

Appareillage : actualités et nouvelles technologies

Medical appliances: Updates and new technologies

Communications orales

Version française

CO14-001–FR

Nouveautés en appareillage prothétique de membre supérieur

N. Martinet^{a,*}, I. Loiret^b, M.B. Amadiou^b, J. Paysant^b

^a IRR Nancy, UGECAM Nord-Est, 75, boulevard Lobau, cs 34209, 54042 Nancy cedex, France

^b IRR Nancy, UGECAM Nord-Est, Nancy, France

*Auteur correspondant.

Mots clés : Amputation ; Membre supérieur ; Évaluation ; Prothèse

En 2008, les amputations de membre supérieur regroupent 177 amputations majeures de membre supérieur et 3594 amputations partielles de la main (acte classant CCAM). L'amputation majeure de membre supérieur est une pathologie rare, qui peut être considérée comme une maladie orpheline, sans caractère évolutif ou vital. Son traitement nécessite des dispositifs médicaux coûteux dont l'évaluation clinique indispensable est difficile à mener. En conséquence, la recherche est menée par des entreprises internationales qui mettent à disposition des thérapeutes, en l'occurrence les orthoprothésistes, de nouveaux dispositifs sans véritable évaluation (électrode de détection des seuils myo-électriques étanches, esthétique personnalisée de série, batterie incluse, mains polydigitales).

La législation sur la prise en charge des DM est variable d'un pays à l'autre et parfois bien éloignée de notre liste des produits et prestations remboursables (LPPR). La section de la LPP portant sur la description des DM destinés à la compensation des déficiences et des incapacités liées à l'amputation de membre supérieur est obsolète, c'est pourquoi la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS) a entrepris une révision de ces lignes génériques dont les conclusions ont été publiées en juin 2010.

Toutes ces raisons, font que les nouveautés en appareillage de membre supérieur sont mises en place ou testées sur les patients, parfois à l'insu du prescripteur, et cela sans aucune évaluation et aucun suivi spécifique. Le prescripteur doit rester vigilant et faire prendre consciences que les essais doivent impérativement s'accompagner d'une évaluation ne serait-ce qu'observationnelle. Par ailleurs, la prescription de ces nouveaux DM doit donner lieu à une adaptation des programmes de rééducation tout en respectant le projet de vie du patient.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.920

CO14-002–FR

Rappel des composants et effecteurs des prothèses de membre inférieur. Évolution de la nomenclature (LPPR) pour les pieds prothétiques

P. Brunel

Département de médecine physique et réadaptation, C3RF Les capucins, CHU d'Angers, BP 40329, 49103 Angers, France

Mots clés : Prothèse fémorale ; Prothèse tibiale ; Amputation de membre inférieur

Objectifs.– Repréciser les concepts de base des prothèses de membre inférieur, tant en ce qui concerne les emboîtures que les effecteurs intermédiaires et terminaux, en tenant compte des évolutions technologiques, sans envisager, volontairement, l'appareillage des amputations transpelviennes majeures.

Méthode.– À partir d'un schéma synthétique, sont définis les différents composants prothétiques, en déclinant chacun d'entre eux en fonction de critères purement techniques.

Applications.– Suite à cette présentation synthétique, sont déclinées les propositions principales d'indications médicotéchniques des différents composants prothétiques, tant en ce qui concerne les concepts de forme d'emboîture que des effecteurs intermédiaires et terminaux.

Sont détaillées les évolutions d'inscription des différents composants prothétiques, avec l'exemple concret des pieds prothétiques à « restitution d'énergie », évolutions qui reposent sur des évaluations techniques par un organisme indépendant (le CERAH, actuellement), mais aussi sur la CIF, ce qui entraîne des obligations d'indications fonctionnelles médicales, donc de prescription médicale.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.921

CO14-003–FR

Amputation du membre inférieur de mobilité 1 et 2 : choix d'appareillage par tests cliniques validés

S. Ehrler, S. Coulon

CRF Clemenceau, 45, boulevard Clémenceau, 67000 Strasbourg, France

Introduction.– Cette étude multicentrique française présentée par les équipes de Strasbourg (S. Ehrler, S. Coulon), Nantes (A. Gedoin, D. Eveno), Rennes (MC. Christina ; D. Loussot), Hauteville (V. Andrès ; E. Brignola) et Saint-Étienne (E. Chometon ; P. Miglia) a pour objectif de décider du meilleur appareillage pour un amputé de faible mobilité. En effet, 90 % des amputés qui nous sont confiés sont vasculaires et plus de la moitié diabétiques avec leur important cor-