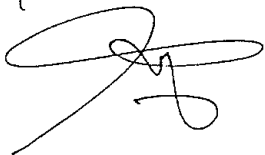


MINISTERE DE LA SANTE
REGION LORRAINE
ECOLE DE KINESITHERAPIE DE NANCY

REEDUCATION D'UNE JEUNE AMPUTEE APPAREILLEE SANS APPUI CONTROLATERAL

ECOLE DE
KINÉSITHÉRAPIE ET ERGOTHÉRAPIE
57 bis, rue de Nabécor
54000 NANCY

19.04.93



Rapport de travail écrit personnel
présenté par Brigitte RIBAUD
étudiante en 3ème année de kinésithérapie
en vue de l'obtention du diplôme d'état
de masseur-kinésithérapeute
1992-1993

SOMMAIRE

RÉSUMÉ

1. INTRODUCTION	1
2. BILAN DE DÉPART	3
2.1. Moignon de jambe droite.....	3
2.2. Jambe gauche ostéosynthésée.....	3
2.3. Aspects généraux.....	5
2.4. Conclusions du bilan.....	6
3. PROPOSITIONS KINÉSITHÉRAPIQUES	7
3.1. Pour le moignon.....	7
3.2. Pour la jambe gauche ostéosynthésée.....	8
3.3. Propositions kinésithérapiques plus générales.....	8
4. DESCRIPTION DE L'APPLICATION PRATIQUE DES TECHNIQUES.....	9
4.1. Techniques concernant la jambe amputée.....	9
4.1.1. Le travail de la cicatrice.....	9
4.1.2. La rééducation à visée musculaire et articulaire.....	10
4.1.3. Apprentissage du chaussage de la prothèse et de l'hygiène.....	10
4.1.4. Apprentissage de la marche sur le membre prothésé.....	11
4.2. Techniques concernant la jambe ostéosynthésée.....	12
4.2.1. Lutte contre l'oedème.....	12
4.2.2. Lutte contre la limitation d'amplitude articulaire.....	13
4.2.3. Le travail musculaire.....	14
4.2.4. La rééducation proprioceptive précoce.....	14
4.3. Rééducation à visée plus globale.....	14
4.4. Modification en cours de traitement.....	15
5. BILAN DE FIN DE STAGE ET DISCUSSION	16

5.1. Le membre inférieur droit (amputation tibiale).....	16
5.2. Le membre inférieur gauche (ostéosynthésé).....	16
5.3. Aspects plus généraux.....	17
5.4. Discussion.....	17
6. CONCLUSION	18
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

RÉSUMÉ

Ce rapport de cas clinique expose la prise en charge kinésithérapique d'une jeune fille de 19 ans victime d'un accident de la voie publique.

La patiente présentait des dégâts importants aux deux membres inférieurs. La jambe droite n'ayant pu être sauvée, l'amputation fut inévitable. La jambe gauche était dans un état cutané, musculaire et osseux très préoccupant.

L'objectif principal de la rééducation était de parvenir, le plus rapidement possible, à une remise en charge avec prothèse de jambe à gauche et aide manuelle.

La particularité de ce cas réside dans le fait que la jambe récemment appareillée devait devenir membre inférieur porteur, vu l'état du membre inférieur controlatéral, et ce jusqu'à une éventuelle récupération fonctionnelle de celle-ci. Habituellement le membre inférieur appareillé est largement secondé par l'autre, sain.

1. INTRODUCTION

A la suite d'un accident de la voie publique survenu le 26 mars 1992, Virginie R. 19 ans, a été transportée au C.H.R. de Metz pour un polytraumatisme. Elle présentait un fracas ouvert du quart inférieur de la jambe droite avec ischémie d'emblée, et une fracture ouverte stade trois bifocale de la jambe gauche. Malgré toutes les tentatives de revascularisation du pied droit, le chirurgien fut contraint de pratiquer une amputation au tiers supérieur de la jambe droite. Une ostéomyoplastie n'a pu être réalisée et le moignon fut laissé en cicatrisation dirigée. Dans un même temps, le chirurgien a procédé à l'ostéosynthèse par enclouage centromédullaire de la jambe gauche où il existait de gros dégâts cutanés et musculaires qui ont nécessité la réalisation, un mois plus tard, d'un lambeau de soléaire à pédicule supérieur et d'un lambeau cutané prélevé au niveau du tiers inférieur de la face interne de cuisse gauche. Trois mois plus tard, une seconde intervention chirurgicale au niveau de la jambe gauche s'imposait, elle présentait en effet une pseudarthrose septique.

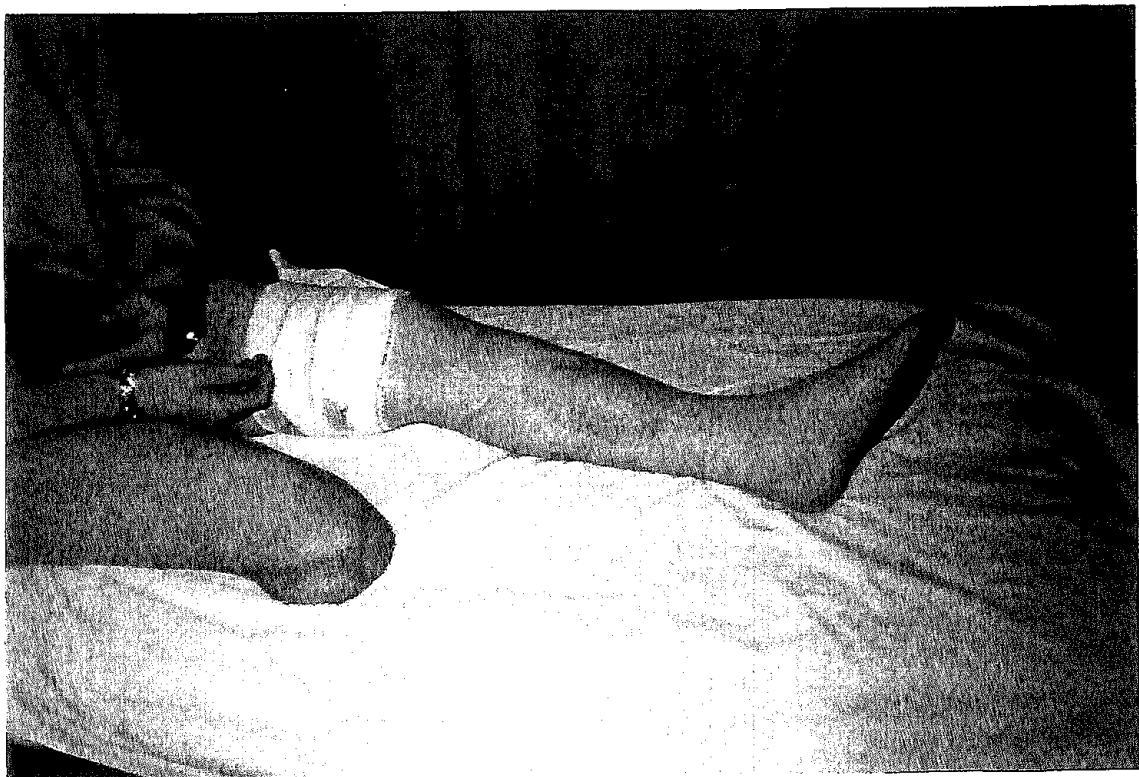
Le 07 juillet 1992, Virginie est transférée au centre de rééducation de Vernéville et m'a été confiée le 07 septembre 1992. La patiente déambule en fauteuil roulant, son moignon droit ne présente pas de problème particulier permet la confection d'une prothèse provisoire. L'état de sa jambe gauche est par contre très préoccupant. La cheville présente un oedème très important ainsi qu'un enraidissement en équin. Le prélèvement du lambeau cutané au niveau de la cuisse n'est toujours pas cicatrisé et nécessite encore quotidiennement des soins infirmiers.

