

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

RETOUR A DOMICILE DES PATIENTS AMPUTES ARTERITIQUES : CREATION DE FICHES

Mémoire présenté par Bertrand PEGLIASCO
Etudiant en 3^{ème} année de masso-kinésithérapie
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat
De Masseur-Kinésithérapeute.
2009-2010

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	1
2. LA PATHOLOGIE ARTERITIQUE.....	2
2.1 Rappels anatomiques.....	2
2.1.1 L'artère	2
2.1.2 Angiologie des membres inférieurs.....	3
2.2 L'artérite oblitérante des membres inférieurs.....	3
2.2.1 Définition.....	3
2.2.2 L'impact en santé public.....	4
2.2.3 De la strie lipidique à l'occlusion de la lumière artérielle.....	4
2.2.4 Classification de LERICHE ET FONTAINE.....	5
2.2.5 La prise en charge médicale.....	5
3. LE PATIENT ARTERITIQUE AU STADE DE L'AMPUTATION.....	7
3.1 Niveau d'amputation.....	7
3.2 Techniques opératoires.....	8
3.3 Prise en charge kinésithérapique du patient amputé artéritique.....	8
3.3.1 Calendrier du patient.....	8
3.3.2 Bilans kinésithérapiques spécifiques à l'amputation.....	9
3.3.2.1 Bilan de l'extension de la maladie.....	9
3.3.2.2 L'examen du membre résiduel.....	10
3.3.2.3 Bilan du moignon douloureux.....	11
3.3.2.4 Bilan des articulations sus-jacentes à l'amputation.....	13
3.3.2.5 Bilan musculaire.....	13
3.3.2.6 Bilan de l'indépendance.....	14
3.3.2.7 Bilan de la marche.....	14
3.3.2.8 Bilan psychologique	15
3.3.2.9 Bilan du membre inférieur restant et de l'intégrité des membres supérieurs.....	15
3.3.3 Les objectifs du traitement masso-kinésithérapique.....	16
4. REFLEXION SUR L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT AMPUTE ARTERITIQUE.....	16
4.1 L'éducation thérapeutique.....	16
4.1.1 Définition et intérêt de l'éducation thérapeutique.....	16
4.1.2 Les 4 étapes de l'éducation thérapeutique du patient.....	17
4.1.2.1 Etape 1 : l'élaboration du diagnostic éducatif.....	17
4.1.2.2 Etape 2 : la définition d'un programme personnalisé d'E.T.P. avec priorité d'apprentissage.....	17

4.1.2.3 Etape 3 : la planification et mise en œuvre des séances d'E.T.P. collectives ou individuelles ou en alternance.....	17
4.1.2.3.1 Les séances.....	18
4.1.2.3.2 Les techniques de communication centrées sur le patient.....	18
4.1.2.3.3 Les techniques pédagogiques.....	18
4.1.2.3.4 Les outils.....	19
4.1.2.4 La réalisation d'une évaluation individuelle.....	19
4.1.3 Les professionnels de santé qui réalisent l'E.T.P.....	19
4.1.4 L'éducation à l'hygiène de vie.....	20
4.1.4.1 La sensibilisation au sevrage du tabac.....	20
4.1.4.2 L'hygiène alimentaire.....	21
4.1.4.3 L'entretien d'une activité physique.....	22
4.1.5 L'éducation aux soins du moignon et de la prothèse.....	23
4.1.5.1 L'éducation aux soins du moignon.....	23
4.1.5.2 L'entretien du matériel prothétique.....	23
5. LES FICHES CONSEILS.....	24
5.1 Choix du support.....	24
5.1.1 Fiches ou livret ?.....	24
5.2 Objectifs des fiches.....	25
5.3 La conception des fiches.....	25
5.3.1 La forme.....	25
5.3.2 Le fond.....	26
6. CONCLUSION.....	28

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

RESUME

Le Centre de Réadaptation Louis Pierquin prend en charge des patients amputés des membres inférieurs dont l'éthiologie principale est l'artérite oblitérante des membres inférieurs.

Pendant la rééducation au centre, les patients séjournent dans en premier temps en soins de suite et de réadaptation, puis continuent leur traitement en ambulatoire. Le but de cette prise en charge est de préparer leur retour au domicile, qui est souvent la première étape de leur projet de vie.

Un retour à domicile réussi implique, de la part du malade, une utilisation sécurisée de son appareillage et des connaissances solides de sa pathologie.

Nous avons de bonnes raisons de penser qu'une éducation thérapeutique et la création de fiches-conseils peut aider les malades dans leur retour à l'autonomie. L'éducation thérapeutique par l'apprentissage de compétences d'auto-soins (soins du moignon, soins du matériel prothétique) et d'adaptation à la pathologie artéritique (arrêt du tabac, hygiène diététique, activité physique) doit permettre de freiner l'évolution de la maladie. Les fiches conseils délivrées par le masseur-kinésithérapeute au patient, en fonction de son avancée dans la rééducation, prennent le relais de l'information qui lui ont été transmise au cours de sa prise en charge au centre (chaussage et entretien de la prothèse, les soins du moignon,...). Elles sont conçues pour être faciles d'utilisation (couleur, police, contraste, format) et pour aider à la réalisation du projet de vie.

Mots clés : amputation, artérite, domicile, éducation.

1. INTRODUCTION

La rééducation postopératoire du patient amputé commence par une prise en charge en milieu hospitalier, se prolonge en soins de suite et de réadaptation puis se poursuit en ambulatoire dès que le patient est en situation de retourner à domicile. Les soins de suite et de réadaptation constituent une étape intermédiaire puisqu'ils autorisent des permissions de retour à domicile le week-end.

Ce parcours de soins avec retour progressif à domicile est conçu pour limiter les désavantages social et familial lié à l'hospitalisation.

Les centres de réadaptation fonctionnelle accueillent régulièrement des patients amputés après opération. Ces patients sont atteints pour la majorité d'entre eux d'artériopathie des membres inférieurs. Cette pathologie touche préférentiellement les hommes et constitue la cause première d'amputation (70% selon le rapport 2007 de la National Amputee Statistical Database (15)). Sa prise en charge est particulièrement difficile, puisqu'il s'agit d'une maladie généralisée (touche l'ensemble du système artériel) et évolutive (dont les différents stades ont été répertoriés dans la classification de LERICHE et FONTAINE), avec un terrain multifactoriel.

Le Centre de Réadaptation Fonctionnelle Louis Pierquin de Nancy prend en charge des patients amputés artéritiques. Une équipe pluridisciplinaire aide le patient à surmonter son traumatisme opératoire et à retrouver un maximum d'autonomie (rééducation orientée généralement sur la marche appareillée) pour préparer au mieux le retour au domicile qui est très souvent la première étape de son projet de vie. Cependant, l'appareillage requiert de la part du patient des connaissances et des compétences spécifiques difficiles à acquérir.

La question se pose donc de savoir quels sont les moyens à mettre en œuvre pour mieux préparer le retour au domicile des patients amputés artéritiques.

Dans cette perspective, nous évoquerons successivement :

- les généralités de la pathologie artéritique,
- le patient artéritique au stade de l'amputation,
- l'approche de l'éducation thérapeutique du patient amputé artéritique,
- l'élaboration de fiches-conseils personnalisées à l'intention de chacun des malades, répondant à un besoin du Centre de Rééducation Louis Pierquin.

2. GENERALITES DE LA PATHOLOGIE ARTERITIQUE

2.1. Rappels anatomiques (6) (10)

2.1.1 L'artère :

Les artères transportent le sang du cœur jusqu'au capillaires. La paroi des artères est constituée de 3 tuniques concentriques : intima, média, adventice.

L'intima est la couche la plus interne de la paroi artérielle et se trouve au contact de la lumière artérielle. Elle se compose d'un endothélium (lieu d'échange de substances entre sang, paroi vasculaire et tissus voisins), d'une membrane basale et d'une couche limitante élastique interne (fibres élastiques).

La média est la couche moyenne de la paroi artérielle. Elle est séparée de l'intima et de l'adventice par les couches élastiques internes et externes. Elle est composée de cellules musculaires lisses et d'une matrice extracellulaire conjonctive (élastine, collagène), constituant l'armature de l'artère. Les artères proximales, à gros calibre, sont riches en fibres élastiques, ce qui leur permet de résister aux fortes pressions. Les artères distales, de petit calibre, sont constituées en majorité de fibres musculaires et se caractérisent par une grande contractilité.

L'adventice est la tunique la plus externe de la paroi artérielle. Elle est constituée d'un tissu conjonctif de soutien, riche en collagène et en fibres élastiques. Elle contient les petits vaisseaux nourriciers externes de l'artère (vasa vasorum) et réalise l'interface entre l'artère et les tissus environnants.

2.1.2 Angiologie des membres inférieurs : annexe I

2.2 L'artérite oblitérante des membres inférieurs (AOMI) (12)

2.2.1 Définition

« l'artérite oblitérante des membres inférieurs (AOMI) est une des complications locorégionales d'une maladie régionale : l'athérosclérose. C'est une association d'athérome (dépôts graisseux dans la paroi artérielle au niveau de l'intima) et de sclérose (rigidification de la paroi aboutissant à des sténoses artérielles) ». Telle est la définition que donne le Dr VOYER .

2.2.2 L'impact en santé publique

L'artérite des membres inférieurs est un processus dégénératif affectant la paroi artérielle, qui commence vers l'âge de 20ans mais dont les premiers signes cliniques n'apparaissent que vers la cinquantaine. Les facteurs de risques sont : le tabac (principal facteur, multiplie le risque par 9), le diabète, la dyslipidémie (LDL élevé et/ou HDL bas), l'alcool, la sédentarité, l'hypertension artérielle et l'obésité. Il y a également des facteurs de risques non modifiables : hérédité, âge et sexe (masculin avant 55 ans et chez la femme après la ménopause).

La présence d'une artériopathie, est un indicateur de risque de mortalité dû essentiellement au risque de coronaropathie qui est élevé (chez l'homme entre 40 et 60 ans, claudicant à la marche, la mortalité est de l'ordre de 3% par an). Nous comptons 90 000 nouveaux cas d'artérite par an en France et 10 000 nouvelles amputations.

