



ROLE DU MEDECIN REEDUCATEUR

Dr P.DUCROZET

Médecine Physique et Réadaptation
Soins de Suites et Réadaptation

HPEL RamsayGDS

69800 St Priest

DIU IOA Lyon 27/11/18



Hôpital privé
de l'Est Lyonnais

plan

- 1 Question de sémantique?
- 2 Données sur les amputations
- 3 Les consultations « pré amputations »
 - 3-1 Résultats
 - 3-2 Amputations membres supérieurs
 - 3.3 Amputations membres inférieurs
 - 3-4 Contenu des consultations

1 Cadre sémantique : médecin rééducateur ou MPR, médecin spécialiste en Médecine Physique et Réadaptation ?

Rééducation : techniques qui visent à aider l'individu à réduire les déficiences et les limitations d'activité d'un patient

Réadaptation : ensemble des moyens mis en œuvre pour aider le patient à s'adapter à ses limitations d'activité lorsqu'elles deviennent stabilisées et persistantes

Réinsertion : ensemble des mesures médicosociales visant à optimiser le retour dans la société en évitant les processus d'exclusion

(Définitions OMS)

(rehabilitation en anglais)

Handicap : toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

(loi du 11 février 2005)

La médecine physique et réadaptation (MPR)

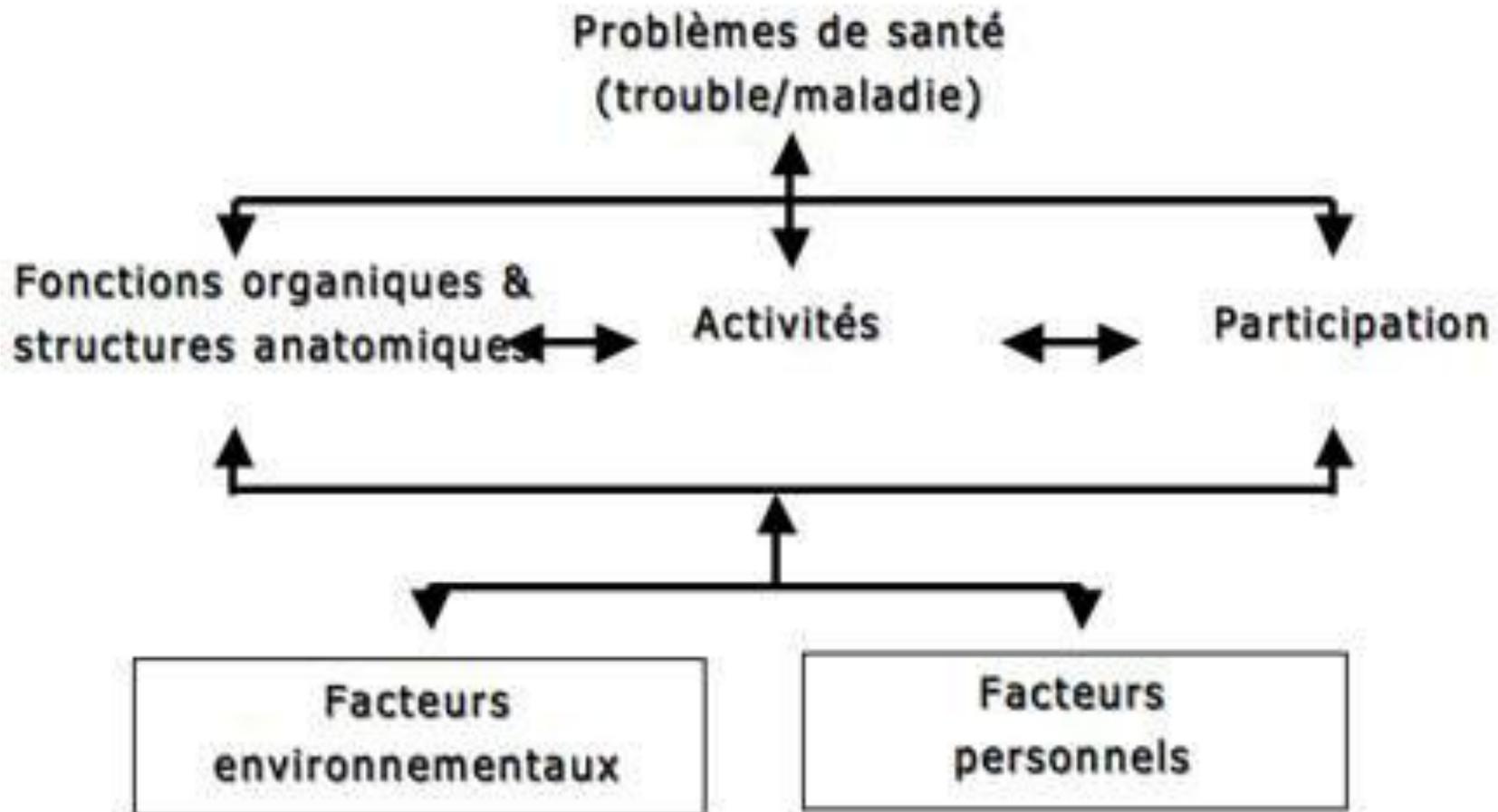
objectifs :

