

La réadaptation des dysmélies

Autor(en): **Taillard, W.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie Suisse des Sciences Medicales = Bollettino dell' Accademia Svizzera delle Scienze Mediche**

Band (Jahr): **28 (1972)**

PDF erstellt am: **15.05.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-307907>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Clinique universitaire d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteur,
Hôpital cantonal, Genève – Directeur: Prof. W. Taillard

La réadaptation des dysmélies

W. TAILLARD

L'absence d'un ou de plusieurs membres ou d'un de leurs segments comporte un pronostic, un plan thérapeutique et une technique de rééducation très différente en fonction du moment de l'amputation. L'adulte qui perd sa jambe ou son bras, perd en même temps toutes les fonctions de ce membre qu'il avait spontanément acquises depuis sa naissance, de sorte que la prothèse que nous lui offrirons, aussi raffinée soit-elle, restera toujours un objet étranger à son propre corps.

Le nourrisson qui vient au monde avec une malformation congénitale, même sévère de ses membres, fera tout son développement psychomoteur avec sa malformation et créera de nombreux mécanismes compensateurs qui, une fois acquis, seront autant d'obstacles à l'usage efficace d'une prothèse. Le programme de rééducation ou plutôt d'éducation thérapeutique devra donc débuter très tôt avant que ces mécanismes ne s'installent, c'est-à-dire dès la naissance. Le nouveau-né dessinera son schéma corporel propre avec deux jambes ou deux bras et non pas un seul; il acquerra sa préhension avec deux mains, sa posture érigée et la marche sur deux membres inférieurs complets et de longueur adéquate. En fait, il intégrera plus ou moins complètement le membre artificiel que nous lui aurons fourni à sa propre personne et celui-là ne sera plus un corps étranger mal toléré ou rejeté comme une greffe hétérogène.

Nous devons donc donner au nouveau-né mal formé des prothèses correspondant aussi exactement que possible à chaque stade de son développement psychosomatique normal et lui apprendre à s'en servir par tous les moyens que nous offre la physiothérapie et l'ergothérapie au moment précis où leur fonction devient nécessaire.

On commencera par faire de simples attelles donnant au bras ou à la jambe une longueur normale et permettant au nourrisson de définir un espace vital d'amplitude, d'envergure normal aussi. Puis, ces prothèses seront progressivement adaptées aux fonctions du membre qu'elles remplacent, assurant la préhension vers 6-9 mois, la pince pouce-index vers 1 an, la pince active vers 12-13 mois, la jambe stable vers 10 mois, la jambe adaptée à la marche vers 15 mois, selon le schéma de la Fig. 1.

