

Amputations bilatérales des membres inférieurs Cas cliniques

Dr. EVENO

La Tourmaline

Nantes - St Herblain

POUT Ala 29/06/56 (53 ans)

- AOMI sévère bilatérale (2004)
- FDR :
 - Tabac
 - Dyslipémie
 - HTA
 - Cardiopathie ischémique asymptomatique
- Amputation transtibiale gauche 11/05/2004 après échec de chirurgie de revascularisation
 - Prothèse résine contact
 - Manchon silicone
 - Pied classe 1

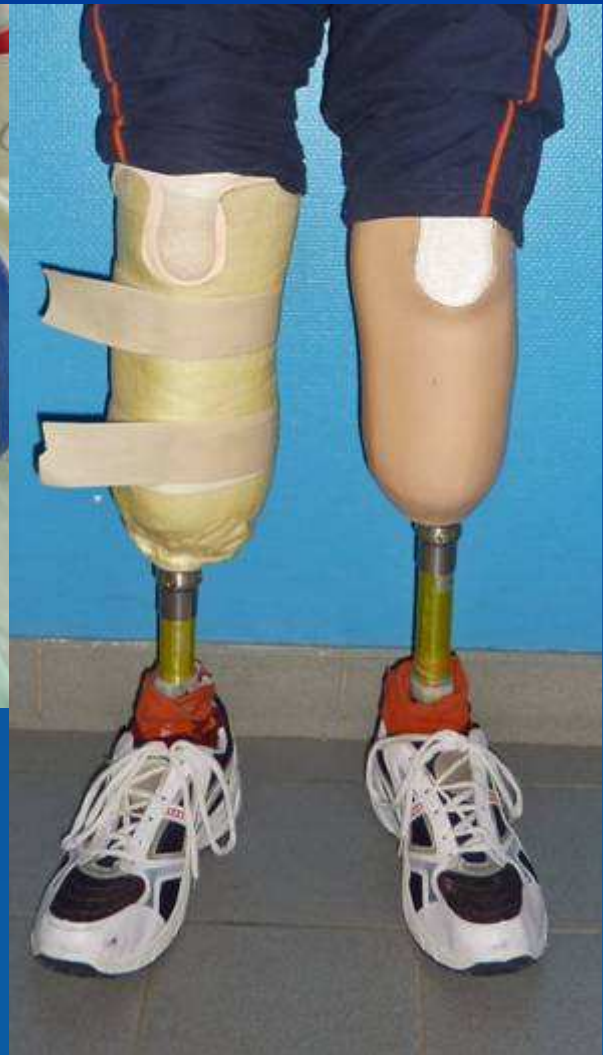
POUT Ala 29/06/56 (53 ans)

- Ischémie critique du membre inférieur droit, pas de revascularisation possible
- Amputation transtibiale droite 19/02/2010
 - Moignon ouvert – cicatrisation dirigée
 - TPN (VAC) + greffe cutanée 30/03/2010
 - Prothèse provisoire scotch cast
 - Prothèse résine contact
 - Manchon silicone + keasy
 - Pied classe 1
- Étude Clever Bone (MEDI)

POUT Ala 29/06/56 (53 ans)



POUT Ala 29/06/56 (53 ans)



POUT Ala 29/06/56 (53 ans)



RAV Dom 26/09/63 (46 ans)

- Artériopathie juvénile type Buerger (2000)
- Amputation transtibiale gauche 29/07/2002
 - Prothèse résine contact
 - Manchon silicone avec plongeur + genouillère
 - Pied classe 1
- Amputation transtibiale droite 10/11/2009 après échec de chirurgie de revascularisation
 - Nécrose septique post opératoire
 - Chirurgie pour nécrosectomie le 3/12/2009
 - Chirurgie os moignon le 09/03/2010
 - Cicatrisation fin mai 2010

RAV Dom 26/09/63 (46 ans)

- Prothèse droite provisoire
 - Emboiture provisoire scotch cast
 - Manchon copolymère + genouillère
 - Pied de classe 1
- Prothèse gauche
 - Emboiture résine contact
 - Manchon silicone avec plongeur + genouillère
 - Pied de classe 1
- Étude Clever Bone (MEDI)

RAV Dom 26/09/63 (46 ans)



RAV Dom 26/09/63 (46 ans)



MAR Den 16/11/83 (26 ans)

- Polytraumatisme par défenestration 20/11/2009
- Amputation transtibiale bilatérale 28/12/2009 sur fracture ouverte + sepsis
- Fracture du rachis
 - L3-L5 traitement orthopédique
 - Odontoïde traitement par minerve
- Fracture plateau tibiale interne genou droit
 - Traitement par fixateur externe : ablation le 8/01/2010
- Antécédents de dystrophie rachidienne (Scheuermann)
- Transfert de H. Mondor (Créteil) à La Tourmaline le 15/02/2010

MAR Den 16/11/83 (26 ans)

- Prothèses provisoires
 - Emboiture scotch cast
 - Manchon copolymère
 - Pied de classe 1
- Prothèses secondaires
 - Emboiture résine contact
 - Manchon copolymère + Keasy
 - Pied de classe 3
- Étude Clever Bone (MEDI)
- Pas de séquelle fonctionnelle genou droit et rachis

MAR Den 16/11/83 (26 ans)



ORDO Yvo 07/03/49 (61 ans)

- AOMI sévère bilatérale (2001)
- FDR :
 - Tabac sevré
 - HTA
 - Cardopathie ischémique asymptomatique
 - AVC avec séquelles hémipariétales G 14/04/2003
- Amputation transtibiale gauche 27/09/2001 après échec de chirurgie de revascularisation
 - Prothèse résine contact
 - Manchon silicone + plongeur
 - Pied classe 1

ORDO Yvo 07/03/49 (61 ans)

- Revascularisation du Mb inf Dte 17/11/2001
- Occlusion du pontage et tentative de désobstruction 04/01/2010
- Amputation transfémorale Droite 06/01/2010 suite loco-régional et général simple
- Pas de prothésisation fémorale
- Prothèse tibiale droite pour transferts + verticalisation
- Autonomie de déplacement en FRM + FRE
- Adaptation du domicile

ORDO Yvo 07/03/49 (61 ans)



ORDO Yvo 07/03/49 (61 ans)



Questions ???