Il faut donc de façon prioritaire axer la rééducation vers une remise en charge unipodale sur le membre prothétique afin d'obtenir le plus rapidement

possible la reprise d'une autonomie en cannes. C'est pourquoi l'adaptation d'un appareillage s'impose afin d'autoriser une déambulation, compte tenu du fait que la reprise de l'appui sur la jambe ostéosynthésée devient hypothétique vu la tendance pseudarthrosique du foyer de fracture.

En ce qui concerne la jambe gauche, la priorité est de lutter contre l'oedème et de réduire l'équin dans l'attente d'une consolidation osseuse.

Parralèlement, la mise en route d'une prise en charge socio-professionnelle est indispensable.



2. BILAN DE DÉPART

2.1. Moignon de jambe droite

A l'inspection nous notons une large cicatrice à la face inférieure du moignon tibial. L'état cutané est satisfaisant, nous remarquons cependant une tendance chéloïde au niveau de la branche latérale droite de la cicatrice. Le moignon ne présente pas d'œdème.

La palpation révèle une température normale du moignon, sans sudation excessive. Des petites zones de paresthésie sont présentes au niveau de la branche latérale droite ainsi qu'au niveau du pôle inférieur de la cicatrice où nous notons quelques zones d'adhérence. Nous constatons une absence de sensibilité au niveau de la majeure partie de la cicatrice.

Le bilan articulaire nous montre des amplitudes normales au niveau du genou ainsi qu'au niveau de la hanche sus-jacente.

Une bonne tonicité du moignon est constatée lors du bilan musculaire. Le quadriceps et les ischios-jambiers sont cotés à quatre. Les muscles de la hanche homolatérale sont également à quatre d'après L. DANIELS et C. WORTHINGHAM.

Le moignon est appareillé par une prothèse de type contact. La patiente n'est pas encore en mesure de mettre seule son appareillage.

2.2. Jambe gauche ostéosynthésée

Un large lambeau de greffe (20 par 10 cm) apparaît à la face antéro-interne

longitudinale de sept centimètres est présente au niveau du tiers supérieur de la crête tibiale correspondant à la mise en place de la vis qui permet le verrouillage du clou centromédullaire. La cheville se présente en équin, et un oedème important englobe le pied et les régions malléolaires. La peau apparaît fine et desquamante.

La palpation révèle un oedème vasculaire mis en évidence par un signe du godet positif. La température cutanée de la jambe et du pied est normale, il n'y a pas de sudation excessive. Nous constatons une absence de sensibilité au niveau de tout le territoire greffé. Le lambeau de greffe apparaît cartonné et durci à la palpation. Les mesures circonférentielles de l'oedème nous donnent : circonférence passant par la styloïde du cinquième métatarsien : vingt cinq centimètres et circonférence du coup de pied passant par les deux malléoles : vingt neuf centimètres.

Le bilan articulaire met en évidence une limitation importante de l'extension des orteils. Les mouvements de pronosupination, de varus et valgus du pied sont présents mais très limités en amplitude. La tibio-tarsienne est en équin de moins quinze degrés, angle à partir duquel seulement cinq degrés de flexion et d'extension sont possibles. Ces limitations importantes d'amplitude articulaire sont dues d'une part à l'oedème mais aussi à des rétractions musculaires et capsulo-ligamentaires. Par ailleurs les amplitudes de la hanche et du genou homolatéraux sont normales.

Le bilan musculaire nous révèle une estimation à deux moins des muscles fléchisseurs et extenseurs de la cheville compte tenu des limitations d'amplitude. Les muscles de la hanche et du genou sont à quatre d'après L.DANIELS.

Les muscles de la hanche et du genou sont à quatre d'après L.DANIELS.

2.3. Aspects généraux

Nous constatons un bon état général de la patiente. Il faut cependant souligner un manque de tonicité de la sangle abdominale et une tendance à la surcharge pondérale (70 kg pour 1,60 m).

La force musculaire des membres supérieurs est satisfaisante mais nécessite une tonification en vue du béquillage.

Du point de vue fonctionnel, Virginie se déplace en fauteuil roulant, elle est autonome dans ses transferts, elle s'habille seule. Elle vit chez ses parents qui la prennent totalement en charge.

Virginie n'est pas très motivée par sa rééducation et ne s'investit pas réellement. Elle ne souhaite d'ailleurs pas être interne au centre et préfère rentrer chez elle tous les soirs. Elle n'exprime pas directement son anxiété et prétend ne pas se poser de questions en ce qui concerne son avenir.

Du point de vue professionnel nous ne ressentons pas non plus de réelles motivations, elle refuse de profiter des cours qui lui sont proposés au centre de Vernéville et qui devraient lui permettre un reclassement professionnel. Au moment de l'accident elle avait abandonné ses études et occupait un poste de caissière dans un supermarché.