2.2.3 De la strie lipidique à l'occlusion de la lumière artérielle (annexe II)

- Premier temps : formation d'un dépôt lipidique au contact de la paroi artérielle au niveau des zones de fortes turbulences vasculaires (ex : carrefour aorto-iliaque). Il s'agit d'une strie lipidique.

- Deuxième temps : les cellules musculaires lisses s'entremêlent à la plaque d'athérome et pénètrent la média. Il s'agit d'une plaque transitionnelle.

- Troisième temps : la lésion grandit, érode la média et diminue la lumière artérielle. Il s'agit d'une plaque fibrolipidique mature.

- Quatrième temps : rupture de la plaque entraînant l'obstruction ou l'occlusion de la lumière artérielle.

2.2.4 Classification de LERICHE ET FONTAINE (annexe III)

Le diagnostic clinique se fait d'après la classification de LERICHE et FONTAINE qui décrit quatre stades, de gravité croissante. Le stade IV correspond au stade de la nécrose tissulaire et de l'ulcération. Le traitement est l'amputation.

2.2.5 La prise en charge médicale

Mesures générales :

Elles recouvrent trois axes :

- lutter contre les facteurs de risques : arrêt complet et définitif du tabac et de l'alcool, traiter l'hypertension artérielle et de la dyslipidémie (objectif LDL cholestérol < 1g.L-1, triglycérides < 1.5g.L-1), perdre du poids en cas d'obésité, stabiliser le diabète.

- Encourager l'exercice physique régulier : le travail recherché est un effort d'endurance d'une durée minimum de 20 min, 3fois par semaine (l'activité physique augmente le HDL, abaisse la pression artérielle, réduit la coagulabilité sanguine et stimule le développement de la circulation collatérale).

- Améliorer l'hygiène de vie : éviter la position assise prolongée, veiller à l'hygiène des pieds et des ongles, respecter l'observance du traitement médicamenteux, sensibiliser à l'auto-surveillance concernant l'apparition de plaies cutanées.

Traitements médicamenteux :

- les vaso-dilatateurs artériels (font reculer l'apparition des symptômes fonctionnels),
- les anti-coagulants oraux ou fibrinolytiques,
- les prostanoïdes (lors d'ischémie chronique sévère et troubles trophiques associés).

Traitements endo-vasculaires:

- angioplastie de dilatation à l'aide d'un ballonnet, recours à l'amputation quand le membre est douloureux, infecté et non viable,
- mise en place d'endo-prothèse (exemple : stent, ...),

Traitements chirurgicaux:

- la thrombo-aspiration,
- la sympathectomie lombaire,
- la thrombo-endarterectomie,
- les pontages,
- l'amputation.

3. LE PATIENT ARTERITIQUE AU STADE DE L'AMPUTATION

L'amputation doit faire l'objet d'une coopération suivie entre le chirurgien et le médecin appareilleur, puisque le geste opératoire détermine le pronostic fonctionnel lors de la rééducation appareillée. Dans certains cas, une reprise chirurgicale peut être nécessaire.

Les principales complications rencontrées après chirurgie sont :

- un angle de faraboeuf mal réséqué : lorsqu'il s'agit d'une amputation tibiale, le tibia doit être biseauté à sa face antéro-inférieure avec un angle de 35° par rapport au plan frontal, afin d'éviter un conflit ostéo-cutané engendré par une section diaphysaire transversale,

- l'effet « baillonette » : lorsqu'il s'agit d'une amputation tibiale, la fibula doit être sectionnée 2 cm au dessus du tibia pour éviter tout conflit avec les parties molles distales,

- un moignon mal étoffé : responsable de douleurs d'origine mécanique à la mise en charge,

- la formation d'un névrome : la structure nerveuse doit être étirée et enfouie dans les masses musculaires ; lorsque la technique n'est pas bien réalisée, un névrome peut apparaître qui, au contact de la prothèse, peut engendrer des douleurs,

- la cicatrice : elle doit être inféro-postérieure pour ne pas gêner la mise en charge.

3.1. Niveau d'amputation (annexe IV)

3.2 Techniques opératoires (1)

La technique à privilégier pour une amputation est la technique d'osteo-myoplastie préconisée par DEDERICH de BONN (annexe V). Elle permet la réalisation d'un moignon étoffé, charnu, idéal pour l'appareillage.

Il est également possible d'avoir recours à la technique du moignon « ouvert » qui permet une perfusion permanente de la plaie et une oxygénothérapie. La cicatrisation est très longue mais préserve une longueur maximale de moignon pour un meilleur bras de levier.

Chez le patient amputé artéritique la technique opératoire par ostéo-myoplastie est difficile à pratiquer en raison de l'état trophique des tissus. Le fût osseux est réséqué en biseau bien abrasé, pour ne pas gêner l'appareillage (la longueur du membre résiduel déterminera le bras de levier : la dépense énergétique supplémentaire à fournir par le patient amputé tibial est évaluée à 40%, et à 60% pour le patient amputé fémoral). Les muscles suffisamment vascularisés sont sectionnés en dessous de la résection osseuse (à peu près 2 cm) et constituent le matelassage du moignon. Les nerfs sont sectionnés le plus haut possible.

3.3 Prise en charge kinésithérapique du patient amputé (8)

3.3.1 Calendrier du patient amputé (7)

La prise en charge des patients amputés doit être la plus précoce possible de façon à favoriser une meilleure réussite fonctionnelle et une meilleure réinsertion sociale.

Nous décrivons quatre phases :

- phase de cicatrisation et de rééducation précoce,
- phase de rééducation pré-prothétique,

- phase de prothésisation provisoire,
- phase de prothésisation secondaire et réadaptation socio-professionnelle.

C'est volontairement que nous ne parlons pas de délais puisqu'ils sont variables d'un individu à l'autre.

L'étape la plus importante est la cicatrisation acquise de la plaie opératoire puisqu'elle permet le début de la prothésisation. Cependant certains centres appareillent avant même le délai de cicatrisation pour un meilleur résultat fonctionnel et favoriser la vascularisation collatérale.

3.3.2 Bilans kinésithérapiques spécifiques à l'amputation

3.3.2.1 Bilan de l'extension de la maladie

L'artérite étant une pathologie généralisée, nous recherchons dans le dossier médical tous les examens en rapport avec l'évolution de la maladie :

- l'exploration cardiaque : ECG, coronarographie, épreuve d'effort, scintigraphie ,
IRM, scanner et échographie cardiaque (fraction d'éjection),
- l'exploration des troncs supra aortiques : échographie et IRM,
- l'exploration ventilatoire : exploration fonctionnelle respiratoire, auscultation
pulmonaire,
- l'exploration visuelle : examen ophtalmologique,
- l'exploration du membre sain : classification de LERICHE et FONTAINE , index
de pression systolique par doppler, écho doppler, artériographie.

3.3.2.2 L'examen du membre résiduel.

- **La longueur** : plus le membre est court, plus la dépense énergétique supplémentaire lors de la marche sera importante (40% chez le patient amputé tibial et 60% chez le patient amputé fémoral).

- **La trophicité** : lors de la 1^{ère} année suivant l'amputation, le moignon subit de nombreuses variations de volume imputables à la formation d'un œdème post chirurgical et à un mauvais état vasculaire. La fonte musculaire intervient plus tardivement (dûe à la perte du chef distal du muscle sectionné lors de l'amputation). Ces modifications sont quantifiées par une mesure centimétrique reproductible par rapport à des repères osseux fiables. L'œdème est caractérisé par le test du godet ou par l'étude du pli cutané.

- **La morphologie** : le moignon peut présenter différentes morphologies gênant la prothésisation : moignon en « battant de cloche », en « aile de requin » (lorsque le matelassage musculaire est trop étoffé), Le moignon cylindro-conique est le plus favorable à l'appareillage.

- **L'état cutané** : nous surveillons la cicatrice et l'apparition de zones d'hyper appui de la prothèse (érythème et phlyctène).

- **La chaleur cutanée** est appréciée avec le dos de la main et comparée au coté controlatéral. Elle nous permet d'évaluer l'état inflammatoire du moignon.

- **Les reliefs osseux** (angle de faraboeuf et tête du péroné essentiellement), les zones d'appui ou de contact avec la prothèse, les rougeurs et les phlyctènes.

3.3.2.3 Bilan du moignon douloureux (2)

Le bilan des douleurs doit faire l'objet d'une attention toute particulière. Très souvent présentes en post opératoire, elles retardent la prothésisation et l'acceptation de l'amputation.

Dans le chapitre « moignon douloureux après amputation du membre inférieur pour artérite », J.J. BARAULT et collaborateurs regroupent en trois rubriques les diverses douleurs après amputation (2) :

- **la douleur ischémique** : dont la plus fréquente est *l'ischémie d'effort*. Elle se manifeste à l'occasion de la marche par une claudication intermittente et un périmètre de marche diminué. Il s'agit d'une douleur du moignon diffuse ou localisée à un territoire artériel précis. Elle peut aussi s'exprimer par une sensation de prothèse trop serrée.

La douleur ischémique peut également apparaître au repos en position de décubitus dorsal. Il ne s'agit que de l'expression clinique de la pathologie artéritique, localisée au niveau du moignon.

- **le moignon défectueux** : il s'agit des troubles trophiques et morphologiques du membre résiduel. En voici les principaux :

- *retard de cicatrisation de la plaie opératoire* : elle est appréciée en chambre du patient lors de la réalisation du pansement par l'équipe soignante, la douleur pouvant être accentuée par la pression du pansement,
- *les infections profondes osseuses ou des parties molles* : elles nécessitent un traitement chirurgical,
- *les problèmes tégumentaires liés à l'appareillage* : les lésions rencontrées (peau mince adhérente à l'os, callosités aux points d'appui aggravées par

une macération et une ulcération répétitives) engendrent des douleurs de type mécanique calmées par la suppression de la prothèse,

- *les anomalies ostéo-articulaires* : elles sont à l'origine des douleurs lorsqu'il y a corrélation entre la clinique et l'imagerie médicale. Il peut s'agir d'exostose, d'arthrose sus jacente, de fractures et de déminéralisation osseuse,

- *les troubles morphologiques* : ils peuvent se compliquer de problèmes tégumentaires,

- *le névrome* : il s'agit d'une douleur très vive en éclair. Le diagnostic clinique se fait par une pression cutanée qui réveille la douleur.

