

# Réadaptation d'un patient avec hémipelvectomie

Un défi d'équipe à  
l'IRGLM(Gingras)

# Plan

- Présentation du cas
- Problématique
- Anamnèse
- Portrait et objectifs à l'admission
- Considérations physiologiques et psychologiques
- Interventions de l'équipe interdisciplinaire
- Résultats, portrait au congé et suivi
- Conclusion

# Présentation du cas

- Homme de 38 ans, résidant de Trois-Rivières, père de 3 enfants.
- Admis en avril 2008 à l'IRGLM pour entraînement prothétique.
- Dx: hémipelvectomie D secondaire à un chondrosarcome de l'hémi-bassin.
- Condition associée: dépression majeure chronique/ralentissement psychomoteur.

# Problématique

- Répondre à ces deux questions:
  - Une personne avec une amputation de ce niveau peut-elle être fonctionnelle avec une prothèse?
  - Le traitement de la dépression est-il un préalable à l'entraînement prothétique?

# Anamnèse

- Printemps 2000:
  - Dx: chondrosarcome à l'hémi-bassin D
  - Cx: PTH sur mesure et greffe allogène
  - Échec de réadaptation: douleur neurogène++ et au genou D/pied tombant/incapacité de MEC/prise importante de narcotiques/2 autres Cx nécessaires (infection/mvt de tige)
  
- Novembre 2006:
  - Amputation élective: hémipelvectomie D

# Anamnèse-suite



# Anamnèse-suite

- Évolution Post-Amputation:
  - Dépression majeure toujours présente
  - Suivi en psychiatrie
  - Dépendance aux narcotiques
- Printemps 2007-avril 2008:
  - CR Interval: prise en charge en ergo, physio et entraînement avec éducateur physique.
  - Hospitalisation un mois pour sevrage de narcotiques.

# Portrait à l'admission

- Fonction: béquilles axillaires en unipodal et FR
- Poids corporel: 200 lbs
- Dépression /ralentissement psychomoteur important, amorphe, volition faible  
/tremblement involontaire de la mâchoire
- Coopératif
- Peu de douleur fantôme
- Médication: Topamax, Rivotril, Effexor, Zoloft, Wellbutrin, Lyrica



# Objectifs du patient et de sa famille

- Monsieur: obtenir une prothèse pour marcher et « pouvoir passer inaperçu dans la population »
- Conjointe et famille: avec ou sans prothèse, « retrouver notre Denis d'avant »
  - i.e.: jovial, sociable, farceur

# Considérations physiologiques et psychologiques

Que coûte un entraînement prothétique  
en terme d'énergie?

