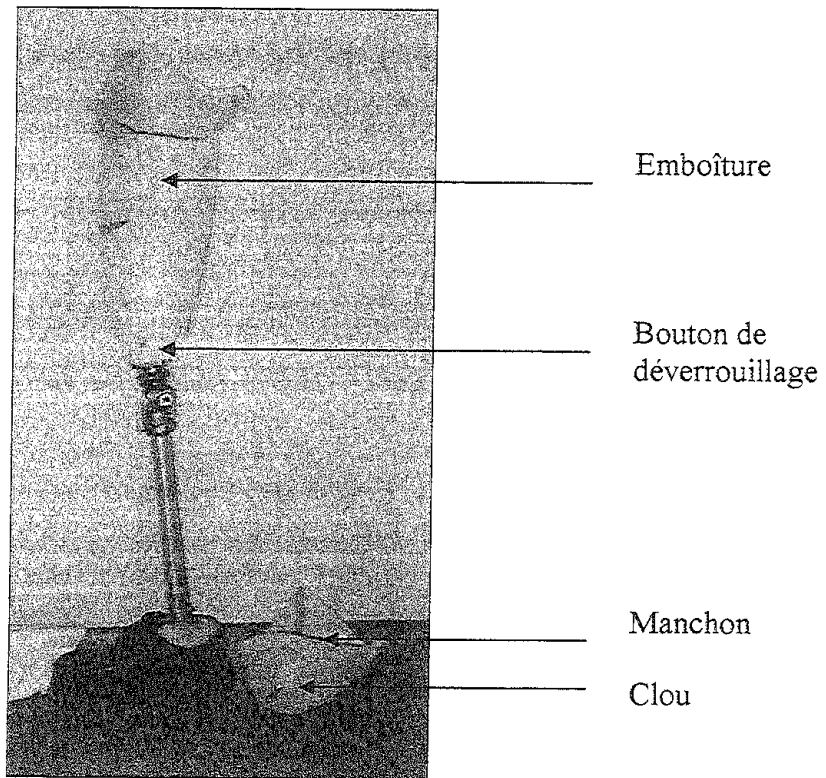
 Amputé fémoral

Suivez les mêmes étapes mais avec votre prothèse, le genou prothétique devant être déverrouillé.



N'essayez pas cette technique seul si vous ne les maîtrisez pas à la sortie du centre.

## 9. Chaussage et déchaussage de la prothèse



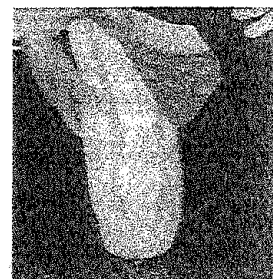
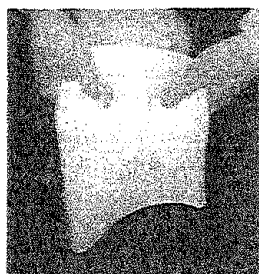
# Chaussage

Asseyez-vous pour mettre votre manchon

## Mise en place du manchon



Retournez le manchon sur lui-même jusqu'à refaire sortir la cupule du fond.



Plaquez la cupule contre le bout du moignon sans laisser d'air puis déroulez le manchon sans faire de plis jusqu'à mi-cuisse

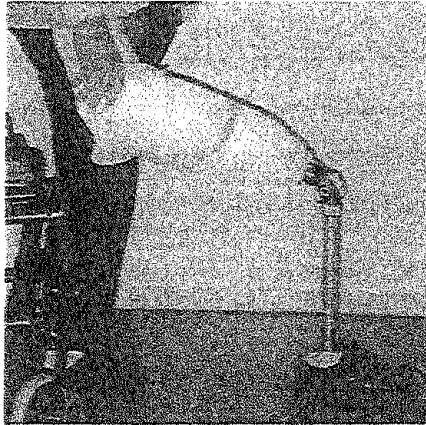


Alignez le clou dans l'axe du moignon.

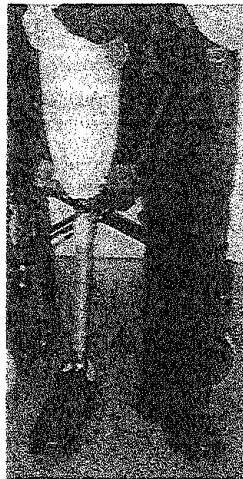
DEBOUT, déroulez le manchon jusqu'en haut.

! Vérifier que le clou soit bien dans l'axe, sinon recommencez depuis le début

## Mise en place de la prothèse



Enfilez la prothèse en l'inclinant vers vous, pied de la prothèse au sol. Bien garder le poids du corps sur le membre inférieur non amputé.



Amenez le pied de la prothèse à côté de l'autre pied et transférez le poids du corps sur la prothèse.

# Déchaussage

Asseyez-vous.



Appuyez sur le bouton en bas de l'emboîture et avec l'autre main tirez sur la prothèse.