

Projet d'appareillage

Appareillage du tronc

CM MK4 2026

Lydie Journoud

Présentation de métier d'orthoprothésiste

- Profession reconnue paramédicale mais :
 - pas de statut libéral
 - Pas d'ordre
 - Pas de DE

- Restructuration du secteur :
 - Evolution des modes d'organisation
 - Entreprises maîtrisant toute la chaîne de fonctionnement (développement informatique, composant, clinique)

=> MIEUX SE CONNAITRE POUR FAIRE EQUIPE

Rôle du prescripteur : spécialistes en appareillage

8 août 2012

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 8 sur 106

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 31 juillet 2012 relatif aux conditions générales de prise en charge des appareillages inscrits au chapitre 5 « Prothèses oculaires et faciales », chapitre 6 « Podo-orthèses » et chapitre 7 « Orthoprothèses » du titre II de la liste des produits et prestations (LPP) remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

NOR : AFSS12011794

Le ministre des affaires sociales et de la santé et le ministre délégué auprès du ministre de l'économie et des finances, chargé du budget,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 165-1, R. 165-7 et R. 165-9 ;

Vu le décret n° 2011-1714 du 1^{er} décembre 2011 relatif aux modalités de prise en charge de certains appareillages médicaux, portant abrogation de l'article R. 165-27 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'avis de projet de modification des conditions générales de prise en charge des appareillages inscrits au chapitre 5 « Prothèses oculaires et faciales », chapitre 6 « Podo-orthèses » et chapitre 7 « Orthoprothèses » du titre II de la liste des produits et prestations (LPP) remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale publié le 19 janvier 2012 ;

Vu l'avis de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDIMTS) en date du 10 juillet 2012,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Au titre II de la liste des produits et prestations remboursables, chapitre 5 « Prothèses oculaires et faciales », dans la partie « Nomenclature et tarifs : généralités » où sont définies les conditions de prise en charge, la phrase : « La prise en charge des prothèses oculaires et faciales est subordonnée dans tous les cas à une prescription médicale et à la procédure d'entente préalable conforme à l'article R. 165-23 du code de la sécurité sociale. »

est remplacée par :

« Sauf dispositions particulières au sein de la nomenclature relative à un appareillage donné, la prise en charge initiale des prothèses oculaires et faciales est subordonnée à une prescription effectuée par un médecin justifiant de l'une des spécialités suivantes : ophtalmologie, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie plastique et reconstructrice, chirurgie ORL et cervico-faciale.

La prescription médicale détaillée est libellée sur une ordonnance particulière, indépendante de celles comportant la prescription de produits pharmaceutiques ou de tout autre appareil.

Ces exigences de spécialités s'appliquent également à la prise en charge des renouvellements. Dans tous les cas, la prise en charge est subordonnée à la procédure d'entente préalable conforme à l'article R. 165-23 du code de la sécurité sociale. »

Art. 2. – Au titre II de la liste des produits et prestations remboursables, chapitre 6 « Podo-orthèses », dans la partie II, « Spécifications techniques », la rubrique 4^e « Conditions de prise en charge » est remplacée par :

« 4. Conditions de prise en charge :

Sauf dispositions particulières au sein de la nomenclature relative à un appareillage donné, la prise en charge initiale des podo-orthèses est subordonnée à une prescription effectuée par un médecin justifiant de l'une des spécialités suivantes : médecine physique et réadaptation fonctionnelle, orthopédie, rhumatologie, neurochirurgie, neurologie, endocrinologie, chirurgie plastique et reconstructrice, chirurgie vasculaire, pédiatrie, dermatologie ou gériatrie. Pour les trois dernières spécialités, la prise en charge initiale est également subordonnée au rattachement du prescripteur à un établissement de santé. Ces exigences de spécialités ne s'appliquent pas pour la prise en charge des renouvellements où seule une prescription médicale est exigée, sauf dispositions particulières au sein de la nomenclature relative à un appareillage donné.

La prescription médicale détaillée est libellée sur une ordonnance particulière, indépendante de celles comportant la prescription de produits pharmaceutiques ou de tout autre appareil.