- **les douleurs neurogènes** : leur fréquence d'apparition est fonction de facteurs considérés comme prédisposants : l'intensité de la douleur préopératoire, sa durée, la réaction du patient devant sa mutilation, le stress psychologique ou affectif...

- *l'algo-hallucinoïse* est la perception douloureuse du membre absent. Le caractère de la douleur est variable d'un individu à l'autre. Il peut s'agir d'une sensation de broiement, de brûlure...le membre amputé étant souvent perçu dans une position anormale toujours identique ;

- *l'hyperesthésie diffusante du moignon* est comparable en intensité à l'algo-hallucinoïse, mais elle est de topographie différente (localisée ou diffuse à l'extrémité du moignon). Elle est déclenchée par des stimuli extéroceptifs (le port de la prothèse notamment) ;

- *l'algie ascendante* se manifeste par une douleur du moignon qui remonte vers la racine du membre et peut irradier le membre controlatéral ou le rachis.

3.3.2.4 Bilan des articulations sus-jacentes à l'amputation (4)

L'amputation crée des déséquilibres musculaires entre muscles agonistes et antagonistes. La conséquence est la position vicieuse.

Concernant l'amputation fémorale, le déséquilibre musculaire se traduit par une position en flexion, abduction, rotation externe de hanche :

- la prédominance articulaire en flexion de hanche est due aux muscles psoas et tenseur du fascia lata ;

- la prédominance articulaire en abduction de hanche est due aux muscles moyen fessier, petit fessier, TFL, piriforme ;

- la prédominance articulaire en rotation externe de hanche est due aux muscles pelvitrochantérien et piriforme.

Concernant l'amputation tibiale, la position vicieuse est le flexum de genou qui est aggravé par la position antalgique :

- la rétraction des coques condyliennes associée à la rétraction des ischio jambiers entraîne le genou en position vicieuse de flexion.

Notre bilan est objectivé par une mesure goniométrique qui nous permet de conclure sur l'origine des limitations (douleur, cicatrice, capsulo-ligamentaire, musculaire)

3.3.2.5 Bilan musculaire

Il est effectué sur les articulations de la hanche et du genou, et sur les muscles du moignon.

Quantitatif.

Ce testing reprend le principe de la cotation de DANIELS (cotation de 1 à 5) mais en évaluant la fonction principale du muscle. Nous objectivons la cotation 4 à l'aide d'une R.M. (résistance maximale).

Qualitatif.

L'hypo-extensibilité du muscle psoas est quantifiée par une mesure centimétrique. L'hypo-extensibilité des muscles ischio-jambiers et droit fémoral est objectivée par une mesure goniométrique.

Les muscles coupés trop court lors de l'amputation peuvent être observé au niveau de la cicatrice par des téguments tendus, sensibles à la pression.

3.3.2.6 Bilan d'indépendance (toilette, habillage, douche)

Nous pouvons utiliser une échelle validée : la Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle (Annexe VI)

3.3.2.7 Bilan de la marche

Bilan quantitatif : nous utilisons le test de marche des 6 minutes. Nous noterons la distance, mais aussi les valeurs d'adaptation à l'effort (fréquence cardiaque et saturation en oxygène), et la perception de l'effort par l'échelle de BORG (annexe VII). Nous noterons le facteur limitant du test : douleur ischémique de la jambe saine, déconditionnement cardio-vasculaire, insuffisance musculaire.

Bilan qualitatif : nous observons les défauts et les stratégies de compensation à la marche appareillée. L'évolution des compensations à la marche peut être objectivé par un bilan utilisé au centre Louis Pierquin (annexe VIII).

3.3.2.8 Bilan psychologique (4)

Il doit être évalué au début de chaque séance pour éviter de mettre le patient dans une situation d'échec.

Les patients réagissent diversement. Dans la majorité des cas, ils présentent un état dépressif en raison :

- du traumatisme consécutif à l'amputation,
- de l'éloignement familial,
- des incertitudes concernant l'avenir.

Mais certains autres paraissent soulagés : quand ce sont eux qui demandent l'amputation.

3.3.2.9 Bilan du membre inférieur restant et de l'intégrité des membres supérieurs.

Le membre restant doit faire l'objet d'une surveillance toute particulière, car il existe un risque de 10% de perdre le membre controlatéral à 1 an. Le bilan porte essentiellement sur l'apparition de douleurs de type ischémique, l'existence de pouls et la surveillance des points d'appui cutanés.

Le bilan des membres supérieurs doit être établi dans la perspective du béquillage.

3.3.3 Les objectifs du traitement masso-kinésithérapique. (4)

- éviter les troubles du décubitus,
- lutter contre la douleur,
- lutter contre les troubles trophiques,
- lutter contre l'installation d'attitudes vicieuses,
- renforcer musculairement la jambe amputée et la jambe saine,
- rééduquer à la marche appareillée,
- lutter contre le déconditionnement à l'effort,
- donner des conseils d'hygiène de vie.

4. APPROCHE DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (E.T.P.) AMPUTE ARTERITIQUE

4.1 L'éducation thérapeutique du patient

4.1.1 Définition et intérêt de l'éducation thérapeutique

Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. L'ETP ne peut pas à elle seule suffire à la prise en charge médicale du patient. Elle intervient comme un complément thérapeutique indissociable du traitement. Elle permet une

amélioration de la santé du patient (biologique, clinique) et une amélioration de sa qualité de vie ainsi que de celle de ses proches.

4.1.2 Les 4 étapes de l'éducation thérapeutique du patient (14)

4.1.2.1 Etape 1 : l'élaboration du diagnostic éducatif

Le diagnostic éducatif détermine l'implication de chaque professionnel (médecin, masseur kinésithérapeute, diététicienne,...) dans le programme d'E.T.P. Il s'agit d'un dialogue entre le soignant et le soigné, les informations étant recueillies par écrit et consultables par les professionnels participant au programme d'E.T.P. Le diagnostic éducatif est élaboré en parallèle du projet de vie du patient.

4.1.2.2 Étape 2 : la définition d'un programme personnalisé d'E.T.P avec priorité d'apprentissage.

Nous faisons le lien entre les objectifs du patient et sa pathologie. Notre vision globale de la prise en charge médicale, l'évolution de la maladie et le projet de vie du patient doivent nous permettre, en accord avec le patient:

- de hiérarchiser les compétences d'auto soins et d'adaptation à acquérir,
- de planifier un programme individuel en fonction des compétences et des disponibilités,
- de transmettre les informations au personnel compétent impliqué dans la réalisation du projet de vie.

4.1.2.3 Etape 3 : la planification et mise en œuvre des séances d'E.T.P. collectives ou individuelles ou en alternance.

Toute séance d'ETP doit répondre aux besoins du patient, et doit s'adapter à la psychologie et aux capacités cognitives du patient.

4.1.2.3.1 Les séances

Elles sont soit collectives, soit individuelles.

Les séances individuelles favorisent le dialogue entre le thérapeute et le malade. La durée de la séance est de 30 à 45 minutes.

Les séances collectives regroupent des patients ayant le même objectif thérapeutique. La séance de groupe facilite le partage des expériences et assure la continuité de l'information donnée par le thérapeute. Les échanges sont ciblés sur les préoccupations du quotidien et leur résolution. La durée de la séance est de 45 minutes pour un groupe compris entre 3 et 10 personnes.

4.1.2.3.2 Les techniques de communication centrées sur le patient.

Pour que l'ETP soit optimale nous devons obtenir la participation active du patient lors des séances. Cela implique une mise en confiance et un maintien de sa motivation. C'est là qu'intervient l'attitude du thérapeute qui doit faire preuve d'une écoute active et d'une attitude encourageante, et entretenir un dialogue motivant pour encourager le patient dans sa démarche d'E.T.P.

4.1.2.3.3 Les techniques pédagogiques

Nous choisissons nos techniques en fonction de chaque patient.

Nous pouvons utiliser l'exposé interactif, la table ronde, les jeux de rôle, les travaux pratiques, les ateliers,....

4.1.2.3.4 Les outils

Ce sont les moyens utilisés pour transmettre l'information. Ils ont pour but de faire réagir le patient. Différents supports existent : CD ROM, affiche, brochure, classeur imagier, ...

4.1.2.4 La réalisation d'une évaluation individuelle

L'objectif premier de l'évaluation est d'apprécier l'évolution du patient face à sa pathologie. Cette évaluation permet de faire le point sur ses connaissances et sur l'application de ses compétences. Il s'agit d'un bilan sur le travail qui reste à effectuer.

4.1.3 Les professionnels de santé qui réalisent l'E.T.P

L'éducation thérapeutique du patient amputé artéritique doit faire l'objet d'une prise en charge pluridisciplinaire. Chaque corps de métier intervient de manière spécifique, pour permettre au patient d'acquérir les compétences d'auto-soins et d'adaptation. Le programme d'éducation thérapeutique du patient amputé artéritique doit porter sur les thèmes suivants :

- la maladie athéromateuse, la physiopathologie, l'anatomie du système artérielle,
- les conséquences de la maladie (atteinte cardiaque, cérébrale, rénale,...) et ses répercussions sur les troubles trophiques du moignon,
- les facteurs de risques modifiables de la maladie (notamment la prévention du tabagisme, la diététique et la sédentarité).

4.1.4 L'éducation à l'hygiène de vie

4.1.4.1 La sensibilisation au sevrage du tabac (3) (9)

Le traitement du patient artéritique commence par l'arrêt complet du tabac.

Pendant nos séances, nous mettons l'accent :

- sur la nicotine, qui est une substance psychoactive modifiant notre activité mentale, nos sensations, nos comportements,
- sur les dégâts du tabac dans les pathologies cardio-vasculaires (artérite des membres inférieurs, accidents cardiovasculaires,...),
- sur la nuisance du tabagisme passif (plus nocif que le tabagisme actif) pour les proches,
- sur l'importance de la motivation lors de l'arrêt du tabac, en s'appuyant sur le modèle en spirale de PROCHASKA (annexe IX),
- sur les avantages (se libérer d'un esclavage, faire des économies, ne plus sentir le tabac, améliorer sa santé,...) et les inconvénients (la perte de plaisir et de détente, une autre gestion du stress,...) liés à l'arrêt du tabac,
- sur les pièges à éviter (accepter les cigarettes des autres, fumer par curiosité, rester sans rien faire, s'ennuyer...) et les stratégies à adopter (côtoyer des non fumeurs, se faire plaisir avec l'argent économisé, se rappeler les inconvénients de la cigarette).