- la prévention et la réduction des handicaps secondaires à des affections médicales ou traumatiques, quelqu'en soit l'étiologie, dans les domaines des fonctions motrices, cognitifs, vésicosphinctériennes et cardiorespiratoire
- vers le retour fonctionnel *ad integrum* et /ou la réadaptation

Les rôles du médecin *MPR* (Pr YELNIK)

- Diagnostic, suivi médical, dépistage et traitement de diverses complications propres aux pathologies
- Evaluations des déficiences et des handicaps (limitation d'activité, restriction de participation)
prescription ou expertises
- Evaluation du pronostic
- Prescription et coordinations d'actes complexes de rééducation et de réadaptation
- Education thérapeutique
- Aide l'orientation et à la réinsertion
- Accompagnement du projet de réinsertion
- Suivi au long cours des personnes handicapés

Classification Internationale du Fonctionnement (CIF), du handicap et de la santé



En pratique, en SSR orthopédie

Les prises en charge rééducatives correspondent à des situations dans lesquelles :

- le patient peut s'améliorer sur le plan fonctionnel
Ex : PTG programmée sur gonarthrose invalidante..
- l'état antérieur ne pourra être retrouvé
Ex : chute , amputations.....

Le service SSR (*HPEL*) (Soins de Suite et Réadaptation)

64 lits Hospitalisation Complète

20 places Hospitalisation de Jour à orientation locomoteur

Reconnaissance régionale sur les amputés

- Orthopédie programmée (PTG, PTH, épaules..)
 - (soumis aux critères MSAP) 3 semaines de séjour
- Traumatologie +/- post chute (col, fémur, tibia, colonne, membre supérieur) 3 semaines à 3 mois de séjour
- « Amputés » 3 à 6 mois de séjour

L'équipe SSR (*HPEL*)

<p>3 médecins</p>	<p>1 cadre 12 IDE Aides soignants</p>
<p>7 kinésithérapeutes 2 ergothérapeutes 1 APA 1 psychomotricien 1 psychologue</p>	<p>2 secrétaires 2 assistantes sociales</p>

2 Focus sur les amputés : quelques chiffres en France

Approximativement (66 M)

- 40 000 amputés
- 5000 nouveaux amputés /an
 - Membre inférieur 95 %
 - Membre supérieur 5%
- Prothèse /an
 - Première attribution 4300 (7p 100 000 h)
 - Total 12 000 à 15 000 (3,5 renouvellement pour une première mise)

(Données « prothésistes »)

A titre indicatif, en 1990, l'incidence des amputés majeurs du membre inférieur est estimée à environ 8 300 nouveaux cas / an et la prévalence à 90 000.

L'incidence est sensiblement la même actuellement (selon les données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information - PMSI) : de l'ordre de 7 600 à 7 900 patients par an de 2010 à 2016.

ACTE		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
NZFA001	Désarticulations de la hanche	49	51	39	43	55	42	64
NZFA002	Amputation transtibiale	3 608	3 599	3 632	3 711	3 767	3 743	3 792
NZFA003	Désarticulation genou	184	151	167	136	115	100	98
NZFA006	Désarticulation ou amputation du membre inférieur à travers l'os coxal, l'articulation sacro-iliaque ou le sacrum	21	23	23	15	25	11	4
NZFA007	Amputation transfémorale	4 000	3 971	3 928	3 918	3 981	3 995	3 679
NZFA008	Désarticulation ou amputation interilioabdominale	9	8	7	6	6	9	3
Total		7 871	7 803	7 796	7 829	7 949	7 900	7 640

Données PMSI pour l'ensemble des établissements publics et privés.