« 4. Conditions de prise en charge :

Sauf dispositions particulières au sein de la nomenclature relative à un appareillage donné, la prise en charge initiale des podo-orthèses est subordonnée à une prescription effectuée par un médecin justifiant de l'une des spécialités suivantes : médecine physique et réadaptation fonctionnelle, orthopédie, rhumatologie, neurochirurgie, neurologie, endocrinologie, chirurgie plastique et reconstructrice, chirurgie vasculaire, pédiatrie, dermatologie ou gériatrie. Pour les trois dernières spécialités, la prise en charge initiale est également subordonnée au rattachement du prescripteur à un établissement de santé. Ces exigences de spécialités ne s'appliquent pas pour la prise en charge des renouvellements où seule une prescription médicale est exigée, sauf dispositions particulières au sein de la nomenclature relative à un appareillage donné.

La prescription médicale détaillée est libellée sur une ordonnance particulière, indépendante de celles comportant la prescription de produits pharmaceutiques ou de tout autre appareil.

Prescription réservée aux médecins spécialistes et aux généralistes pour le renouvellement.

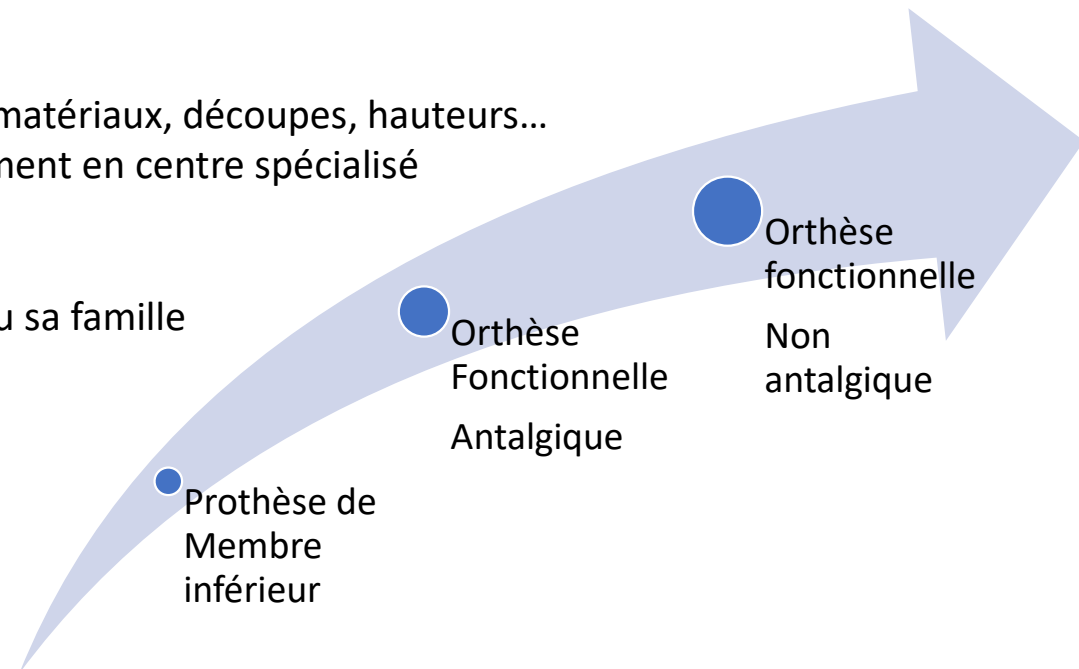
Rôle du prescripteur : spécialistes en appareillage

Le prescripteur est responsable de l'appareillage.

Il établit une prescription en fonction de la pathologie, des capacités du patient et des attentes/besoins du patients.

- Conception finalisée avec l'OP : choix des matériaux, découpes, hauteurs...
- Collaboration avec les Kinés/ergos notamment en centre spécialisé
- Analyse du rapport Bénéfice/gêne

Un appareillage sera porté que si le patient ou sa famille trouve pleinement son intérêt.



