



**CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE VAUDOIS**

Rue Bugnon 46 - CH 1011 Lausanne
Tél. (021) 314.11.11 - Fax. (021) 314.28.00
Consultation : (021) 314 28 25

**Service d'orthopédie et de
traumatologie de l'appareil moteur**

**HOPITAL ORTHOPEDIQUE
DE LA SUISSE ROMANDE**

Av. Pierre-Decker 4 - CH 1005 Lausann
Tél. (021) 310.35.01 - Fax. (021) 310.35.0
Consultation : (021) 310 36 18

Professeur P.F. Leyvraz

Chef de Service
Pierre-Francois.Leyvraz@Hospvd.ch
Tél : 310 36 01 (HO)
Fax : 310 34 27 (HO)
Tél : 314 27 50 (CHUV)
Fax : 314 27 55 (CHUV)

Professeur Ass. M. Dutoit

Médecin-chef
Michel.Dutoit@Hospvd.ch
Tél : 310 36 03 (HO)

Dr Cl.-H. Blanc

Médecin Adjoint
Claude-Henri.Blanc@Hospvd.ch
Tél : 314 27 52 (CHUV)

Dr PD MER F. Chevalley

Médecin Adjoint
Francois.Chevalley@Hospvd.ch
Tél : 314 28 14 (CHUV)

Dr A. Farron

Médecin Associé
Alain.Farron@Hospvd.ch
Tél : 310 34 03 (HO)

Dr O. Siegrist

Médecin Associé
Olivier.Siegrist@hosr.hospvd.ch
Tél : 310 34 06 (HO)

Dr B. Udin

Médecin Associé t.p.
Bachtiar.Udin@Hospvd.ch
Tél : 310 36 18 (HO)

Dr C. Fritsch

Médecin Associé
Carlo.Fritsch@Hospvd.ch
Tél : 310 36 27 (HO)

Dr J. Nielsen

Médecin Associé
Jacqueline.Nielsen@Hospvd.ch
Tél : 310 36 07 (HO)

Dr G. Gremion

Médecin Associé
Gerald.Gremion@Hospvd.ch
Tél : 310 34 06 (HO)

BANDAGE DE MOIGNON D'AMPUTATION DE MEMBRES INFÉRIEURS.

par C.-H. BLANC*, B. CAVIN**, M. CIUFFI**

L'amputation du membre inférieur perturbe la distribution normale des vaisseaux sanguins et lymphatiques, étant donné que tous les vaisseaux ont dû être sectionnés et ligaturés.

Elle déséquilibre également les relations entre la pression interne des vaisseaux et celle des tissus avoisinants.

L'**œdème** post-opératoire en est la conséquence.

Les symptômes précoces sont :

- les changements de volume du moignon: sa circonférence doit être mesurée régulièrement,
- le signe du godet ; une empreinte subsiste après pression ferme du bout des doigts,
- l'induration du moignon,
- la peau tendue type « papier à cigarette »,
- la dénivellation et l'éclatement de la cicatrice étant donné que la peau est plus extensible que la cicatrice.

Le bandage est donc primordial en période post-opératoire comme en période de rééducation. Il est fait à chaque fois que le patient ne porte pas sa prothèse.

3 TYPES DE BANDAGES :

- I.) Bandage post-opératoire (0 à 10 jours)
- II.) Bandage de modelage (dès 10 jours)
- III.) Bandage de stabilisation ou Jobst

* Médecin adjoint

** Ergothérapeutes

I.) BANDAGE POST-OPERATOIRE (0 à 10 jours)

But du bandage :

- Protéger la cicatrice et le moignon
- Diminuer l'hématome
- Favoriser la cicatrisation
- Favoriser le drainage veineux et donc diminuer l'œdème

Principes de base :

- Pansement protecteur du moignon, donc suffisamment rembourré.
- Détendre la zone cicatricielle fraîche.
- Eviter les plis des bandes sources de blessure cutanée.
- Pansement non compressif car premier pansement post-opératoire.
- Pansement maintenu par des bandes adhésives ; jamais avec des agrafes.

Précautions :

- Eviter les hyperappuis sur les saillies osseuses (rotule, crête tibiale, condyles, grand trochanter).
- Tenir compte du sens du lambeau cutané.
- Eviter à tout prix les bandages « aller-retour ».
- Lutter contre les positions vicieuses (flessum ou rotation externe du moignon).

Conditions d'application :

- Pansement post-opératoire immédiat renouvelé une fois entre le 4^{ème} et 5^{ème} jour post-opératoire et maintenu jusqu'à la première prothèse provisoire (7 à 10 jours).

Matériel :

- 4 compresses de ouate stérile (coton hydrophile de 20 x 20cm)
- 4 bandes Velpeau de 10cm de large.
- Scotch Micropore de 5cm de large

Suivi temporel :

- Doit être changé uniquement si le pansement est totalement souillé par des selles ou des urines.
- Renforcement si pansement traversé par écoulement sanguin.
- S'assurer de la bonne tenue du pansement 2 à 3 fois par jour.