Ce manque global de motivation n'est pas seulement à attribuer à un état

pseudo-dépressif mais aussi à sa personnalité, à son jeune âge et à son milieu familial.

2.4. Conclusions du bilan

Les points importants qui découlent du bilan sont, en ce qui concerne le moignon droit, lutter contre les zones d'adhérence pour permettre une meilleure adaptation de la prothèse et apprendre le chaussage de celle-ci. Au niveau de la jambe gauche ostéosynthésée les priorités sont de combattre l'oedème, de réduire l'équin et d'améliorer la trophicité de la cicatrice.

Les objectifs principaux concernant la rééducation sont de parvenir le plus rapidement possible à une maîtrise de l'appui et de la déambulation sur le membre prothétique avec aide manuelle, jusqu'à l'obtention de la consolidation osseuse de la jambe gauche. La rééducation se bornera à une récupération trophique et articulaire afin de préparer l'éventuelle reprise de l'appui.

3. PROPOSITIONS KINÉSITHÉRAPIQUES

3.1. Pour le moignon

Nous nous attachons à maintenir une trophicité satisfaisante. Nous tentons de lutter contre les zones adhérentes en pratiquant tous les jours un massage adapté et précis de la cicatrice, ainsi qu'en utilisant les ultra-sons pour leur action fibrinolytique.

Afin de lutter contre les paresthésies, nous profitons du "Sensibiliss" qui est un appareil à sable pulsé.

Il faut s'intéresser également aux qualités musculaires du membre inférieur amputé. La globulisation n'est dans ce cas pas indiquée car la prothèse tibiale est de type contact et non à adhérence musculaire. Cependant des contractions statiques des muscles du moignon sont nécessaires afin de conserver et d'améliorer une trophicité et une qualité de feutrage musculaire.

Le moignon étant le moteur de la prothèse, nous nous devons de conserver au niveau du membre inférieur amputé un jeu articulaire et une force musculaire indispensables à la déambulation. D'autant plus que dans ce cas précis, et contrairement aux cas plus classiques, le membre inférieur porteur sera le membre appareillé et ce jusqu'à obtention de la consolidation de la jambe controlatérale.

Nous effectuons donc un entretien articulaire du genou et de la hanche et un renforcement musculaire en insistant surtout sur le quadriceps indispensable au bon verrouillage du genou et sur les fessiers qui assureront la stabilité du bassin.

Nous évoluons progressivement depuis l'apprentissage du chaussage de la prothèse et de l'hygiène du moignon jusqu'à la maîtrise de la déambulation sur la jambe prothésée avec deux cannes anglaises, et ce en passant par l'utilisation du plan incliné qui permettra une remise en charge progressive.

3.2. Pour la jambe gauche ostéosynthésée

Nous luttons en priorité contre les troubles trophiques et contre les limitations d'amplitude articulaire du pied et de la cheville. Pour combattre l'oedème nous utilisons les bains écossais, la mise en position déclive, le massage à visée circulatoire ainsi que la mobilisation du pied et de la cheville. Toutes ces techniques contribuent à lutter contre la stase veineuse. Afin de réduire l'équin et d'obtenir une mobilité articulaire convenable, des mobilisations biquotidiennes sont indispensables en attendant l'éventuelle reprise de l'appui.

Un travail musculaire est également nécessaire, il intéresse la totalité du membre inférieur gauche, la récupération se fera au prix de contractions dynamiques et statiques effectuées de façon pluriquotidienne. Nous débutons de manière précoce une rééducation proprioceptive afin de familiariser le sujet à la sensation de contact plantaire.

3.3. Propositions kinésithérapiques plus générales

Un renforcement musculaire au niveau des membres supérieurs et du tronc fait également partie des objectifs de rééducation. En effet une bonne tonicité est indispensable afin de suppléer à la défaillance des membres inférieurs. Une surveillance pondérale est aussi de rigueur.

4. DESCRIPTION DE L'APPLICATION PRATIQUE DES TECHNIQUES

4.1. Techniques concernant la jambe amputée

4.1.1. Le travail de la cicatrice

Lors du bilan de départ, nous avons mis en évidence une tendance chéloïde au niveau de la branche latérale droite de la cicatrice où nous avons noté également une zone d'adhérence.

Le massage permet d'améliorer l'état trophique de la cicatrice. Nous effectuons des manoeuvres très serrées en réalisant un pétrissage tridigital sur tout le trajet concerné ainsi que des frictions sur les points douloureux ou de résistance jusqu'à ce que la mobilisation par rapport aux plans sous-jacents soit possible. Le massage se fera deux fois par jour et intéresse aussi le reste de la cicatrice.

Les ultra-sons contribuent de même à la lyse des fibres collagènes au niveau des adhérences. En effet, grâce à leur action mécanique, les ultra-sons vont transmettre des vibrations aux tissus par l'intermédiaire de la tête du transducteur d'application sur laquelle on applique préalablement un gel de conduction. Nous utilisons une fréquence de 3 Mhz, fréquence à laquelle l'amplitude vibratoire perd cinquante pour cent de son énergie à cinq millimètres de profondeur, les zones d'adhérence de la cicatrice étant assez superficielles. Le transducteur doit être placé perpendiculairement à la surface de peau à traiter, son déplacement se fait lentement à la vitesse de deux centimètres par seconde. Il doit être appliqué légèrement afin qu'il y ait un contact homogène entre la peau et la tête à quartz. La durée d'application est de douze minutes tous les jours (annexe I).

Pour lutter contre les troubles paresthésiques qui contrarient les manoeuvres de massage de la cicatrice, nous utilisons le Sensibiliss : le moignon est introduit par l'intermédiaire d'un manchon dans un bac de sable chaud fluidisé (annexe II).

4.1.2. La rééducation à visée musculaire et articulaire

La nécessité d'un quadriceps fort est indéniable. Il devra en effet, permettre un verrouillage correct du genou. Le renforcement musculaire se fait avec la prothèse afin d'utiliser le bras de levier imposé par le poids de l'appareil (annexe III). Le travail des fessiers est aussi indispensable, avec le renforcement du moyen fessier qui assurera une stabilité du bassin dans le plan frontal lors de la marche.

Aucune tendance à la rétraction est à noter à ce jour, un entretien articulaire par balayage dynamique est préconisé.