Source ATIH (consulté le 11 octobre 2017)

Actes classants en CCAM – Amputation et désarticulation du membre supérieur (niveaux transradial à désarticulation d'épaule) – 2008, 2013 et 2014 (Etablissements publics et privés)

Code CCAM	Libellé	Nombre de séjours		
		2008	2013	2014
MZFA005	Amputation transradio-ulnaire	63	59	50
MZFA011	Désarticulation du coude	3	2	3
MZFA002	Amputation transhumérale	80	72	74
MZFA010	Désarticulation scapulohumérale [Désarticulation de l'épaule]	16	19	20
TOTAL		162	152	147

- Répartition selon le sexe : sexe ratio H/F : 2,3

- Répartition par tranche d'âge
 - <16 ans 3%
 - 16-54 ans 23%
 - 55-64 ans 13%
 - 65- 74 ans 25%
 - > 75 ans 29 %

Etiologies des amputations Mb.Inf.

- Artéritique 75 %
 - diabétique
 - sénile
- Amputation après ischémie prolongée
- Echec de pontage, plaie infectée, ostéoarthrite
- Traumatique 20%
 - en urgence
 - secondaire
- Tumorales
- Congénitales
- Brulures
- Gelures



Calendrier de l'appareillage Mb.inf.

- Cicatrisation : *minimum 1 mois*
 - Sutures retirées à *3 semaines*
 - Si désunion, si croutes : cicatrisation secondaires...
si moignon ouvert... plus long...
- Préparation du moignon : *1 à 2 semaines*
 - Réduction de l'œdème, stabilisation du moignon,
 - « Moulage » et fabrication de la prothèse : *1 semaine*
- Prothétisation « provisoire » : *3 à 6 mois*
(Sortie de centre = retour à domicile : *3 mois environ*)
- Prothétisation définitive à partir de *4 à 6 mois*



3.1 Consultations «pré amputations» (préopératoires ou post traumatiques)

(adressées le plus souvent après discussion du cas en RCP)

20 consultations (dossiers analysés)

en 18 mois (janvier 2017 – juin 2018)

Données rétrospectives (cf. tableau suivant)

(d'autres visites-prise de contact au pied du lit du malade à la demande des services (non prises en compte)

	Contexte	Infection ostéite	Diminution de fonction	Douleur	Chirurgie envisagée	Résultats
H 40	AVP moto 93	O tibiale	oui	oui	tibiale	?
H 36	AVP moto 99	O tibiale	oui	oui	tibiale	?
H 78	AVP 2006 ptg	O genou	oui	oui	fémorale	?
H 71	Aomi Diabète	O pied	oui	non	tibiale	+
F 48	AVP moto 15	non	oui	oui	tibiale	?
H 69	AVP moto 08 ptg	O genou	oui	oui	fémorale	+
H 66	Aomi	non	oui	oui	tibiale	?
F 62	PR diabète	O pied	oui	oui	tibiale	—
F 69	Diabète	O pied	oui	oui	trans méta	+
H 58	AT 2009 tibia ptg	O genou	oui	oui	fémorale	+
H 26	Sarcome 98	non	oui	oui	fémorale	+
H 70	Aomi Diabète	O pied	oui	non	tibiale	+
F 80	Aomi + Acfa	Ischémie a	oui	oui	tibiale	+
F 81	Acfa emboligène	Ischémie a	oui	oui	tibiale	+
H 27	Electrocution	non	oui		humérale	+
H 57	AVP 87	O tibiale	oui	oui	tibiale	+
H 63	AVP moto 17	O tibiale	oui	oui	tibiale	+
F 47	Injection tox	O avant bras	oui	oui	humérale	—
F 81	sarc. 63 am fem	O fémorale	oui	oui	désart.hanche	—
F 64	sarcome 97	O fémorale	oui	oui	fémorale	—

3.2 2 dossiers amputations membre supérieur

- 1 post traumatique (H26 électrocution) :
présentation des appareillages possibles
- 1 préopératoire sur ostéite post injection de
toxique (F47): bras impotent non utilisé depuis
3 ans; pas d'appareillage choisi par la patiente

Fonctions du membre supérieur

- Expression, gestuelle
- Pointage, « Percussion »
- Préhension :
 - Pince radiale (précision)
 - Pince cubitale (force)
- Une main dominante, une main « complémentaire » en contre appui
- Orientation de la prise : poignet
- Déplacement de la prise :
coude, épaule