4.1.4.2 L'hygiène alimentaire (5)

Pendant nos séances, il faut réussir à sensibiliser le patient aux bons réflexes diététiques. La prise de nourriture est souvent associée à la notion de plaisir. Il est donc nécessaire, pour obtenir un résultat dans la durée, de réussir à modifier les habitudes alimentaires du patient tout en prenant en compte cette notion de plaisir.

Les grandes règles diététiques à respecter par le patient artéritique sont :

- de limiter les graisses saturées (beurre, fromage, charcuterie,...),
- d'augmenter la consommation de graisses mono-insaturées (huile d'olive, huile d'arachide...),
- de privilégier les oméga 3 (poisson, huile de colza, huile de noix, la mâche, les épinards...),
- d'alterner féculents et légumes verts,
- de consommer 3 produits laitiers par jours,
- de limiter l'absorption journalière de boissons alcoolisées (ne pas dépasser 2 verres pour la femme et 3 verres pour l'homme),
- d'éviter les charcuteries grasses (pâté, rillettes, saucisson,...) mais de conserver les charcuteries plus maigres (jambon, andouille...),
- de connaître les interdits relatifs : le grignotage (chocolats, gâteaux...) et les plats cuisinés avec des matières grasses animales,
- de s'autoriser une entorse au régime, une fois par semaine.

4.1.4.3 L'entretien d'une activité physique

L'activité physique est l'un des traitements des facteurs étiologiques de la maladie artéritique. Chez le patient amputé, une pratique physique régulière favorise la vascularisation collatérale. Cela se traduit au niveau du moignon par une meilleure trophicité et une cicatrisation plus rapide. Concernant le membre sain, l'activité physique fait reculer le seuil d'apparition de claudication à la marche (STRANDNESS considère la marche comme le meilleur traitement non chirurgical de la claudication intermittente.).

Nous éduquons le patient à une activité physique d'endurance :

- la marche est recommandée,
- elle doit être pratiquée quotidiennement,
- elle doit être effectuée au seuil ventilatoire, sans provoquer ni crampes ni douleurs du membre sain.

Nous l'éduquons aussi à reconnaître les signes fonctionnels à ne pas dépasser :

- sueur,
- pâleur,
- cyanose.

4.1.5 L'éducation aux soins du moignon, et de la prothèse (11)

4.1.5.1 L'éducation aux soins du moignon.

L'extrémité du moignon subit des contraintes d'appui et de friction majeures dues aux traumatismes répétés liés au port de la prothèse. Il s'agit d'une zone fragile et sensible qui demande une surveillance rigoureuse et quotidienne.

Nous éduquons le patient :

- à la surveillance quotidienne du moignon à l'aide d'un miroir, à la recherche de zones de friction, d'érythèmes et d'ulcérations,
- à un lavage quotidien au savon de Marseille suivi d'un séchage minutieux pour prévenir les problèmes de macération engendrés par la sudation,
- aux techniques permettant de réguler les troubles trophiques du membre résiduel (déclive, bains écossais, bandage, port de la prothèse),
- au contrôle de l'aspect de la jambe et du pied non amputé, en particulier entre les orteils.

4.1.5.2 L'entretien du matériel prothétique

Parallèlement aux soins apportés au moignon, l'entretien attentif des jerseys et bonnets assure une bonne hygiène globale.

Le patient amputé utilisant des jerseys doit les laver tous les soirs à l'eau tiède et au savon de Marseille et les remplacer quand ceux-ci sont effilochés ou ont perdu de leur élasticité. Nous lui conseillons d'en détenir plusieurs pour pouvoir en changer chaque matin.

L'utilisation d'un manchon répond aux mêmes modalités d'hygiène. Le lavage se fait à l'eau tiède et au savon de Marseille, de manière quotidienne. Le séchage s'effectue sur une bouteille pour éviter sa déformation.

L'entretien de l'emboîture de la prothèse doit aussi se faire quotidiennement à l'aide d'eau tiède et de savon de Marseille.

5. LES FICHES CONSEILS

Nous avons cherché un outil pour prolonger les acquis de la rééducation et éviter que le patient ne soit mis en difficulté lors de son retour au domicile. Les fiches répondent à une demande du centre Louis Pierquin.

5.1 Choix du support

5.1.1 Fiches ou livret ?

Le support retenu est la fiche de format A5, et ce, pour quatre raisons :

- la fiche permet de transmettre une information ciblée en fonction du besoin du patient. Au contraire du livret qui donne un ensemble d'information pas toutes utile au malade,

- le format A5 nous oblige à limiter l'information et nous évite donc de noyer le patient (qui est souvent âgé) dans un trop-plein d'informations,

- le contenu des fiches peut être modulé en fonction de l'évolution de l'appareillage : tout nouveau matériel prothétique peut donner lieu à l'établissement d'une nouvelle fiche,

- les fiches peuvent venir compléter des fiches déjà existantes élaborées par Carole EHRHARD, masseur kinésithérapeute au Centre de Réadaptation Fonctionnelle Louis Pierquin, relatives aux « exercices de rééducation à domicile chez le patient amputé ».

5.2 Objectif des fiches

Elles ont pour but de rappeler au patient les compétences et les connaissances qu'il a acquises pendant son séjour en centre de rééducation : elles constituent une aide pour l'intéressé et son entourage lors du retour au domicile.

Elles sont délivrées par le masseur kinésithérapeute, de façon progressive, au fur et à mesure des besoins et des compétences propres de chaque patient.

5.3 La conception des fiches

5.3.1 La forme

Les fiches s'adressent en grande majorité à des personnes âgées. Elles doivent donc être adaptées à leurs déficiences. Nous privilégions donc :

- des photos en couleur,
- un texte concis et un vocabulaire simple,
- une police facile à lire,

- un contraste d'image volontairement appuyé pour faire ressortir le texte et les photos,

- un code couleurs unique, valable pour l'ensemble des fiches, pour faciliter la transmission de l'information.

5.3.2 Le fond

Il a été déterminé en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire du centre LOUIS PIERQUIN : ont participé au projet les orthoprothésistes et les masseurs kinésithérapeutes.

Les thèmes abordés portent sur :

- la gestion des volumes : c'est le problème majeur rencontré par les amputés du membre inférieur durant la première année. La variation de volume empêche la mise en place de la prothèse. Le port du manchon et la mise en déclive du membre résiduel font partie des moyens permettant de faire diminuer le moignon de volume,

- le bandage du moignon : cette fiche explique les différentes étapes du bandage en épi,

- le membre fantôme : l'amputation peut entraîner des douleurs fantômes appelées algo-hallucinoses. Elles sont psychologiquement très dures à supporter par le patient puisqu'elles interviennent sur le segment de membre amputé. Il existe des astuces pour faire diminuer ces douleurs et un traitement médicamenteux peut être mis en place à la demande du patient,

- l'hygiène du manchon : le nettoyage quotidien du manchon est obligatoire pour éviter l'infection, mais il doit respecter certaines règles pour ne pas endommager le matériau.

Le manchon en silicone (cool liner®) est le plus utilisé au Centre Louis Pierquin(en annexe X),

- le chaussage de la prothèse : nous avons décrit la mise en place de la prothèse chez le patient amputé fémoral et tibial. Il s'agit de prothèse avec toile parachute, prothèse à attache terminale et prothèse avec gaine de suspension,

- les bonnes et les mauvaises positions chez l'amputé tibial : l'amputation tibiale entraîne le genou dans une position de flexum par déséquilibre musculaire. De plus, la position en flexum de genou est aggravée par la position antalgique du genou. Pour prévenir l'apparition de ces attitudes vicieuses, il est important que le patient prenne d'emblée de bons réflexes pour éviter que les mauvaises habitudes ne s'installent avec le temps,

- la montée et descente d'escaliers : de nombreux patients sont confrontés à des escaliers à leur domicile. Monter avec le membre sain et descendre avec la prothèse, sont les conditions dans lesquelles le patient a travaillé lors de sa rééducation,

- les relevés du sol : nous indiquons une méthodologie pour que le patient ne cède pas à la panique et puisse se relever en sécurité,

- le renouvellement du matériel prothétique : tous les patients peuvent changer de matériel prothétique ; encore faut il encore qu'ils en connaissent les modalités et sachent à qui ils doivent s'adresser,

- la conduite automobile : l'amputation n'est pas un frein à la conduite automobile. Le patient doit suivre une procédure particulière et repasser l'examen de conduire avec un véhicule adapté.

6. CONCLUSION

L'éducation thérapeutique semble être à l'évidence une réponse adaptée à la prise en charge des patients amputés artéritiques. L'acquisition de compétences d'auto-soins et d'adaptation permet certainement de mieux préparer la sortie du système de soins. Les fiches-conseils que nous avons mises au point s'inspirent également du même principe. Elles ont pour but de rappeler au patient les acquis de sa rééducation, et de prévenir toute rupture éventuelle avec la continuité des soins au moment du retour au domicile. Elles demandent toutefois à faire l'objet d'une évaluation.

A l'heure actuelle, autonomiser et responsabiliser le patient face à sa maladie est un objectif affiché. En effet en 2001, le Plan National d'Education pour la santé (16) a posé pour principe que « tous les patients dont l'état de santé le nécessite doivent pouvoir accéder à un programme d'éducation thérapeutique ». Le concept est devenu réalité puisque, dès l'année suivante, une circulaire de la Direction Général de la Santé précise que « le développement de l'éducation thérapeutique constitue un axe stratégique de la politique gouvernementale (13).