Toutes ces techniques contribuent à optimiser les qualités du membre inférieur amputé qui pourra ainsi offrir une meilleure suppléance à la jambe gauche, celle-ci n'ayant droit toujours qu'à vingt kilogrammes d'appui.

4.1.3. Apprentissage du chaussage de la prothèse et de l'hygiène

Le sujet place un bas en guise de bonnet sur son moignon qu'il enfle ensuite dans un manchon en cuir. Le moignon ainsi recouvert est ensuite introduit dans l'emboîture de la prothèse. Cette opération doit être réalisée avec le moignon fléchi à quarante cinq degrés afin d'équilibrer les tensions musculaires (annexes IV, V, VI, VII).

Quelques conseils concernant l'hygiène doivent être transmis : nettoyage quotidien au savon de Marseille du moignon et de l'emboîture de la prothèse, il faut donner au sujet des bas de rechange afin qu'il puisse en changer souvent.

Cet apprentissage n'a pas posé de problème particulier et ces gestes font maintenant partie des pratiques quotidiennes de la patiente.

4.1.4. Apprentissage de la marche sur le membre prothésé

L'utilisation du plan incliné nous permet une remise en charge progressive sur la jambe appareillée. Le sujet place son pied prothétique sur une cale afin qu'il n'y ait pas d'appui sur la jambe gauche non consolidée. La progression se fait en variant l'angle d'inclinaison du plan de zéro à quatre vingt degrés, puis debout dans les barres parallèles. Ces exercices sollicitent le travail du moyen fessier du côté de l'appui, et permettent aussi de travailler l'équilibre sur la prothèse. Nous demandons au sujet de lâcher les barres en maintenant son bassin stable. Puis le sujet déambule entre les barres avec un appui n'excédant pas vingt kilogrammes à gauche, ce qui équivaut à un appui virtuel. La progression se fait en allongeant la longueur du parcours et en diminuant les temps de repos, tout en respectant la fatigue de la patiente (annexe VIII).

La déambulation dans les barres ne posant plus de problème, nous sommes passés à la marche à deux temps avec deux cannes anglaises (annexe IX). Cette déambulation ne s'effectue pour l'instant que ponctuellement, la patiente conserve son fauteuil roulant le reste de la journée. La marche dans les escaliers ou avec obstacle ne se fait pour le moment que dans les barres parallèles.

4.2. Techniques concernant la jambe ostéosynthésée

4.2.1. La lutte contre l'oedème

Le bilan de départ a mis en évidence un oedème vasculaire important du pied et de la cheville que nous combattons par des bains écossais quotidiens. La patiente plonge sa jambe gauche dans des bacs en alternant des bains froids (5 mn à 15°) et des bains chauds (3 mn à 37°) répétés quatre à cinq fois en terminant toujours par le froid. Les bains écossais stimulent la vasomotricité, ils ont aussi une action antalgique certaine (annexe X).

La mise en position déclive plusieurs fois par jour contribue également à favoriser le retour veineux et donc à lutter contre l'oedème.

De plus, des massages à visée circulatoire sont pratiqués tous les jours. Nous utilisons l'effleurage, des pressions glissées suivant le protocole de Pereira Santos, en veillant à ne pas exercer de pression trop importante au niveau des foyers de fracture.

Par des mobilisations actives répétées des orteils et de la cheville nous stimulons également la pompe veineuse.

Nous insistons tout le temps sur des conseils à mettre en application toute la journée :

- ne pas croiser les jambes ;

- ne pas mettre de pantalon trop serré qui pourrait comprimer le réseau vasculaire au niveau du creux poplité, le genou étant la majeure partie du temps en flexion vu que la déambulation s'effectue en fauteuil roulant ;

- veiller à ce que le pied repose toujours sur la palette du fauteuil ;

- mettre la jambe en déclive à chaque fois que c'est possible ;

- remuer les orteils et la cheville régulièrement dans la journée.

4.2.2. Lutte contre la limitation d'amplitude

L'œdème, les rétractions musculaires et capsulo-ligamentaires réduisent fortement la mobilité du pied et de la cheville est très réduite. En début de traitement la position de la cheville à 90° n'était pas atteinte. Grâce à des mobilisations actives aidées et passives très prudentes nous luttons contre les rétractions musculaires et capsulo-ligamentaires.

Ces mobilisations sont effectuées pendant la séance de massage afin d'obtenir un meilleur relâchement musculaire et une résorption de l'œdème limitant le mouvement. Nous utilisons également la technique de contracté-relâché afin de gagner sur les rétractions du triceps.

Nous insistons encore sur quelques conseils de positionnement :

- au fauteuil roulant avec le pied reposant sur la palette ce qui permet de créer des postures au niveau de la cheville ;

- au lit pour que le poids des couvertures ne renforcent pas l'équin.

4.2.3. Le travail musculaire

Il intéresse les muscles de la hanche et du genou ; nous insistons particulièrement sur le renforcement des fessiers et du quadriceps pour les raisons déjà évoquées. Au niveau du pied et de la cheville un travail statique et dynamique avec des résistances adaptées est réalisé.

4.2.4. La rééducation proprioceptive précoce

Du fait de la limitation de l'appui imposée par la non consolidation, le niveau des techniques utilisées est assez limité, mais il est tout de même important de recréer les sensations de contact plantaire et d'adaptation du positionnement du pied par rapport à la forme de la surface utilisée. Pour ces exercices, nous utilisons le skate-board : le sujet place son pied sur la planche et travaille le déroulement du pas. Nous utilisons également selon les mêmes principes des balles de taille différente, des haltères. Ces exercices contribuent aussi à la récupération articulaire et musculaire (annexes XI, XII, XIII).

4.3. Rééducation à visée plus globale

La nécessité d'un renforcement de la musculature du tronc et de l'abdomen est indispensable pour préparer le béquillage et la reprise de la marche. Il est à souligner que Virginie R. est en fauteuil roulant depuis sept mois. Un renforcement des membres supérieurs et en particulier de la ceinture scapulaire est impératif, ces muscles devront, en effet, suppléer à la déficience des membres inférieurs.

La surveillance pondérale est également poursuivie.

4.4. Modification en cours de traitement

La radiographie du 30 septembre 1992 ne montrant pas de changement quant à la consolidation osseuse, l'appui autorisé reste à vingt kilogrammes. Afin d'augmenter la mise en charge sur le membre inférieur ostéosynthésé, l'orthopédiste de Vernéville a réalisé une orthèse avec appui sous condylien en libérant la cheville suivant les mêmes principes d'appui de la prothèse.