II.) BANDAGE DE MODELAGE (dès 10 jours)

But du bandage :

- Favoriser le drainage veineux et donc diminuer l'œdème.
- Modeler le moignon et lui donner une forme conique.
- Stabiliser le volume du moignon.
- Prévenir les tensions cicatricielles.
- Prévenir les invaginations.
- Favoriser la mise en place de la prothèse.

Principes de base :

- Contention dégressive, de distal à proximal.
- Rapprochement des deux berges de la cicatrice, dans le but de la détendre.
- Contention au niveau des « oreilles » du moignon (serrage latéral).
- Bandage en épi qui favorise une bonne circulation contrairement à un bandage circulaire qui favorise une strangulation.
- Bandage sans plis pour éviter les blessures.
- Fixer la fin de la bande avec du scotch, jamais directement sur la peau car risque de lésion cutanée. Pour la même raison, ne jamais utiliser d'agrafe.

Précautions :

- Eviter les plis au début du bandage.
- Eviter le serrage trop fort sur la crête tibiale et la rotule.
- Eviter le serrage trop fort au dessus des condyles, ce qui aurait un effet « garrot ».
- Eviter les « aller-retour ».

Conditions d'application :

- Ce bandage est utilisé à chaque fois que le patient ne porte pas sa prothèse.
- En position couchée, éviter la flexion du genou :
- En position assise également, éviter la flexion du genou ; le patient a une planche qui se glisse sous le placet du fauteuil roulant afin de maintenir le genou en extension. Si nécessaire, on pourra confectionner une orthèse cruro-jambière d'extension du genou.

Matériel :

- 1 compresse 10 x 5cm et une bande Nylex de 8cm de large pour le pansement de protection de la cicatrice.
- 2 à 3 bandes Velpeau de 8cm de large ou bandes brunes élastiques selon ordre médical.
- Scotch Micropore 2,5cm de large.

Suivi temporel :

- Le bandage est refait après chaque période de port de la prothèse.
- Vérifier l'état cutané du moignon à chaque fois ou au minimum 2 fois par jour si le patient ne porte pas de prothèse.



III.) BANDAGE DE STABILISATION OU JOBST

But du bandage :

- Maintenir la stabilité du volume et de la forme du moignon
- Favoriser la mise en place de la prothèse
- Diminuer les douleurs fantômes.

Principes de base :

- Contention dégressive, de distal à proximal.
- Contention au niveau des « oreilles » du moignon (serrage latéral).

Précautions :

- Vérifier l'état cutané en particulier au niveau des coutures.
- Vérifier les rougeurs au niveau de la rotule et de la crête tibiale.
- S'assurer de l'absence de douleur ischémique.
- Appliquer sur un moignon propre et sec.

Conditions d'application :

- La période est à déterminer, elle peut varier de plusieurs mois ou à demeure selon le type de moignon et selon sa tendance à la stabilité ou à la variabilité.
- Le bas de contention est porté à chaque fois que le patient ne porte pas sa prothèse.
- Ne doit jamais être porté si moignon présente des blessures ou des signes d'ischémie.

Matériel :

- Bas de contention élastique de type « Jobst » confectionné par les techniciens orthopédistes.

Suivi temporel :

- Vérifier état cutané



MODELAGE ET STABILISATION D'UN MOIGNON D'AMPUTATION DE JAMBE



1. Le but est de ramener les deux berges de la cicatrice (en général antérieure) afin de la détendre, tout en donnant au moignon une forme cône



2. Mettre une compresse de protection sur la cicatrice.



3. La compresse est tenue par environ 3 tours de bande « Nylex ». veiller à ne pas trop serrer la bande pour éviter un œdème terminal et une strangulation du moignon.



4. La bande est fixée avec du scotch Micropore sur la face postérieure du moignon et non au niveau de la cicatrice.



5. La cicatrice est antérieure, par conséquent, il faut ramener le moignon distal de l'arrière vers l'avant.



6. Tenir la bande sur la face postérieure du moignon et contenir la première « oreille ».



7. Monter en diagonale tout en ramenant le moignon de l'arrière vers l'avant. Veiller à ne pas serrer sur la crête tibiale.



8. Stabiliser la bande pour éviter le glissement et faire un passage de bande médial toujours en ramenant le moignon de l'arrière vers l'avant.



9. Ramener la bande sur la face antérieure du moignon et la stabiliser avec le pouce pour préparer le passage sur la face postérieure.



10. Contenir latéralement la deuxième « oreille ».



11. Monter en diagonale tout en ramenant le moignon de l'arrière vers l'avant. Veiller à ne pas trop serrer sur la crête tibiale.



12 Répéter une fois les séquences 5 à 11, afin d'avoir une contention suffisamment forte et régulière au niveau du moignon distal.



13. Faire un bandage en épi avec une contention dégressive de distal à proximal afin de favoriser le drainage veineux.



14. Eviter un serrage trop fort sur la crête tibiale et la rotule en relâchant légèrement la bande.



15. Ne pas fixer la bande avec une agrafe, mais avec du scotch et jamais directement sur la peau, car risque de lésion cutanée.



16. Le bandage s'arrête au dessus du genou. Limiter le serrage au dessus des condyles, afin de prévenir un effet « garrot ».