Il faut savoir que cette volonté ministérielle semble être guidée par l'idée que l'ETP peut contribuer à réduire les recours aux soins ainsi que les coûts de santé. Nous sommes bien conscients que des solutions doivent être trouvées pour préserver notre système de santé, mais cela ne doit pas se faire au détriment de la qualité des soins. Nous devons donc veiller à ce que l'éducation thérapeutique du patient ne devienne pas un raccourci trop facile qui se substituerait aux soins. De la même manière, les fiches ne doivent pas être considérées comme des « recettes de cuisine ». Elles ne doivent pas être délivrées de manière automatique. C'est à nous de les distribuer progressivement en fonction des besoins et des

acquis des patients. Il est donc de notre devoir de nous positionner en première ligne de façon à être les garants de notre système de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. ANDRE J.M. , PAQUIN J.M. , XENARD J. – Appareillage des handicapés moteurs - Institut Régional de Réadaptation Nancy 8^{ème} édition, 1994
2. BARRAULT J.J., BONNEL F., STER F., STER F. – Le moignon douloureux après amputation du membre inférieur pour artérite – La douleur chronique – SIMON L., PELISSIER J., ROQUEFEUIL B. – Paris : Masson, 1985 – 270 p.
3. BOHADANA A., MARTINET Y., SPINOSA A., WIRTH N. – Le traitement de la dépendance au tabac guide pratique – Issy les moulineaux: Masson, 2007
4. BOUTROUX Y.C., CHARTON D. , DE ANGELIS M.P. , LEVY ALVARES C. , PITON J.L. , TRUCHE H. – La rééducation de l'amputé vasculaire- BOUCHET J.Y. , FRANCO A. , RICHAUD C. – Rééducation en pathologie vasculaire – Paris Milan Barcelone Mexico : Masson, 1989 – p.29 – 49 – Dossiers de kinésithérapie ; vol. 5.
5. BONNEAU N. – Alimentation et artérite – Kinésithérapie scientifique, 2006, n° 265, p.31- 33
6. DERRICKSON, TORTORA – Manuel d'anatomie et de physiologie humaines – De boeck, 2009, p.390- 391
7. EHRHARD C. – Exercices de rééducation à domicile pour personnes présentant une amputation fémorale ou tibiale – Mémoire d'appareillage des handicapés moteurs : Nancy 1, faculté de médecine : 2007-2008 – 41 p.
8. HUGUENIN P. – Rééducation des amputés des membres inférieurs – Mémoire d'appareillage des handicapés moteurs : Nancy 1, faculté de médecine : 2010
9. JOUSSE A. C. – Prise en charge du sevrage tabagique – kinésithérapie scientifique, 2006, 465, p.27- 30
10. JOUSSE A.C., PIANETA A., VOYER C. – Influence de l'artérite sur la biomécanique et la physiologie de l'artère – Kinésithérapie scientifique, 2006, 465, p.7-12.
11. KAYAL K. – Soins du moignon, de la prothèse et de la plaie – Mémoire d'appareillage des handicapés moteurs – Nancy 1 : faculté de médecine : 2008-2009 – 27p.

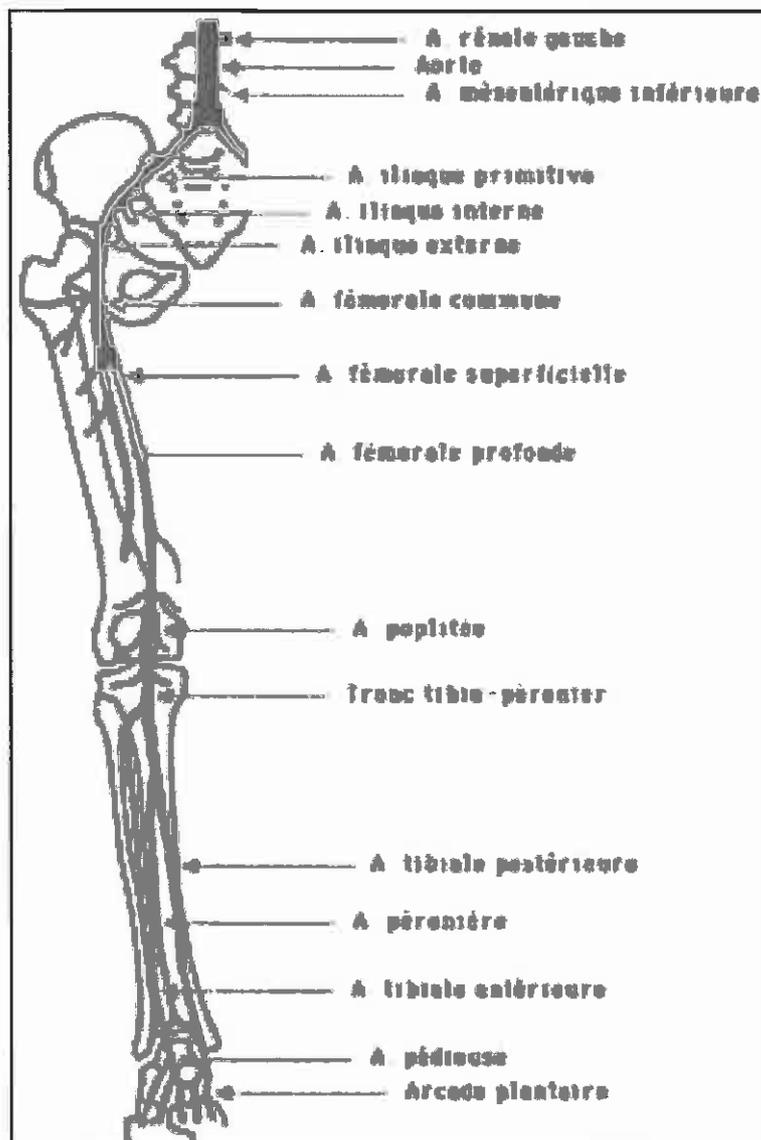
12. VOYER C. – L'artérite des membres inférieurs – Kinésithérapie scientifique, 2006, 465, p.13-25.

AUTRES REFERENCES :

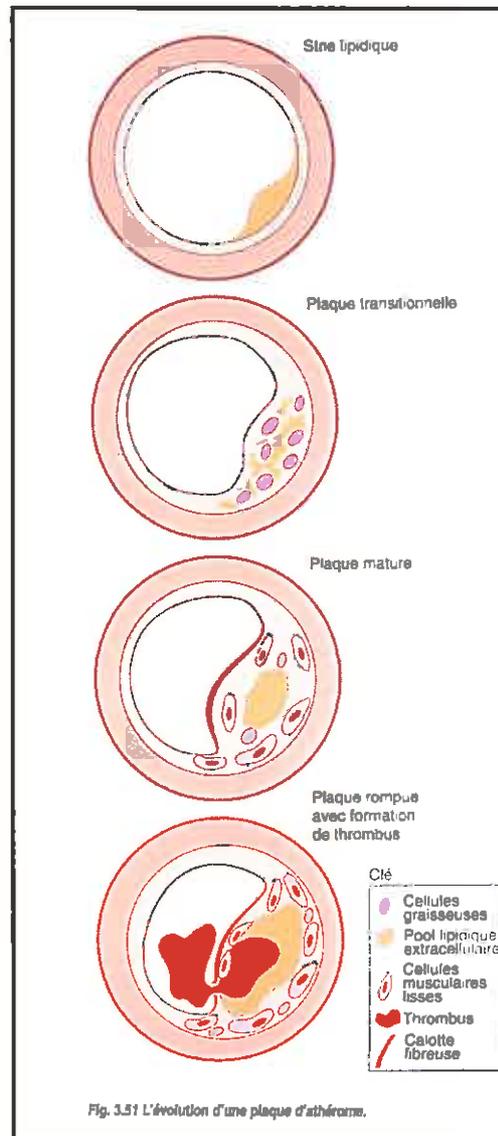
13. Circulaire DHOS/DGS n°2002-215 du 12 avril 2002 relative à l'éducation thérapeutique au sein des établissements de santé : appel à projets sur l'asthme, le diabète et les maladies cardiovasculaires
14. HAUTE AUTORITE DE SANTE - Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, juin 2007.
<http://www.has-sante.fr>
15. National Amputee Statistical Database - The Amputee Statistical Database for the United Kingdom, 2006-2007.
<http://www.nasdab.co.uk>
16. Plan national d'éducation pour la santé - Paris: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité; Secretariat d'Etat à la Santé et aux handicapés; 2001.

LES ANNEXES

ANNEXE I



ANNEXE II

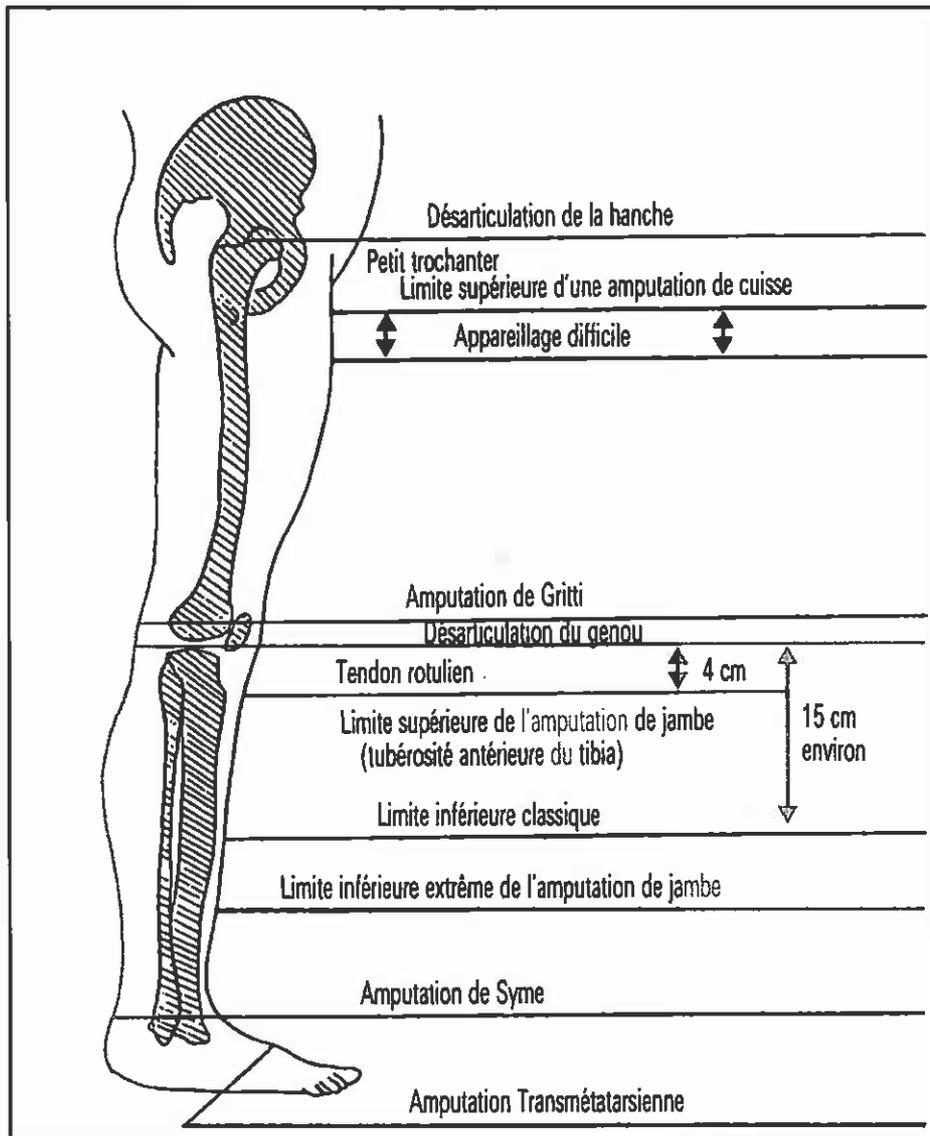


ANNEXE III

CLASSIFICATION DE LERICHE ET FONTAINE :