Ce nouvel appareillage nous permet d'obtenir un meilleur schéma de marche favorisant le déroulement du pas et contribuant de manière évidente à la récupération articulaire de la cheville et à l'amélioration du retour veineux (annexes XIV, XV, XVI).

5. BILAN DE FIN DE STAGE ET DISCUSSION

5.1. Le membre inférieur droit (amputation tibiale)

Nous constatons une amélioration de l'état cutané et trophique au niveau de la cicatrice du moignon. La peau apparaît moins cartonnée, la branche latérale droite plus souple et davantage mobile. Il persiste néanmoins quelques petits points adhérents.

Les paresthésies ont sensiblement diminué, mais il subsiste tout de même une légère gêne à la palpation qui n'entrave absolument pas le confort du moignon dans l'emboîture de la prothèse.

Du point de vue musculaire, on constate une amélioration du verrouillage du genou et une meilleure stabilité du bassin lors de l'appui unipodal qui est à présent parfaitement maîtrisé côté prothésé. La personne met seule sa prothèse et la garde du matin au soir.

5.2. Le membre inférieur gauche (ostéosynthésé)

Nous constatons une nette amélioration de l'état cutané, la coloration de la greffe s'est éclaircie et se confond davantage avec la couleur de la peau avoisinante. L'oedème a sensiblement diminué : circonférence passant par la "styloïde" du cinquième métatarsien : diminution de deux centimètres. Circonférence du coup de pied passant par les deux malléoles : diminution de quatre centimètres.

La mobilité articulaire a augmenté au niveau des articulations du pied et au

niveau de la cheville, la dorsiflexion à 90° est atteinte, et à partir de cette position intermédiaire nous avons vingt degrés de flexion plantaire.

5.3. Aspects plus généraux

Nous constatons également une amélioration du tonus musculaire du tronc et de la ceinture scapulaire permettant un béquillage confortable. Une nette amélioration fonctionnelle est à souligner car la déambulation avec deux cannes anglaises sur la jambe prothésée s'effectue maintenant en toute sécurité et sur un périmètre de marche de plus en plus long.

Un petit renforcement de la motivation en ce qui concerne la rééducation est à noter depuis le début de la déambulation avec les cannes anglaises. Du point de vue professionnel rien n'a évolué, elle refuse toujours les propositions de formation du centre. Elle est par contre préoccupée par le jugement de son accident au tribunal, jugement qui lui permettrait éventuellement une indemnisation financière intéressante.

5.4. Discussion

Le pronostic fonctionnel dépendra de la consolidation osseuse de la jambe gauche. Si une amélioration de l'image radiographique n'est toujours pas constatée, le chirurgien va devoir pratiquer une greffe tibio-péronière. Le gros problème actuel reste donc sa jambe ostéosynthésée où nous constatons tout de même une amélioration sur les plans trophique et articulaire mais le problème de la non consolidation est toujours d'actualité.

6. CONCLUSION

Au niveau du membre inférieur appareillé il n'existe plus de problème majeur. L'appui sur la prothèse est stable, la déambulation avec deux cannes et le pas simulé à gauche sont maîtrisés. La jambe amputée remplit tout à fait son rôle de membre porteur et supplée parfaitement au grand déficit d'appui de la jambe gauche.

En ce qui concerne la jambe ostéosynthésée, il était concevable d'espérer il y a deux mois une mise en charge quasi complète, mais il s'avère que les clichés radiologiques ne montrent toujours pas d'amélioration et de nombreuses réserves subsistent toujours quant à la consolidation osseuse, ce qui impose encore constamment le port d'une attelle.

Ce traitement s'avère long de par les complications d'une éventuelle pseudarthrose, l'objectif en ce qui concerne le membre prothésé est atteint alors que la jambe ostéosynthésée ne nous permet pas, à l'heure actuelle, d'entrevoir une récupération plus satisfaisante.

La longueur du traitement ne contribue pas à offrir à la patiente une motivation réelle. C'est une lutte quotidienne pour maintenir Virginie dans la perspective d'un avenir plus heureux.

BIBLIOGRAPHIE

- ARGA A.

Problèmes d'appareillage et de rééducation des amputés du membre inférieur
Maloine, Paris, 1971

- DELASALLE D.

Problèmes posés par l'appareillage et la rééducation des amputés du membre inférieur

Kinéithérapie scientifique, n° 182 (315), juillet 1980

- GIRAUDET G.

Initiation à l'appareillage des handicapés physiques

Maloine SA, Editeur Paris 1976

- LEFEVRE B., MICHAUT, RABEUX L., SCHOENSTEIN J.P.