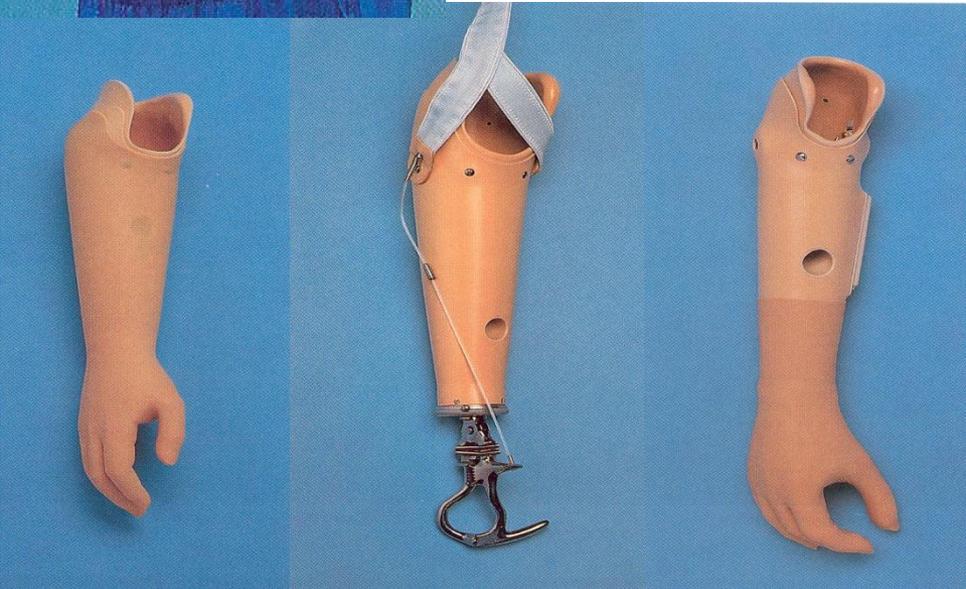
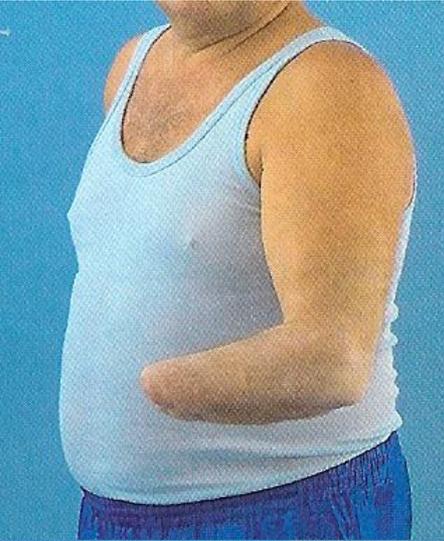
L'idéalisation de la prothèse entretient l'idée que la prothèse va remplacer le bras perdu

Le bras coupé est perdu et, en regard de cette perte définitive, la prothèse n'est qu'un pâle reflet de la richesse fonctionnelle et symbolique d'une main et d'un bras

La prothèse est souvent :

- inconfortable
- d'une efficacité toute relative pour la réalisation des gestes élémentaires de la vie courante .

A plus ou moins long terme, la prothèse de membre supérieur est partiellement utilisée ou totalement abandonnée



3.3 18 dossiers « membre inférieur »

- 11 Hommes / 7 Femmes
- de 26 à 81 ans
- Chirurgie et appareillage
 - « 5 perdus de vue »
 - 3 non opérés
 - 10 opérés et appareillés
(7 prothèses tibiales,
3 prothèses fémorales)



- Fonctions des membres inférieurs :
soutien et marche
- Objectifs de l'appareillage Mb Inf.



- (Esthétique)
- Transfert
- Station debout
- Marche intérieure
- Marche extérieure terrain plat
- Marche extérieure terrain accidenté
- Activités professionnelles ou sportives



Etiologies des 18 cas «membre inférieur»

- 8 Post- traumatique
dont 5 AVP moto

De 1 à 30 ans après le traumatisme initial

- 7 Diabète, AOMI ou ACFA emboligène(1)

- 3 Sarcome

de 20 à 55 après la prise en charge initiale



3.4 Le contenu de la consultation

- Un temps d'écoute, de prise de connaissance du dossier (alternatives thérapeutiques?), besoins et attentes du patient, son projet de vie, son environnement
- Présentation de prothèses
- Questions :
 - la plus fréquente : la conduite automobile
 - la prise en charge, l'entretien de la prothèse
 - l'hygiène corporelle, les douleurs fantômes ,
 - les contraintes et les limites
 - les loisirs (marche, pêche, activités aquatiques, chasse...)