- Stade I : l'artériopathie chronique des membres inférieurs est asymptomatique, sans signes fonctionnels
- Stade II : l'artériopathie chronique des membres inférieurs est responsable d'une claudication intermittente
- Stade III : l'artériopathie chronique des membres inférieurs est responsable de douleurs de décubitus
- Stade IV : l'artériopathie chronique des membres inférieurs est responsable de gangrène distale

ANNEXE IV



ANNEXE V

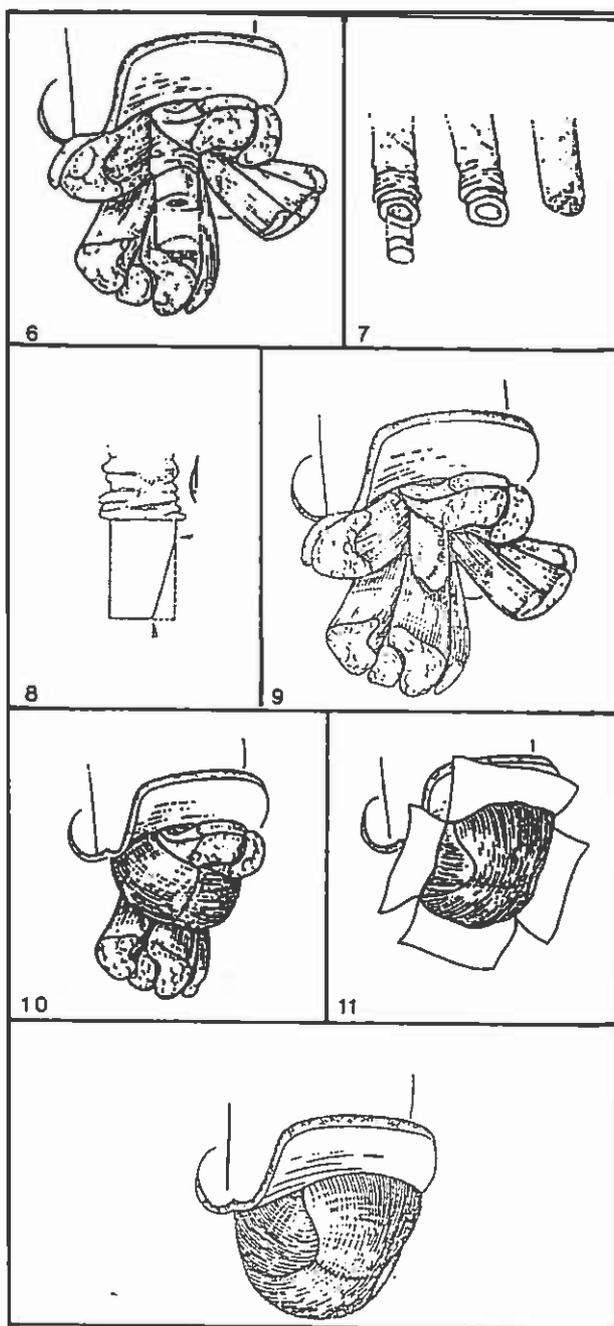


Fig. 6 : résection osseuse au dessus de la section musculaire

Fig. 7-8 : canal médullaire bouché, périoste soigneusement suturé

Fig. 9 : myoplastie latero-laterale

Fig. 10 : fermeture sans aponévrose

Fig. 12 : résection de l'angle de faraboef (tibia)

ANNEXE VI

	Les niveaux	1 Aide totale/autos : 0's 5. Surveillance	2 aide partielle à 25% 6. 1-2 dp. méd. fee. (apparel)	3. Aide intermédiaire : 50's 7. 2-3 dp. complète (appropriés aux circonstances & dangers)	4. Aide minimale : 75's
Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle	Nom : _____ Prénom : _____ Date : _____ Lieu : _____ Examineur : _____				
SOINS PERSONNELS	Date : _____ Lieu : _____ Examineur : _____				
Alimentation					
Sens, apparence					
Toilette					
Habilillage supérieur					
Habilillage inférieur					
Utilisation des toilettes					
sous-total					
CONTRÔLE SPHINCTERS	Date : _____ Lieu : _____ Examineur : _____				
Vessie					
Intestins					
sous-total					
MOBILITE	Date : _____ Lieu : _____ Examineur : _____				
Transferts lit, chaise, f. roulant					
Transferts WC					
Baignoire, douche					
sous-total					
LOCOMOTION	Date : _____ Lieu : _____ Examineur : _____				
Marche / Fauteuil roulant					
Escaliers					
sous-total					
SCORE MIF "MOTRICE"	/ 91				
COMMUNICATION	Date : _____ Lieu : _____ Examineur : _____				
Compréhension auditive/visuelle					
Expression verbale/non verbale					
sous-total					
MONDE EXTERIEUR	Date : _____ Lieu : _____ Examineur : _____				
Interactions sociale					
Résolution des problèmes					
Mémoire					
sous-total					
SCORE MIF "COGNITIVE"	/ 35				
CONCLUSION	/ 126				
					SCORE TOTAL / 126
					SCORE TOTAL / 126
					SCORE TOTAL / 126
					SCORE TOTAL / 91

ANNEXE VII

EVALUATION DE L'EFFORT MUSCULAIRE

ECHELLE DE BORG (0-10)

0	Rien du tout
0,3	
0,5	Extrêmement faible
1	Très faible
1,5	
2	Faible
2,5	
3	Modéré
4	
5	Intense
6	
7	Très intense
8	
9	
10	Extrêmement intense

ECHELLE DE BORG (6 - 20) AACVPR

Perception de l'effort

6	Pas d'effort
7	Extrêmement léger
8	
9	Très léger
10	
11	Léger
12	
13	Relativement difficile
14	
15	Difficile
16	
17	Très difficile
18	
19	Extrêmement difficile
20	Effort maximal