La rééducation et l'appareillage des amputés traumatiques

Cahiers de kinésithérapie, n° 68, septembre-octobre 1977

- MINISTÈRE DES ANCIENS COMBATTANTS ET VICTIMES DE GUERRE

Cours international de prothèse, quatrième session

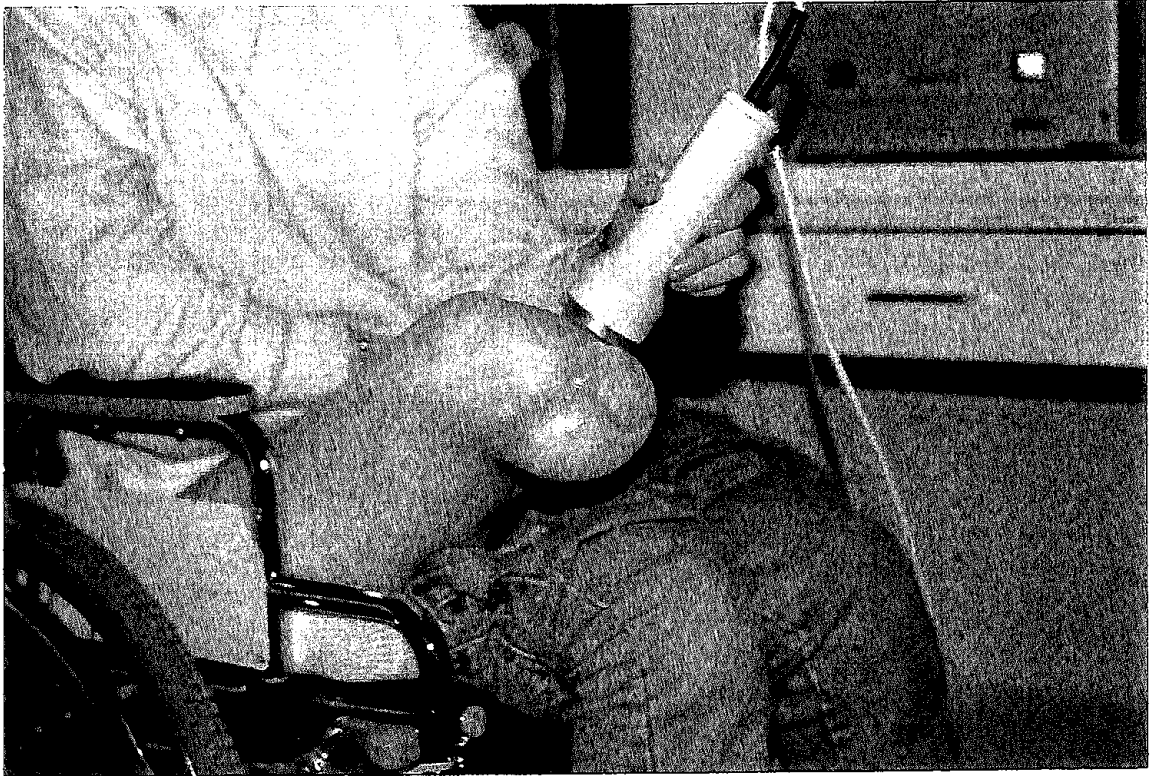
Paris, Imprimerie nationale 1962

- RAUPP J.C., GRUMLER B., LARDRY J.M.

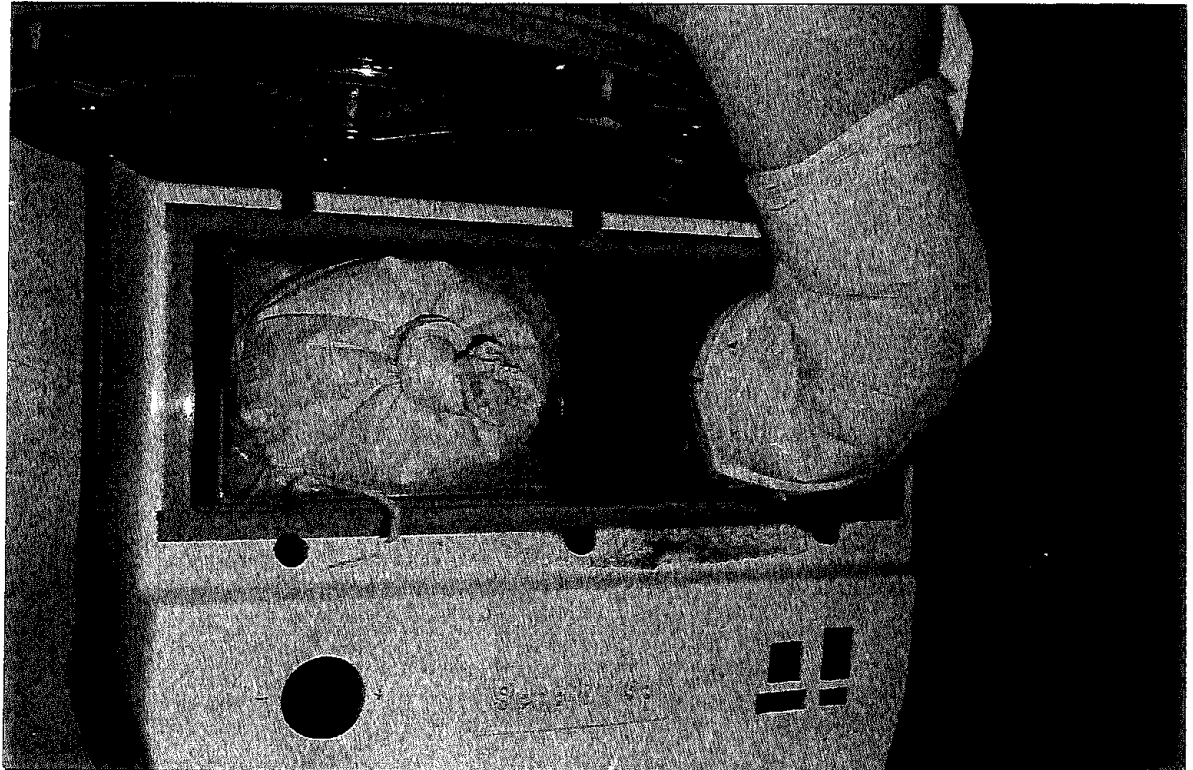
La rééducation et l'appareillage des amputés