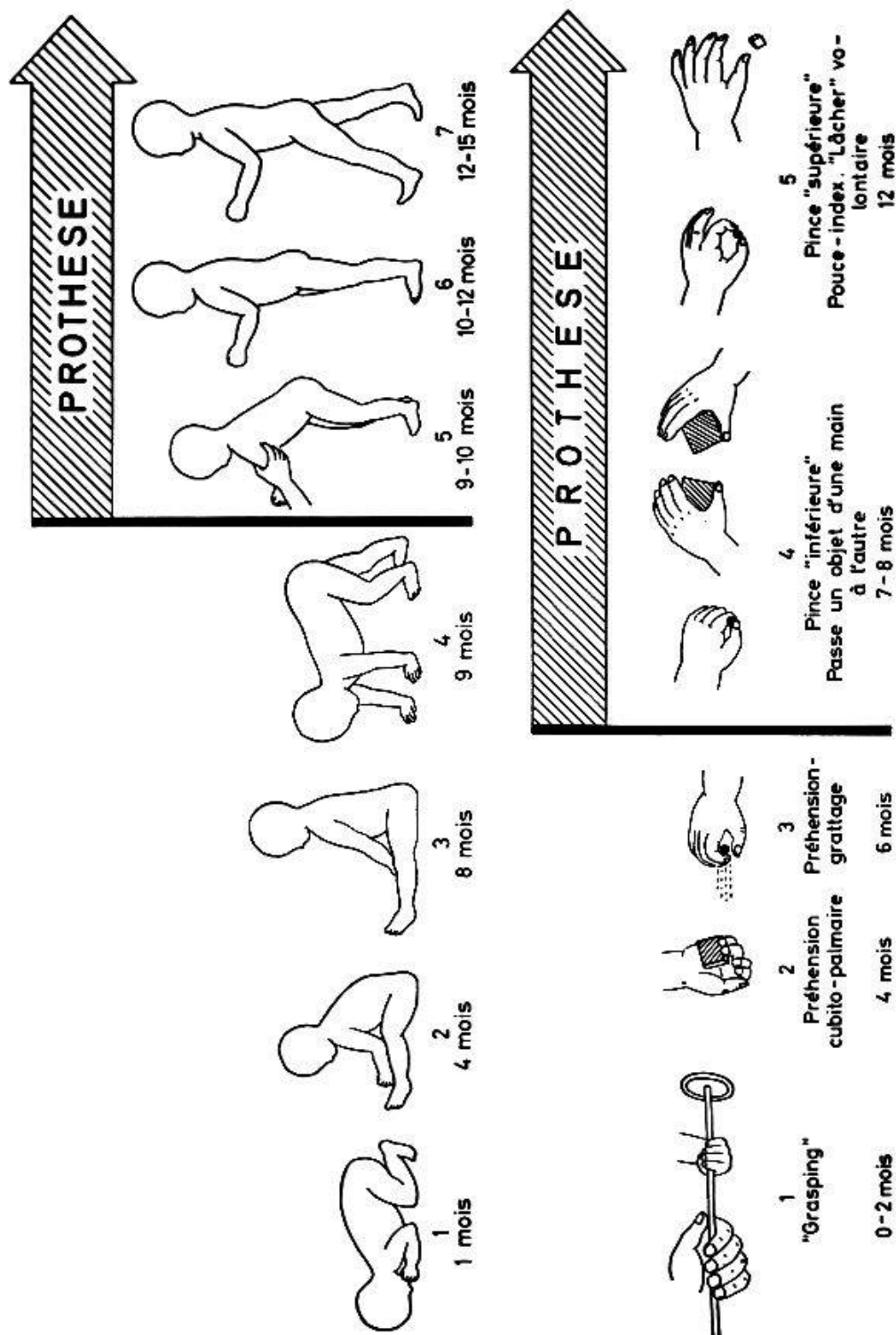


Fig. 1. Les stades du développement normal de l'appareil moteur. Chez l'enfant dysmélisque, la première prothèse doit être fournie au plus tard à la limite indiquée sur le schéma.

Le mécanisme de la prothèse sera également compliqué au fur et à mesure du développement psychosomatique pour aboutir aux raffinements que la physique moderne nous offre: prothèses électroniques aux mouvements coordonnés par ordinateur pour le membre supérieur, mécanisation du membre inférieur grâce aux sources d'énergie condensée et aux moteurs aussi petits que puissants conçus pour les modules lunaires ou autres «gadgets» de l'astrophysique.

L'évolution de deux dysmélies sera présentée à titre d'exemple, l'une posant le simple problème de l'acquisition d'une préhension bimanuelle dans un cas d'aplasie totale des doigts; l'autre, particulièrement complexe et posant le problème de l'acquisition des gestes courants de la vie quotidienne chez un patient privé de ses quatre membres (amélie congénitale totale).

Ces deux exemples illustreront bien les principes généraux de la rééducation du dysmélisque que nous pouvons résumer comme suit:

A. Fournir le plus tôt possible, c'est-à-dire dès la naissance, les prothèses nécessaires, en respectant cependant les mécanismes compensateurs que l'enfant pourrait acquérir parallèlement à l'usage de la prothèse (préhension par les orteils par exemple).

B. Apprendre avec toute la patience nécessaire au patient comme à ses parents à se servir de ses prothèses en adaptant un programme de physiothérapie et d'ergothérapie qui s'étendra sur toute la croissance.