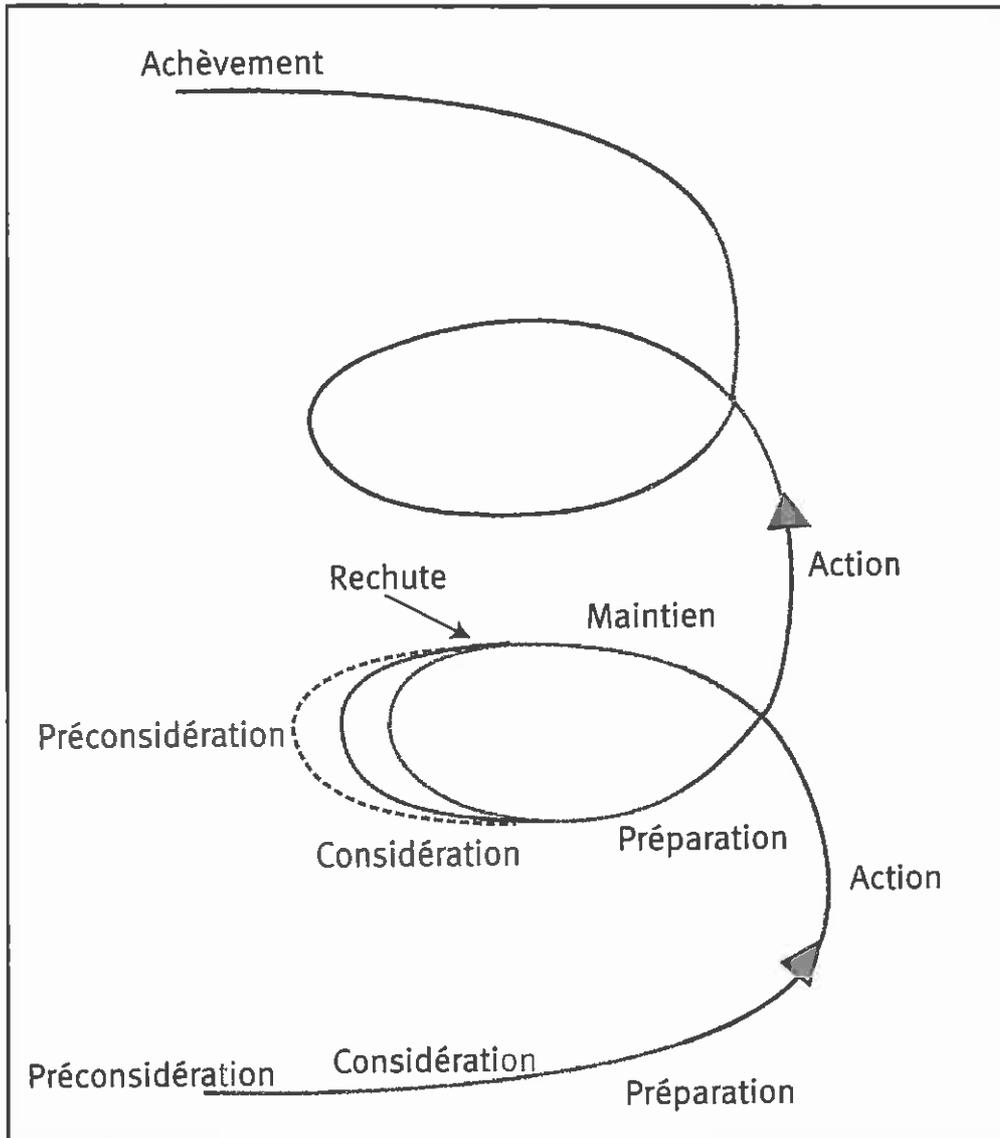
ANNEXE VIII

Bilan de Marche				
NOM :	Prénom :	Age :		
Niveau Amputation :	Appareillé depuis ? (date)	Condition d'évaluation ? (local, patient)		
<ul style="list-style-type: none"> • 1/3 supérieur • 1/3 moyen • 1/3 inférieur 				
Amputation :	Distance de marche maximale ?			
<ul style="list-style-type: none"> • Droite • Gauche 				
Localisation	Anomalies de marche	Présentes chez le patient (cocher la case correspondante)		
		Jour J	+S4	+S8
	- Le patient regarde :-au sol -devant lui			
	- Pas de dissociation - Dissociation			
	-Symétriques -Asymétriques			
	-Mouvement pendulaire des bras : -réguliers -irréguliers			
	-Salutation -Inclinaison du tronc :-côté prothèse -côté opposé			
	-Equilibre du bassin dans le plan frontal -Pas pelvien :-côté prothèse -côté sain			
	-Elévation du bassin du côté non porteur -Descente brutale du bassin du côté oscillant			
	-EIAS :-symétriques -asymétriques			
	-Marche en abduction -Marche en circumduction			
	-Flexion de genou (exagérée, hâtive, tardive) :-côté amputé -côté sain			
	-Flexion insuffisante de genou ou absente :-côté amputé -côté sain			
	-Marche en :-genu flexum -genu recurvatum			
	-Instabilité du genou : -latérale -médiale			
	-Dérèglement du genou -Fouet de la jambe lors de la phase d'oscillation (précipitation du pied d'arrière en avant)			
	-Fauchage :-externe -interne			

	-Base de sustentation trop large			
	-Marche sur bord :-interne du pied -externe			
	-Marche en rotation :-interne des membres inférieurs - externe			
	-Marche genou de face et pied en rotation interne			
	-Marche genou en rotation interne et pied en rotation externe			
	-Sautillement du pied sain			
	-Steppage			
	-Absence de mobilité active du pied prothétique par rapport au segment jambier			
	-Rotation du pied prothétique (lors du décollement du talon) : -voilage interne -voilage externe			
	-Décollement prématurés du talon :- Prothétique -Sain			
	-Déroulement du pas au sol (attaque talon, pied à plat, propulsion par les orteils) : -Pied prothétique -Pied sain			
		-Longueur des pas [] ; -régulière -irrégulière		
-Largeur des pas : -égal -inégal				
-Esquive du pas (temps d'appui) : prothèse sain				
-Vitesse de marche [] ; -lente -moyenne -rapide				

Remarques éventuelles du kinésithérapeute : (conditions d'évaluation, douleurs, gêne de la prothèse...)

ANNEXE IX



ANNEXE X

Nettoyage du Cool Liner

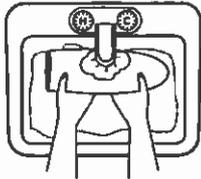
Le nettoyage approprié et l'hygiène du molignon sont les facteurs les plus importants pour garantir une longue et confortable utilisation du COOL LINER. Le Cool Liner doit être nettoyé à la fin de chaque jour d'utilisation. Laissez toujours le COOL LINER sécher au moins 24 heures.

Pour un nettoyage quotidien Le COOL LINER doit être lavé quotidiennement.

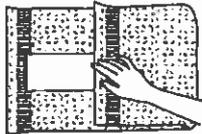


1. Après avoir reliné et retourné le **COOL LINER** (côté tissu à l'intérieur) laver à la main le **COOL LINER** avec de l'eau **CHAUDE** et du savon corporel qui n'irrite pas votre peau. **N'**immergez **PAS** le **COOL LINER** dans l'eau et **NE** le frottez **PAS**.

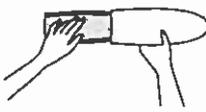
Note : S'il reste quelques tâches sur le gel, utilisez de l'huile pour bébé pour les supprimer.



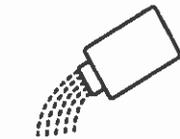
2. Rincez complètement le **COOL LINER** à l'eau **FROIDE**. N'immergez toujours pas le **COOL LINER**.



3. Séchez en tapotant doucement le **COOL LINER**. **NE** frottez **PAS**. Un sèche cheveux peut être utilisé. **NE JAMAIS** utiliser le réglage forte chaleur.



4. Si le Cool Liner possède une attache distale, **NE PAS** laisser le **COOL LINER** intérieur dehors (gel en dehors). **ASSUREZ VOUS** de retourner le **COOL LINER** du bon côté (Tissu à l'extérieur) dès qu'il est sec. Garder le **COOL LINER** avec le gel à l'extérieur, altérerait l'intégrité du gel. Après que le **COOL LINER** soit sec, il est recommandé de ré-introduire la mousse livrée avec le **COOL LINER** pour éviter que le gel colle sur lui même.



5. Le matin suivant, si vous désirez, appliquez très légèrement de la poudre de bébé ou du talc sur le côté gélifié du **COOL LINER**.



DAW s.a.

Tél. : 01 45 20 30 60

© Copyright 2007 DAW s.a. Paris - France. Tous droits réservés - 09/11/07

Fax : 01 45 20 30 55

Retour

à

domicile.

Gestion des volumes

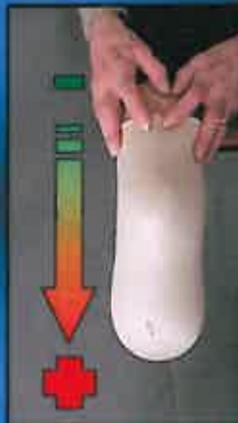
Depuis le début de votre rééducation votre moignon change de volume, ce qui peut gêner la mise en place de votre prothèse. Voici quelques conseils qui vous permettront de gérer ces variations de volume.

Si le moignon est trop gros :



Positionnez votre moignon en position de déclive.

Remarque : votre lit peut être en légère déclive, en positionnant des livres sous les pieds du lit.



Votre manchon applique une pression dégressive sur votre moignon. Le port du manchon permet de faire diminuer l'œdème.



La mise en place d'une bande élastique sur votre moignon suivant la méthode en épi, permet d'obtenir les mêmes résultats que le port du manchon.



Les bains écossais : lors de votre douche faites écouler l'eau le long de votre membre résiduel en alternant chaud/froid. Terminez toujours par de l'eau froide.

Protocole : 4 min. d'eau chaude, 1min. d'eau froide.



Le port de la prothèse et son utilisation pour la marche est le moyen le plus efficace pour drainer l'œdème !

Si le moignon a
maigri :

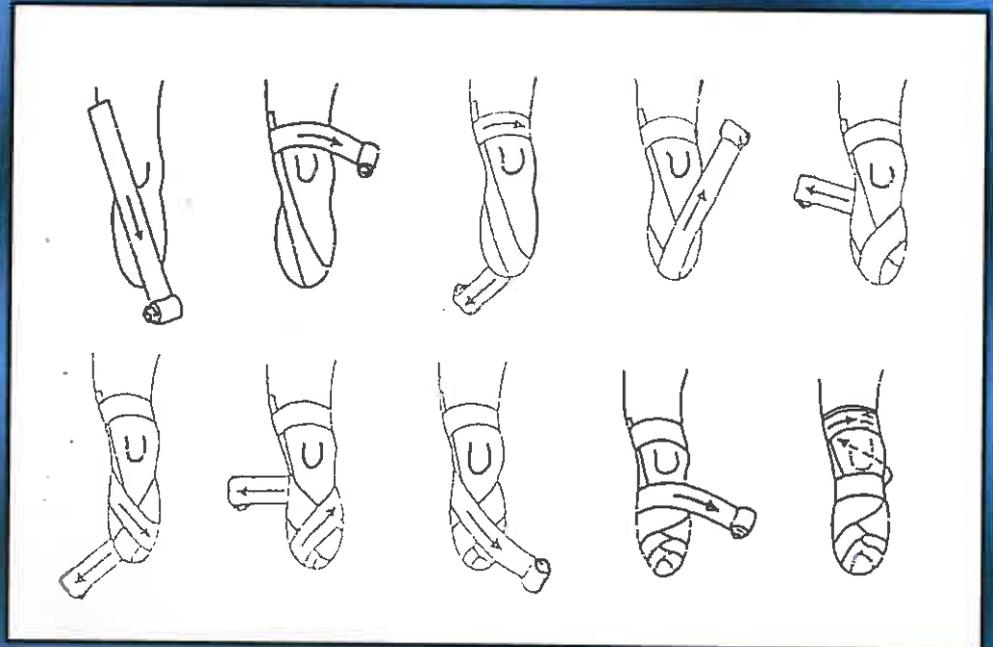


Pour combler la diminution de volume et permettre un meilleur maintien de la prothèse, vous pouvez faire 1, 2 voire 3 aller-retour de jersey. Au-delà prévenez votre prothésiste.

Le bandage du moignon

Le bandage du membre résiduel est une technique qui permet de faire diminuer l'œdème lorsque le moignon ne rentre pas dans la prothèse. Il doit être associé à une mise en décline du membre amputé.

En voici les différentes étapes :



Prothèse et précautions

Votre prothèse a été fabriquée sur mesure. Elle a été conçue suivant votre morphologie et adaptée à votre handicap. Voici quelques conseils à respecter :

Évitez toute source de chaleur :



Votre prothèse est fabriquée en matériau thermo-formable. Si elle est soumise à une source de chaleur elle peut se déformer et ne plus être adaptée. Donc ne la laissez pas au soleil, ni à proximité d'un radiateur, ni sur la plage arrière de la voiture.

N'allez pas dans l'eau :



Votre prothèse n'a pas été conçue pour aller dans l'eau. Se baigner avec, risquerait de l'abîmer. Si vous voulez nager, contactez votre prothésiste, des solutions existent.

**Ne vous promenez pas
sur la plage :**



Les grains de sable peuvent endommager la prothèse.