Dossiers de kinésithérapie, Masson, 1991

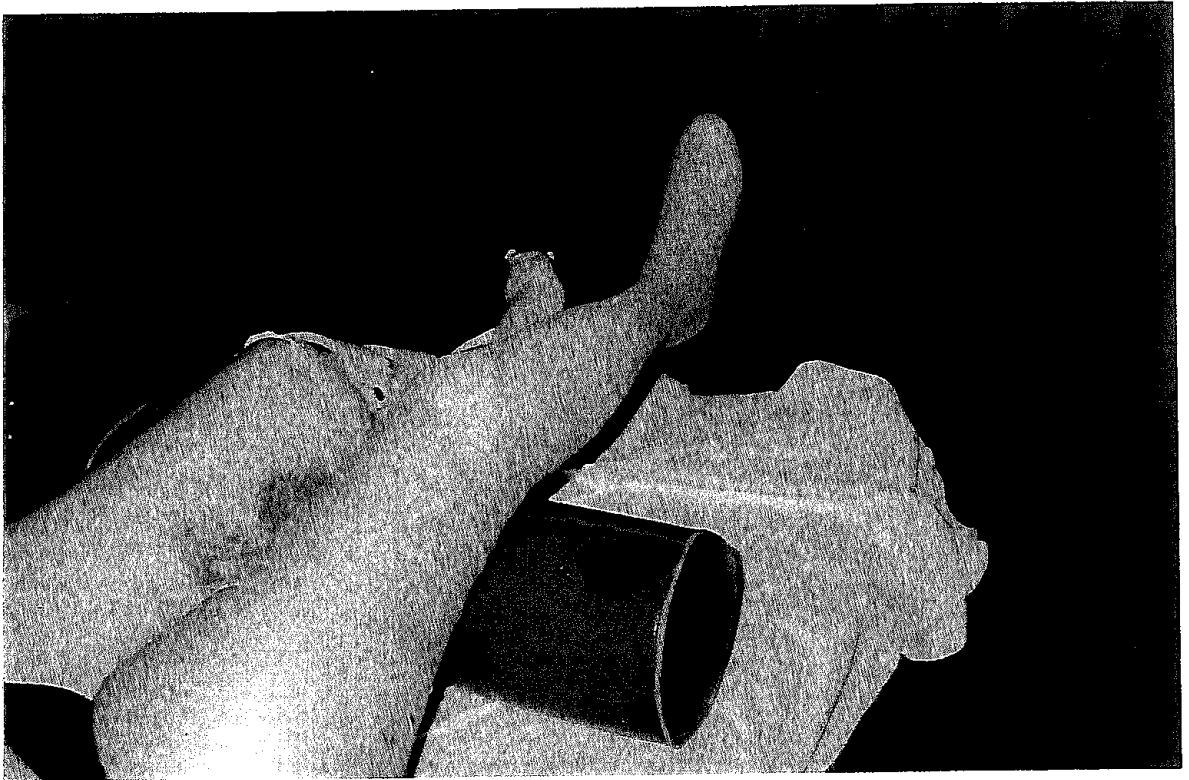
ANNEXE I



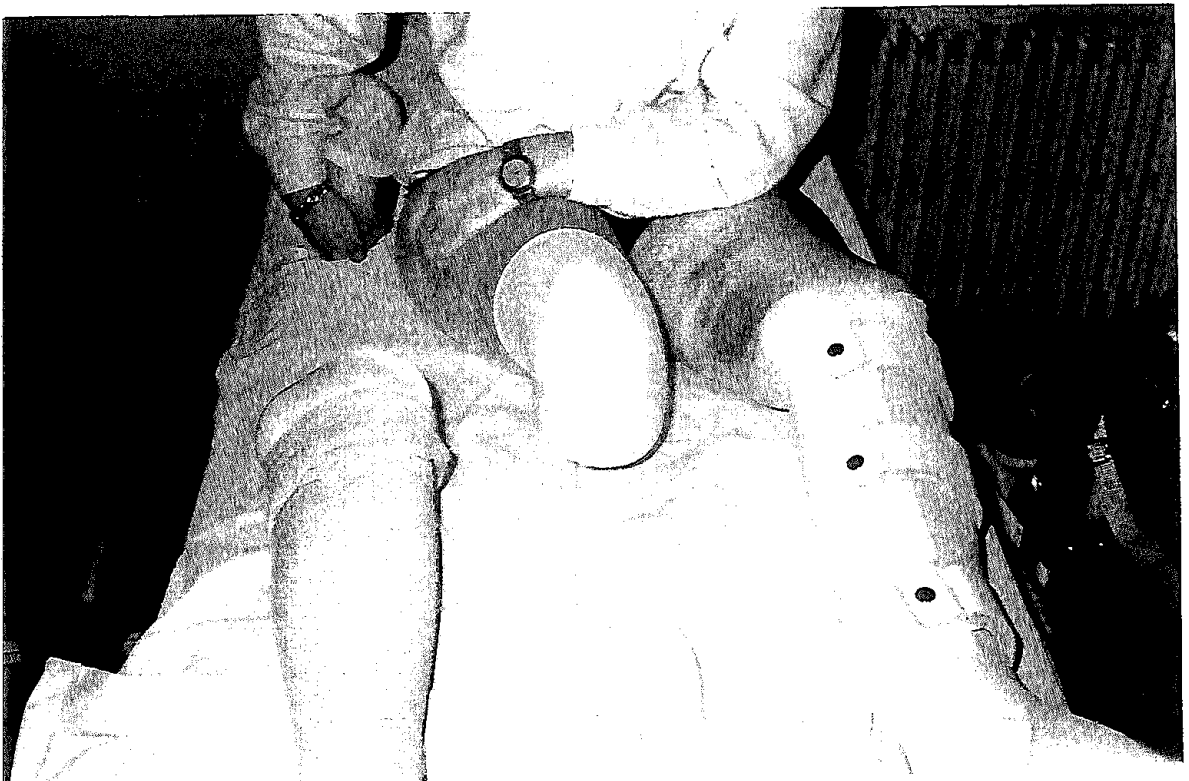
ANNEXE II



ANNEXE III



ANNEXE IV



ANNEXE V



ANNEXE VI



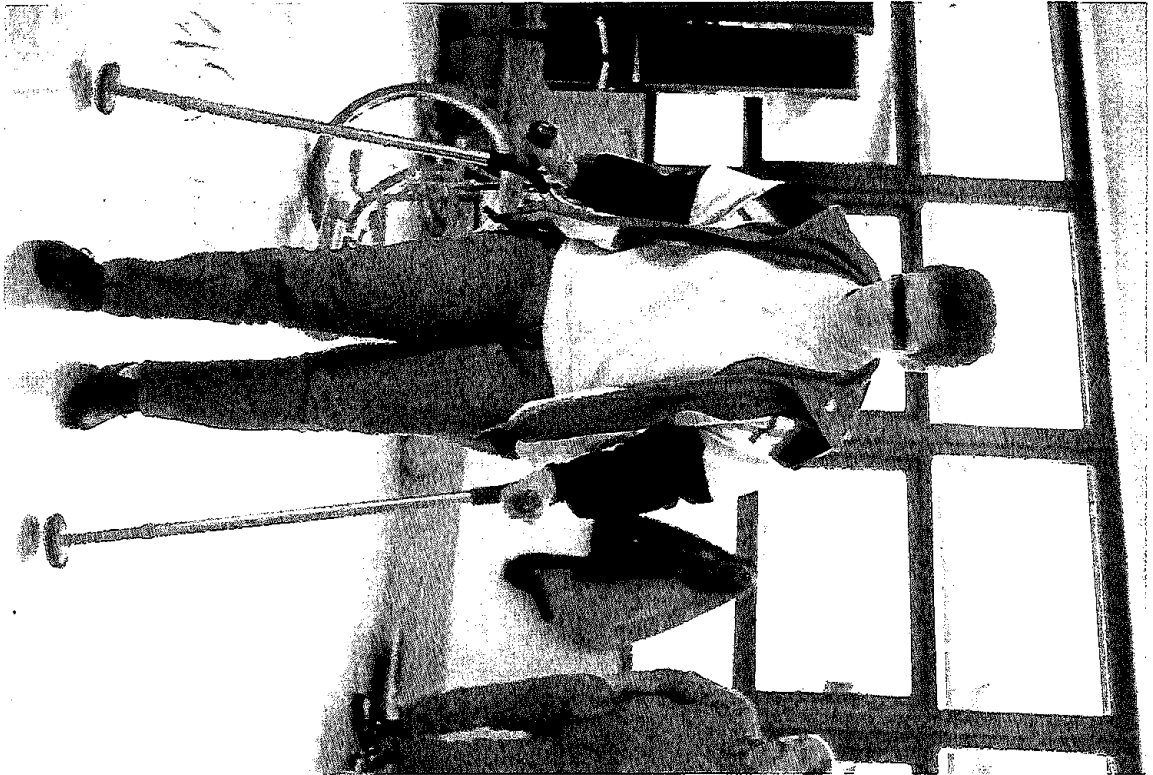
