

APPAREILLAGE et CHIRURGIE dans les séquelles de PURPURA FULMINANS

Malak FAHMY:kinésithérapeute, Dr F. CLAVIER, Dr D. PILLIARD, Pr G.F.PENNECOT
Centre de référence des malformations de membres. Hôpitaux de Saint Maurice



Annual congress of the French Society of Physical and Rehabilitation Medicine

28^{ème} Congrès
DE MÉDECINE PHYSIQUE
ET DE RÉADAPTATION



REIMS - Centre des Congrès - 17, 18 et 19 octobre 2013

www.sofmer.com - www.atout-org.com/sofmer2013

Introduction

Depuis les progrès de la réanimation médicale, le nombre d'enfants ayant eu un purpura fulminans avec des amputations de membres s'est accru. L'atteinte des membres est assez stéréotypée. Pour les membres inférieurs, il s'agit le plus souvent d'amputations du tiers moyen de jambe bilatérale posant de sérieux problèmes d'appareillage. Pour les membres supérieurs, l'atteinte est plus distale avec des amputations au niveau des doigts

DOSSIER d'ADRIEN C.

Nous présentons le cas de Mr A., âgé actuellement de 18 ans, suivi depuis l'âge de 2ans dans notre service pour des séquelles d'un purpura fulminans survenu à l'âge de 5 mois. Il a eu une amputation de l'avant bras gauche, une amputation du tiers moyen de jambe droite et une arthrite septique de cheville gauche et de nombreuses nécroses cutanées disséminées. Des lésions des cartilages de croissance des deux membres inférieurs sont apparues au court de la croissance, entraînant un varus de jambe gauche. et une déviation du 4^{ème} doigt de la main droite. Par ailleurs, l'arthrite septique a aussi été responsable par l'atteinte de la zone de croissance, d'une déviation de la cheville en varus..

Ces atteintes des zones de croissance ont entraîné une petite taille

Conclusion

Le purpura fulminans donne donc non seulement des lésions d'ischémie nécessitant des amputations à la phase aiguë de la maladie mais aussi une atteinte des zones de croissance pouvant aller jusqu'à une stérilisation complète de l'ensemble des cartilages de conjugaison (petite taille) soit l'atteinte est partielle (déviation axiale et/ou inégalité de longueur).

Les problèmes orthopédiques risquent de se poser tout au long de la « croissance ».

La prise en charge au long terme de ces enfants requiert des consultations multidisciplinaires avec ergothérapeutes, kinésithérapeutes, médecins MPR, chirurgiens et ortho prothésistes.

Mr A. est actuellement ravi de son nouvel appareillage, il est plus souriant et se déplace dans tout Paris en métro avec ses copains (à la maison enlève toutes ses prothèses et prend son fauteuil Roulant

CHIRURGIE

A 4ans: ostéotomie tibiale de réaxation du varus de la jambe G
A 6ans arthrodèse tibio-astragaliene et résection de la bride interne de la cheville G
A 9ans: réaxation du 4^{ème} doigt de la main D
A 12ans résection de l'éperon sur l'extrémité du péroné à droite et épiphysiodèse péronés supérieures.
A 14ans1/2 Amputation de l'avant-pied G(à sa demande car il trouvait ses prothèses trop lourdes: grand bras de levier de la partie tibiale, les genoux étaient douloureux. Il se trouvait inesthétique: petite taille 1m10 sur prothèses rehaussées. Ne sortait plus de chez lui, déprimé ,temps de marche:1/4 d'heure .



EVOLUTION DE L'APPAREILLAGE

1er appareillage à **11mois(marche à 20 mois)**

D: emboiture avec appui ischiatique sans articulation de genou

G: orthèse cruro pédieuse

- **A 2ans**: D: prothèse tibiale avec cuissard

G: orthèse avec articulation polycentrique de genou

- **A 4ans** prothèse mécanique sans commande d'avant bras G

(vite abandonné par l'enfant)

- **A 6ans** suppression du cuissard à D

- **A 7ans** on remet le cuissard car instabilité de genou

- **A 9ans** on rehausse les appareilles et on rajoute un pied à G(car se trouve trop petit)

- **A 15ans**: après chirurgie d'amputation du pied son MIG mesurant 50cm

On décide de l'appareiller en avec 2 prothèses fémorales

A D: emboiture fémorale+manchon sur mesure en silicone à accrochage distale+ genou mono axial à frein +pied sach

A G: emboiture fémorale+manchon intermédiaire amovible+verrou de genou+pied sach

2 cannes dont la gauche avec emboiture d'avant bras en résine.

A 16 ans essai d'articulation du genou G (Mr A. se sent plus en sécurité avec son genou verrouillé)+ 2 pieds dynamiques

Demande d'une prothèse esthétique de MSG pour les jours où il est en stage(ne l'utilise qu'un jours par semaine, quand il doit être en costume)