**Ne bricolez pas
votre prothèse :**



Faire des réglages sur une prothèse nécessite l'intervention d'un professionnel. Si votre prothèse semble dérèglée faites appel à votre prothésiste.

**Ne laissez pas votre
prothèse en position
verticale contre un mur :**

Elle risquerait de tomber et de se casser. Donc une fois retirée, positionnez-la, couchée par terre.

Chaussage de la prothèse fémorale à l'aide d'un manchon et d'une volée

Lors du chaussage de votre prothèse, utilisez un point fixe (exemple : chaise) pour ne pas perdre l'équilibre.



En position assise :

Positionnez le manchon au contact de votre moignon sans interposer d'air. Puis le dérouler du bas vers le haut.



Introduisez votre moignon dans l'emboîture.



Puis à l'aide d'un point fixe, passez en position debout, le genou prothétique verrouillé en extension. Dans cette position faites un transfert d'appui sur la prothèse pour que le moignon glisse au fond de la prothèse.



Le vide d'air est effectué par une simple pression sur la valve anti retour. Vous entendez PSCHIIITTT !!!

Hygiène du manchon

Pour éviter tout risque d'infection de votre membre résiduel, votre manchon doit être lavé tous les soirs.



Utilisez un savon liquide doux (pH neutre, type savon de Marseille) et un gant de toilette à usage unique, mouillé à l'eau tiède.



Retournez le manchon (surface au contact de la peau visible) et nettoyez avec le gant de toilette.



Puis rincez et séchez le manchon à l'aide d'une serviette éponge en taponnant.



Positionnez ensuite le manchon sur une bouteille pour qu'il ne se déforme pas.

La montée et descente des escaliers

Lors de la montée et descente des escaliers, retenez que votre aide technique encadre toujours la prothèse.

A l'aide d'une rampe :



1^{er} temps : vous amenez la jambe saine sur la marche supérieure, la jambe appareillée restant encadrée par la canne anglaise.

2^{ème} temps : vous poussez sur la jambe saine pour amener la jambe appareillée au même niveau que la jambe saine



1^{er} temps : placez la canne anglaise puis la jambe appareillée sur la marche inférieure.

2^{ème} temps : ramenez la jambe saine au même niveau que la jambe appareillée.

Avec 2 cannes anglaises :



Montée : amenez la jambe saine sur la marche supérieure, la jambe appareillée étant encadrée par les 2 cannes anglaises. Puis montez la jambe appareillée sur la marche supérieure.

Descente : amenez les cannes anglaises avec la jambe appareillée sur la marche inférieure. Puis descendez la jambe saine au milieu des 2 cannes anglaises.

Marche fessière :



Montée : les fesses sont positionnées sur une marche, les mains posées sur la marche supérieure, la jambe saine est fléchie le pied reposant sur la marche inférieure. Poussez sur la jambe et les bras pour faire décoller les fesses et les amener sur la marche supérieure.

Remarque : la descente se réalise de la façon inverse. Au départ les fesses et les mains sont situées sur la même marche, la jambe saine a le pied posé 2 marches en dessous. Puis les bras et les jambes poussent de façon à amener les fesses sur la marche inférieure. La jambe devient alors fléchie.

Chaussage de la prothèse tibiale à attache terminale

Lors du chaussage de votre prothèse, utilisez un point fixe (exemple : chaise) pour ne pas perdre l'équilibre.



En position assise :

Positionnez le manchon au contact de votre moignon sans interposer d'air.



Déroulez le manchon du moignon jusqu'à la racine de la jambe.



Introduisez votre moignon dans l'emboiture.



Puis à l'aide d'un point fixe, passez en position debout et effectuez un transfert d'appui sur la prothèse jusqu'à entendre le premier **CLICK !!!!**

Chaussage d'une prothèse tibiale avec quine de suspension

Lors du chaussage de votre prothèse, utilisez un point fixe (exemple : chaise) pour ne pas perdre l'équilibre.



En position assise :

Positionnez le manchon au contact de votre moignon sans interposer d'air.



Puis déroulez le du bas vers le haut.



Passez de la position assise à debout à l'aide d'un point fixe et faites un transfert d'appui sur la prothèse, pour que votre moignon ait un maximum de contact avec l'emboiture.



Ensuite déroulez la gaine de suspension du bas vers le haut, de manière à ce qu'elle couvre la prothèse jusqu'à mi-cuisse.

Les bonnes et mauvaises positions chez l'amputé tibial

Vous devez savoir que la position au fauteuil requiert quelques règles simples de manière à lutter contre les attitudes vicieuses. Les attitudes vicieuses sont la conséquence d'une diminution de longueur de certains muscles.

Lors de l'amputation tibiale la position vicieuse du genou est la flexion.

Ce qu'il ne faut pas faire :



Ne pas placer un petit coussin sous le genou !!!

Lors de la position de
déclive :



Les relevés du sol

Pour se relever d'une chute, regardez autour de vous à la recherche d'un point fixe pour vous relever.

Les étapes :



Temps 1 : si vous êtes sur le ventre ou sur le côté, positionnez vous allongé sur le dos.



Temps 2 : mettez vous en position assise à l'aide des membres supérieurs, puis effectuez une marche fessière jusqu'au point fixe.



Temps 3 : Positionnez vous dos contre point fixe (ex : chaise). Effectuez une triple flexion du membre inférieur sain et mains en appui sur la chaise. Assurez-vous au préalable de la stabilité de la chaise.



Temps 4 : Inspirez, gonflez, apnée ! Poussez sur la jambe et tractez sur les membres supérieurs pour amener les fesses sur la chaise.

Chaussage de la prothèse fémorale à l'aide d'un système parachute

Lors du chaussage de votre prothèse, utilisez un point fixe (exemple : chaise) pour ne pas perdre l'équilibre.



En position assise :

Placez la toile parachute sur votre moignon en la faisant remonter le plus haut possible. Cela permet lors de la station debout d'amener le moignon au plus bas de l'emboiture.



En position debout :

Verrouillez votre genou en extension et effectuez un transfert d'appui sur la prothèse pour amener votre moignon au contact de l'emboiture.



Faites passer l'anse de la toile parachute par la valve anti-retour.



Tout en mettant du poids sur votre prothèse, tirez sur l'anse jusqu'au retrait complet de la toile parachute.



Le vide d'air est effectué par une simple pression sur la valve anti-retour. Vous entendez PSCHIIITT !!

Le membre fantôme

Dans 90 % des cas vous pouvez sentir la présence du membre amputé, appelé membre fantôme .il peut être à l'origine de douleurs que l'on nomme algo-hallucinose. Pour traiter ces douleurs il existe une prise en charge médicamenteuse et des conseils pratiques.

Conseils pratiques :



Enveloppez votre moignon dans une serviette chaude.



Massez votre moignon.



Portez le plus souvent possible votre prothèse.

Les facteurs aggravants :

- variations climatiques,
- certaines positions de moignon,
- certaines stimulations tactiles,
- miction, défécation,
- colère ou repos complet.

Traitement médical :

Parlez-en à votre médecin rééducateur, des solutions médicamenteuses existent.

Renouvellement du matériel prothétique

Le renouvellement du matériel prothétique se fait sur prescription médicale. En fonction du matériel à remplacer, vous devez vous adresser soit à votre médecin traitant, soit à votre médecin appareilleur.

Médecin traitant :

- pour le renouvellement de votre prothèse à l'identique

La sécurité sociale accorde :

- 1 prothèse +1 prothèse de secours pour les 3 premières années
- puis 1 renouvellement de prothèse tous les 3 ans.

- pour le renouvellement de votre manchon ou de votre de gaine de suspension.

un renouvellement de manchon, de gaine de suspension tous les 6 mois.

Médecin appareilleur :

Vos besoins peuvent changer ! Le matériel prothétique évolue et peut répondre à vos attentes.

Donc, si votre prothèse ne vous correspond plus et qu'elle doit être changée ou modifiée, adressez-vous à votre médecin appareilleur. La collaboration de celui-ci avec un masseur kinésithérapeute et un prothésiste permettra de définir au mieux la prothèse qui vous convient.

Et si la prothèse casse ?

Suite à un choc, à un défaut des matériaux ou un défaut d'assemblage, votre prothèse peut se casser. Dans ce cas prenez rendez-vous avec votre prothésiste pour que votre prothèse soit analysée et l'origine de la casse identifiée. Ensuite le médecin appareilleur décidera soit de solliciter la garantie de la prothèse, soit de vous en prescrire une nouvelle.

Démarches auprès de l'assurance :

- Le contrat de l'assureur doit être proposé aux mêmes conditions tarifaires que pour une personne valide en ce qui concerne la garantie de responsabilité civile.
- Signalez votre handicap et les aménagements du véhicule préconisés par la commission médicale des permis de conduire.
- Il peut y avoir une majoration des tarifs en ce qui concerne la garantie qui couvre les dommages des véhicules, compte tenu de la valeur des aménagements à réaliser.

Régularisation du permis de conduire

Votre handicap nécessite des démarches à effectuer pour être autorisé à conduire. Ces démarches sont effectuées auprès de la préfecture puis auprès de l'assurance.

Démarches auprès de la préfecture

Présentez vous à la Préfecture du département de résidence, et faites une demande de passage devant la Commission Médicale de Régularisation des permis de conduire.

FAITES UNE DEMANDE DE PASSAGE
DEVANT LA COMMISSION MEDICALE
DES PERMIS DE CONDUIRE

LE PASSAGE DEVANT CETTE COMMISSION EST
OBLIGATOIRE. 2 MEDECINS ETUDIENT VOTRE
DOSSIER ET PRECISENT :

VOTRE APTITUDE OU
NON A CONDUIRE.

LES AMENAGEMENTS
DU VEHICULE.

SI LE PORT DE VOTRE
APPAREILLAGE EST
OBLIGATOIRE.

PUIS VOUS PASSEREZ UN TEST DE CONDUITE AVEC UNE VOITURE ADAPTEE.
L'INSPECTEUR EVALUERA L'UTILISATION CORRECTE DE L'EQUIPEMENT.
RQ : LE PERMIS DELIVRE NE VOUS AUTORISE PAS A CONDUIRE UNE AUTRE
VOITURE QUE LA VOTRE.