ANNEXE VII



ANNEXE VIII



ANNEXE IX



ANNEXE X



ANNEXE XI



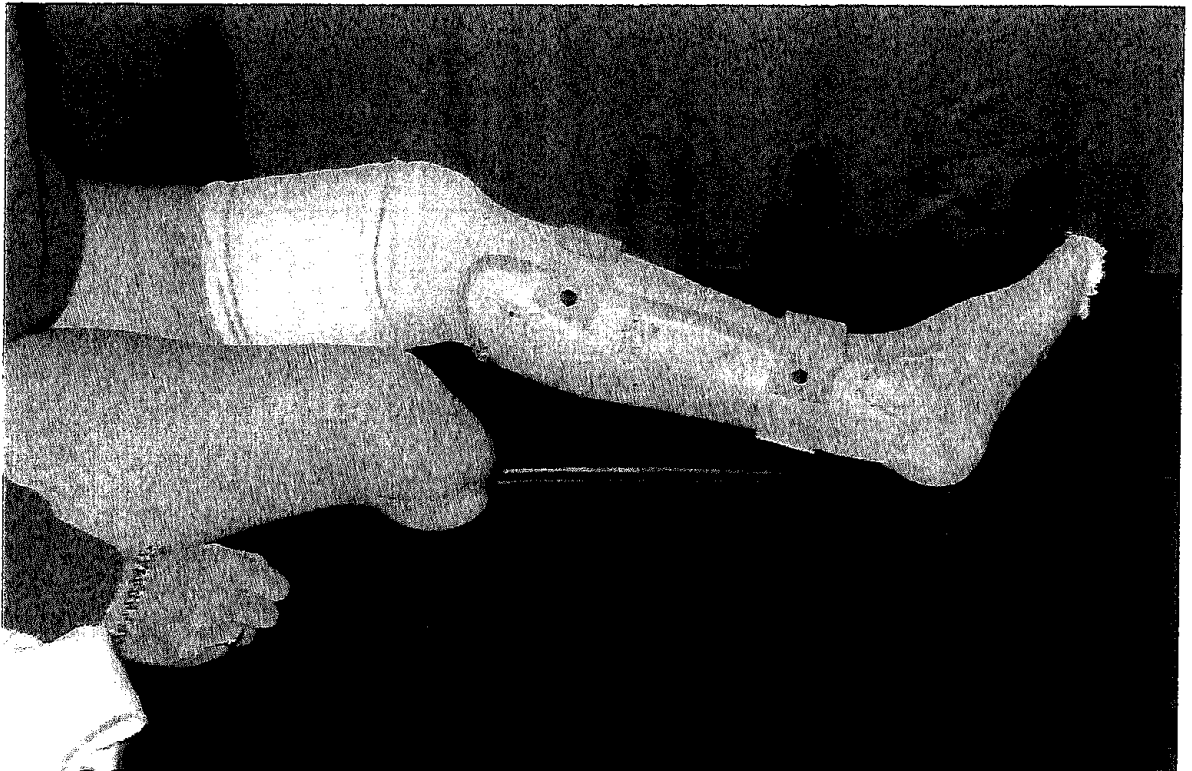
ANNEXE XII



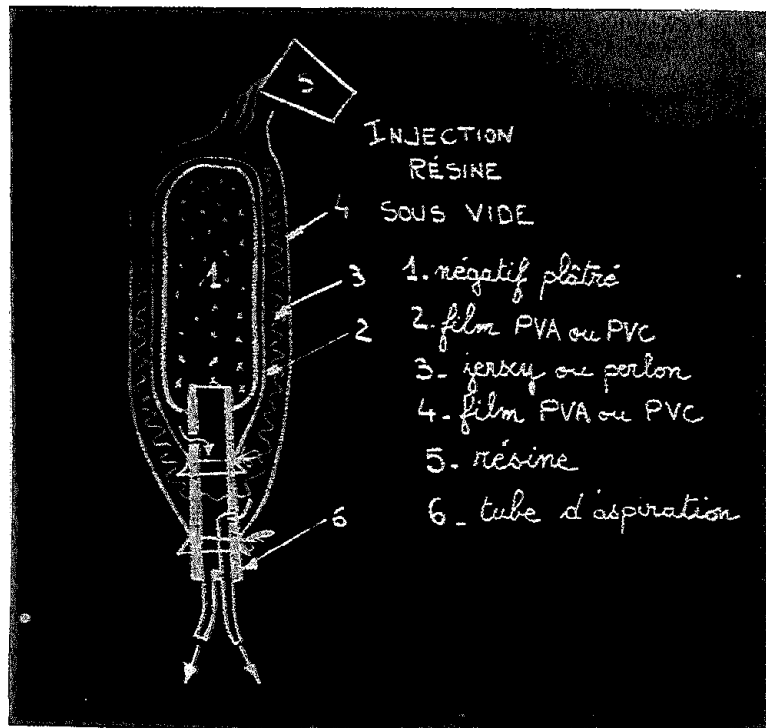
ANNEXE XIII



ANNEXE XIV



ANNEXE XV



ANNEXE XVI

