

DOULEURS
et
AMPUTATION
DE MEMBRE

~~Rennes, 15 mai 2014~~

Causes d'amputation

- Ischémies non revascularisables
- Traumatismes graves
- Infections chroniques
- Tumeurs

Donc souvent notion de douleur préexistante,
activation des voies de la douleur

À part, amputation congénitale

Douleurs survenant avant l'appareillage

Locales, liées

- au geste opératoire
- au pansement → antalgiques
- à une infection locale → soins locaux, antibiothérapie, reprise?
- À un hématome (chute, saignement secondaire)

Douleurs survenant avant l'appareillage 2

- « syndrome du membre fantôme », douloureux ou non
→ thymoanaleptiques,
anticomitiaux, TENS
- Cause neurologique autre : radiculalgies, neuropathie périphérique (diabétique par exemple)
- Cause vasculaire
- Cause rhumatologique (gonarthrose, coxarthrose) : douleur lors de la mobilisation
- Liée à une position vicieuse (et à son traitement)
- *réaction psychologique possible à l'amputation*

L'examen du moignon douloureux

- Interrogatoire
 - Caractéristiques de la douleur
 - Siège
 - Horaire
 - Facteurs favorisants ou de soulagement
 - Thérapeutiques en cours et leur effet
 - Atcd et cause de l'amputation
- Cause évidente à l'inspection?
 - Peau : plaie, macération, irritation...
 - Hématome , oedème
 - Déformation, attitude vicieuse?

Examen 2

- Palpation :
 - Points douloureux précis ou zone diffuse
 - Épanchement intra-articulaire
 - Pouls périphériques
- Examen général, notamment neurologique (et rachidien)
- Examens complémentaires selon les données cliniques

Au début de l'appareillage

- Peut on appareiller ? (état général, vérification de l'état vasculaire controlatéral et de la tolérance à l'effort)
- Prévention ou traitement de l'œdème (bonnet élasto-compressif, bandage)
- Kinésithérapie : entretien orthopédique, renforcement musculaire
- *Réentraînement à l'effort, transfert sur le pied controlatéral, équilibre pour les amputés du MI*

Au début du port de la prothèse

- Irritation locale, intolérance au manchon
- Technique de chaussage de la prothèse
- Habituation
 - à un contact sur la zone cicatricielle
 - à un appui distal, et sur des zones non portantes auparavant
- Adaptation de la prothèse : longueur , découpes de l'emboîture, alignements; serrage de l'emboîture, choix du mode de suspension
- Erreurs techniques : angle de Farabeuf, longueur de la fibula

Avec la reprise de la marche

Douleurs neurologiques

1. Neuropathiques

- Souvent améliorées par le port de la prothèse (rôle de contre stimulation)
- Traitement médical et électrothérapie

2. Apparition d'un névrome

- Desensitisation
- Enfouissement chirurgical

Avec la reprise de la marche 2

Causes vasculaires, ischémie d'effort

- Tableau de claudication intermittente, moignon froid
- Pouls périphériques, auscultation des gros troncs artériels
- TcPO₂
- Vélodimétrie; artériographie si indication vasculaire envisagée

Avec la reprise de la marche 3

Causes rhumatologiques et orthopédiques

- Coxarthrose : possible irradiation vers le genou
- Gonarthrose (attention aux alignements de la prothèse)
- Trouble de la statique rachidienne, recherche d'une radiculalgie : influence des troubles de la marche: défaut de longueur , marche à genou raide)
- Rechercher ossifications ectopiques
- *Attention à une éventuelle localisation tumorale surtout si atcd*

Plus tard, après le retour au domicile

Erreurs humaines:

- Problèmes de soins du moignon et d'entretien de la prothèse
- Sur-utilisation : érosions cutanées
- « innovations inadéquates » : surépaisseurs, effet abrasif d'une compresse...
- Variation notable de poids

Plus tard, après le retour au domicile 2

Problèmes d'appareillage :

- Dégradation du manchon, de l'emboîture
 - Modification de volume du moignon :
réduction de l'œdème, amyotrophie
- désadaptation de l'emboîture : modification des appuis, augmentation de l'appui en bout, pistonnement, « effets ventouse »

Bonnets additionnels, réadaptation de la prothèse

Sans oublier...

Évolution d'une pathologie sous jacente au
associée

- Vasculaire
- Neuropathie (diabétique?)
- Ostéo-articulaire
- Oncologique

« ma prothèse me fait mal... »

Ou plutôt « j'ai mal dans ma prothèse »

- Intérêt des consultations médico-techniques
 - Vision du prothésiste
 - Vision du médecin

Au total

- Le moignon est évolutif, « l'appareillage doit suivre »
- Prothèse définitive = 4ans, mais avec possibilité d'adaptations dans cette période
- Manchon : durée de vie moyenne 6 mois
- Mais le point de départ d'une douleur de moignon ne siège pas toujours dans le moignon ou dans un « problème de couple moignon-prothèse », et un examen général s'impose