Dr. EVENO

La Tourmaline

Nantes - St Herblain

LA BI AMPUTATION DES MEMBRES INFERIEURS : CAS CLINIQUES

Dr Nathalie de HESSELLE

Cas clinique n°1

- Mme B 62 ans
- Antécédents :
 - HTA
 - DNID depuis 15 ans
 - FRACTURE SCAPHOIDE DRT
 - FRACTURE TASSEMENT L5
 - CECITE COMPLETE D'UN ŒIL
 - POLYNEVRITE MEMBRES SUP NON ETIQUETEE
 - VASCULARITE NECROSANTE

HISTOIRE DE LA MALADIE

- 08/2001 AMPUTATION FEMORALE GAUCHE (AOMI stade 4)
- 09/2001 escarre face postérieure du mollet droit avec mise à nu TA et installation d'un équin . Guérison obtenue fin 2002
- 2^{ème} séjour en rééducation en 09/02 après hospitalisation 1 an en MCO (dermato)

Séjour en rééducation 2002

- Problématique
 - Désadaptation à l'effort
 - Appui monopodal non tenu
 - Amyotrophie globale
 - Amyotrophie mains et paresthésies
- Objectifs
 - Obtention appui monopodal satisfaisant
 - Lutte anti équin membre inférieur droit et renforcement
 - Mise en place appareillage provisoire et déambulation

- Obtention d'une déambulation sur quelques mètres avec la prothèse provisoire et déambulateur
- Lors du passage en prothèse première mise importantes difficultés d'adaptation de l'emboiture (bord interne et ischion)
- Refus de prothétisation ?
- Suivi externe : obtention appareillage satisfaisant (classique) et déambulation avec cadre de marche sur quelques mètres
- Patiente perdue de vue de 2003 à 2010

2010

- 04/03/2010 : amputation tibiale droite pour aomi stade 4
- Patiente qui ne portait plus sa prothèse fémorale depuis >1 an
- Réadmission en rééducation le 29/03/2010

À l'admission

- Moignon tibial pirifome, oedématié
- Ablation des fils à l'entrée, petite désunion
- Non douloureux
- COURT ($< 1/3$ moyen)
- Transferts non acquis



Appareillage ?

- Bi amputée niveaux différents
- Non marchante > 1 an
- Cécité d'un oeil
- Amyotrophie mains

Souhaits de la patiente

- Faire ses transferts
- Se verticaliser
- Essayer fauteuil roulant électrique



Staff multidisciplinaire

- Mise en route prothèse pour verticalisation et transferts
 - Tibiale contact avec manchon gel de copolymère ,pied gériatrique
 - Fémorale classique avec manchon gel de copolymère
- Essai fauteuil électrique : positif mais patiente trouve le fauteuil trop volumineux pour le domicile et très vite distraite donc risque d'insécurité
- VAD à réaliser

- Essai prothèse tibiale emboiture polyéthylène
 - Verticalisation dans les barres parallèles possible d'emblée et ébauche quelques pas
- 10 j plus tard ,essai des deux prothèses test
 - Marche plusieurs aller retour dans les barres



AU FINAL

- DEAMBULATION POSSIBLE
- Faut-il aller au-delà ?
- Revoir appareillage : pied classe 2 ou système clever bone ? Accrochage distal tibial ?
- Par ailleurs patiente autonome en FR et dans les AVQ



Cas clinique n°2

Mr C ,72 ans

- Antécédents
 - DID >15 ANS
 - HTA
 - AMPUTE TIBIAL GAUCHE EN 1998 , patient appareillé autonome
 - Sténose carotide interne gauche opérée
 - Pontage aorto bifémoral avec multiples reprises
 - Pontages fémoro poplités

HISTOIRE DE LA MALADIE

- Ischémie aiguë du membre inférieur sur thrombose du pontage fémoro poplité droit
- Tentative de sauvetage de membre (thrombectomie , angioplastie de l'anastomose artère poplitée et recanalisation péronière)
- AMPUTATION FÉMORALE DROITE LE 02/02/2010 après tentative d'amputation tibiale le 18/01/2010

A l'admission en rééducation

- Moignon tibial gauche court ,non douloureux ,bonne mobilité du genou
- Moignon fémoral long , amputation supracondylienne, cicatrice distale propre, non douloureux
- Transferts acquis
- Utilisation fr manuel correcte



Appareillage

- Rechaussage de la prothèse tibiale et verticalisation sans difficultés . Prothèse adaptée : emboiture contact, manchon tp foam, pied articulé
- Mise en place prothèse fémorale : emboiture kit ,genou verrou, pied articulé
- Déambulation dans les barres parallèles sans difficultés



Appareillage première mise

- Prothèse fémorale contact , manchon silicone à collerette , pied à restitution d'énergie
- Au final patient marchant avec déambulateur sur 50 m
- Escaliers 5 marches
- Mais difficultés d'acceptation de la bi amputation