# Vitesse et Coût énergétique selon le niveau d'amputation (traumatique)

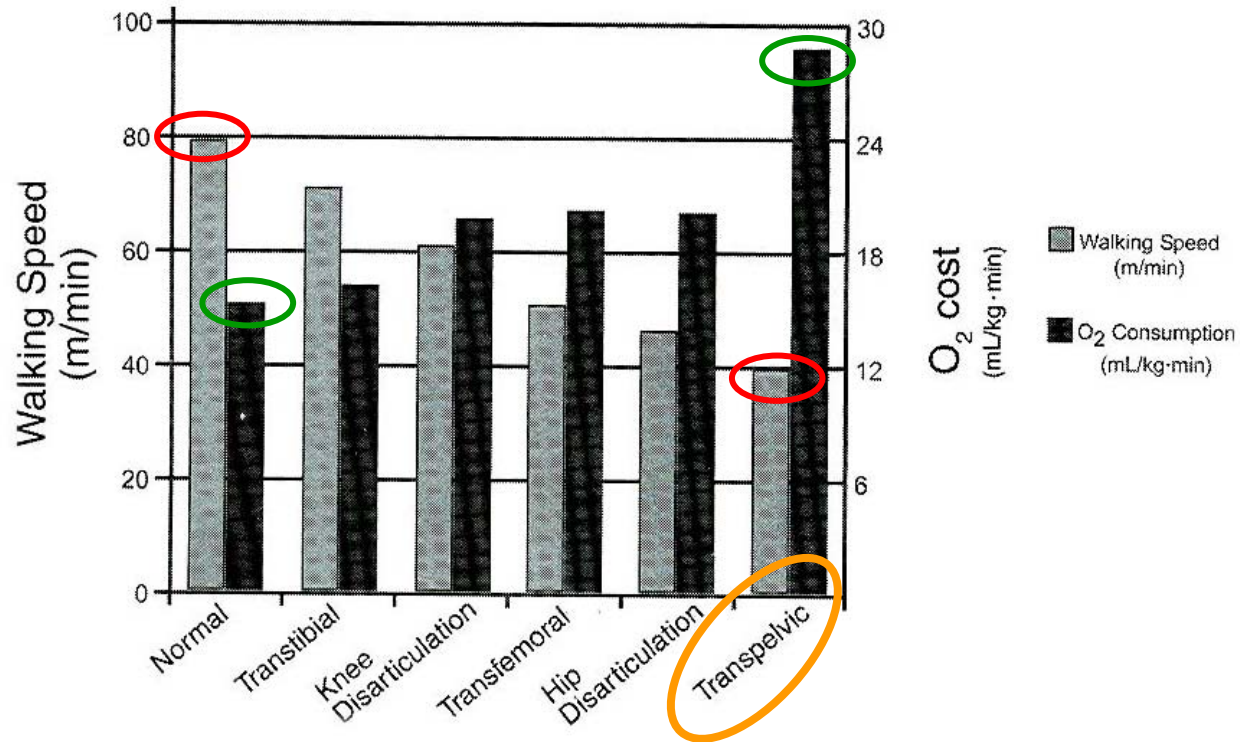


Figure 2 Comparison of O<sub>2</sub> consumption and CWS with a prosthesis in individuals with unilateral traumatic amputations at different levels.

**Atlas of amputations and Limb Deficiencies, 2004**

# Considérations psychologiques

- Les émotions, ça coûte cher au niveau du métabolisme.
- La dépression, ça diminue la capacité à déployer de l'énergie.

On se rappelle nos deux questions du début...

# Interventions de l'équipe interdisciplinaire

Entraînement prothétique  
Traitement de la dépression

- Réunion de suivi hebdomadaire en équipe avec M.
- Suivi régulier :
  - Psychologue (2x/sem)
  - Travailleuse sociale (1x/sem)
  - Ergothérapie et Physiothérapie(1x/jr)
  - Prothésiste (plusieurs fois/sem)
  - Groupe de psychoéducation (1x/sem)
  - Classe de relaxation (1x /sem)
- Consultants sur place :
  - Psychiatre (1x/sem)
  - Diététiste (ponctuellement)
- Activités avec service des loisirs

# Phase pré-prothétique

Port du corset et positionnement



Entraînement cardio en unipodal



# Phase prothétique



- Prothèse de désarticulation de hanche
- MEC au niveau des tissus mous vs ischion





# Prothèse canadienne



# Entraînement prothétique

- Entraînement à la marche dans les barres, avec béquilles canadiennes...



# Entraînement prothétique



...et au tapis roulant

# Entraînement prothétique



Entraînement aux activités de mobilité fonctionnelle

# Entraînement prothétique



## Entraînement aux AVD

# Traitement de la dépression



# Traitement de la dépression

- En psycho:
  - Travail sur les cognitions dépressives
  - Travail de gestion des émotions
  - Réactivation de la personne: exercices progressifs pour ↑ la participation sociale ex: sortir acheter un agenda/jouer avec les enfants
- En psychiatrie:
  - Recherche de Mx appropriée, sevrage de Mx responsable du ralentissement psychomoteur

# Résultats

- Patient beaucoup plus alerte
- Socialise et retrouve sens de l'humour
- Implication dans les activités de loisirs( natation, volleyball)
- Perte de poids amorcée
- Retourne à domicile à chaque fin de semaine (défi++ transports réguliers seul) sans prothèse puis, avec prothèse( après 4 sem. d'E.P.)



# Portrait au congé

- Juin 2008, après un séjour d'1 ½ mois:
  - Port prolongé de la prothèse: >10 hres par jour
  - Endurance générale: 60 min. de marche à l'extérieur avec sac à dos chargé, avec 2 béquilles canadiennes, par temps chaud et humide
  - Pas de douleur fantôme x plusieurs jours
  - Médication: Rivotril, Zoloft, Lyrica ( 3 sur 6 ont été sevré)
  - Note du psychiatre: "patient de meilleur humeur, ↓ du ralentissement psychomoteur, ne présente plus de critères d'un épisode dépressif majeur."

# Suivi

- 3 mois post-congé à l'IRGLM
- 8 mois post-congé, visite informelle au domicile
  - Port de la prothèse: 2 à 4 jrs/sem., 15 heures/jour, béquilles axillaires lorsqu'en unipodal. Pas de FR
  - Courtes distances à l'intérieur sans aide technique, 1 à 2 béquilles canadiennes pour les autres déplacements
  - Vie sociale et familiale très satisfaisante/conduite auto/loisirs
  - Poids stable (a perdu 50 lbs en tout)
  - Douleur fantôme rare
  - Suivi par m.d et psychiatre dans sa région

# 8 Mois post-congé















# Conclusion

- Il est possible d'atteindre et maintenir un niveau fonctionnel satisfaisant avec une prothèse pour une amputation de ce niveau.
- Le traitement de la dépression fût essentiel au succès de cet entraînement prothétique.
- Ce cas démontre l'importance de la prise en charge globale par une équipe interdisciplinaire...
- ...et dont les services spécialisés sont offerts au sein du même établissement.