C. Adapter très soigneusement à chaque stade du développement psychosomatique l'appareillage et l'éducation qu'il réclame.

D. Créer une équipe thérapeutique polyvalente travaillant en étroite collaboration et groupant tous les spécialistes nécessaires autour des parents qui en restent toujours les piliers essentiels.

Résumé

L'absence congénitale d'un ou de plusieurs segments de l'appareil moteur (dysmélies) doit être traitée aussi précocement que possible de façon à permettre au nouveau-né d'acquérir un schéma corporel aussi proche que possible de la normale. De simples attelles d'allongement compensant la perte de longueur du membre seront tout d'abord utilisées. Ces prothèses se compliqueront au fur et à mesure des acquisitions fonctionnelles de l'enfant en lui fournissant à l'heure physiologique les moyens d'exercer la fonction dont il a besoin (prothèses à harnais, prothèses électriques, membres inférieurs mécanisés dans les malformations multiples, etc.).

L'éducation thérapeutique indispensable à l'usage d'un appareillage efficace dépendra d'une équipe de traitement comportant tous les spécialistes nécessaires groupés autour des parents qui restent les piliers essentiels de cette équipe.

Zusammenfassung

Bei angeborenem Fehlen eines oder mehrerer Abschnitte des Bewegungsapparates (Dysmelie) muss die Behandlung so frühzeitig wie möglich, gleich

nach der Geburt, einsetzen. Nur dadurch kann das Kind ein dem normalen weitgehend entsprechendes Körperbildschema entwickeln. Zuerst werden einfache Verlängerungsschienen zur Kompensation des Längenverlusts der Gliedmassen angewendet. Diese Prothesen werden allmählich komplettiert entsprechend den funktionellen Fortschritten des Kindes. Dabei werden die Prothesen weitgehend der physiologischen Entwicklung angepasst, so dass die Dismeliekinder im gleichen Alter wie normal Entwickelte gehen, spielen, schreiben usw. lernen. Die Mittel dazu sind Spreizhaken, elektrische Prothesen, mechanische Beinprothesen usw.

Das unentbehrliche therapeutische Training im Gebrauch der Prothesen hängt ab von einer alle notwendigen Spezialisten umfassenden Therapieequipe, welche sich eng um die Eltern des Kindes als die entscheidenden Säulen des Behandlungsteams zu gruppieren hat.

Riassunto

L'assenza congenitale di uno o più segmenti dell'apparecchio motorio (dismelie) deve essere trattata il più presto possibile; questo per permettere al neonato di acquistare uno schema corporale il più vicino possibile del normale. Si utilizzano dapprima delle semplici stecche d'allungamento che compensano la perdita di lunghezza di un membro. Queste protesi si complicheranno man mano, a seconda delle acquisizioni funzionali del bambino, in maniera da fornirgli al momento fisiologico i mezzi di cui ha bisogno (protesi con bardatura e elettriche, membri inferiori meccanizzati nelle malformazioni multiple, ecc.).

L'educazione terapeutica, indispensabile all'uso di un'apparecchiatura efficace, dipende da un gruppo terapeutico comprendente tutti gli specialisti necessari raggruppati attorno ai parenti che rimangono i piloni essenziali di questo gruppo.

Summary

The congenital absence of one or more segments of the motor apparatus (dysmelia) should be treated as soon as possible to allow the new-born infant to acquire a bodily organisation as near to normal as possible. Some simple lengthening splints to compensate for the loss of length of the limbs are first applied. These prostheses are then further elaborated to suit the functional development of the infant to furnish it, at the physiological moment, with the means of exercising that function of which it is in need (harness prostheses, electric prostheses, mechanised lower limbs in multiple malformations, etc.).

Therapeutic education is indispensable for the use of an effective apparatus and depends upon a team for treatment comprising all the necessary specialists grouped around the parents, who must form the essential pillars of the team.

Adresse de l'auteur: Prof. Dr W. Taillard, Clinique d'orthopédie, rue Micheli-du-Crest 24, CH-1211 Genève 4.