Rôle du kiné : très différent en fonction du lieu d'exercice

Structures médicalisées:

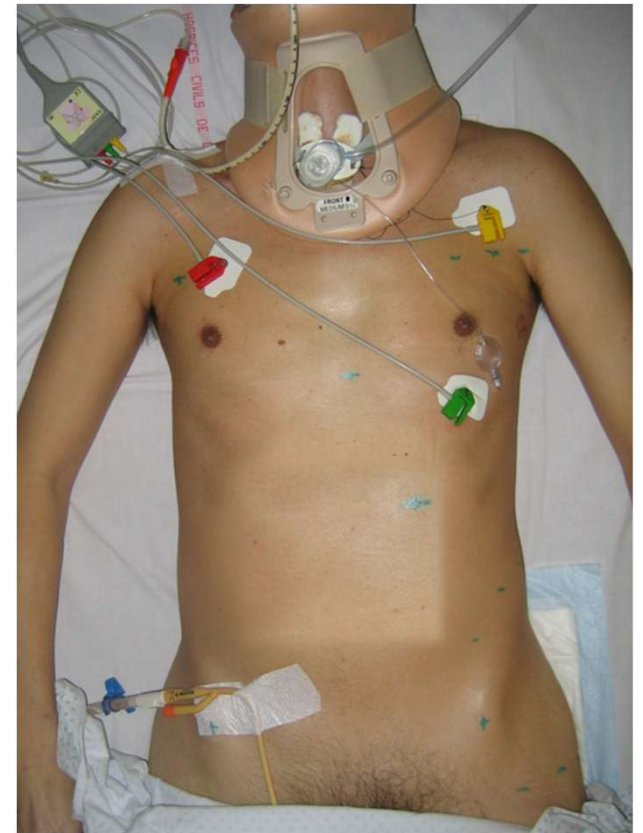
- Rôle primordial très en amont de la décision d'appareillage (préparation à l'appareillage)
- Se substitue dans les faits au prescripteur
- Aide pour l'analyse besoins/projet de vie
- Lien avec la famille et les équipes
- Vecteur de confiance
- Faire évoluer l'appareillage aux évolutions du patients



Rôle du kiné : très différent en fonction du lieu d'exercice

Hôpital / Clinique :

- Relai de l'information
- Aide lors des interventions (mesure, essai...)
- Premier levé et adaptation de l'appareillage
- Coordination avec les soins et interventions chirurgicales



Rôle du kiné : très différent en fonction du lieu d'exercice

Libéral :

- Préparation en amont du patient à l'appareillage
- Faire évoluer l'appareillage pour s'adapter au progrès du patient
- Relai de proximité pour accompagner le patient dans la mise en place
- Garant sur le long terme des bonnes pratiques de mise en place et d'utilisation
- Reconnaître les signes qui doivent alerter, donner les bons conseils



Rôle des autres acteurs dans le parcours d'appareillage

Chacun de ces rôles peuvent être un rôle qui revient aux kinés en fonction des organisations.

- Ergothérapeutes
Etude de la position assise, Membre supérieur, solutions pour simplifier le quotidien avec un appareil
- Psychomotriciens
Acceptation de l'appareillage, aide pour bouger et vivre avec l'appareil
- Psychologues
Acceptation de l'appareillage
- Educateurs spécialisés
Retours sur l'utilisation au quotidien, reflet sincère des difficultés rencontrés par le patient
- IDE, ASH
Retours sur l'état cutané, moral...

TOUS LES PROFESSIONNELS DE SANTE INTERVENANT AUPRES DU PATIENT SONT UN RELAI DU BON USAGE DE
L'APPAREILLAGE ET DE LA TRANSITION DES BONNES INFORMATIONS



Binôme Kiné / Orthoprothésiste

- Qu'est-ce que l'on attend l'un de l'autre :

- Travail d'équipe :

L'OP élément externe intégré à différentes équipes : kiné relai de l'info, connaissance du patient...

Savoir rentrer en interaction : s'appeler si on rencontre des difficultés lors du parcours d'appareillage (appareil qui blesse, patient qui s'enraidit...)

- Compétences spécifiques :

immobilisation (OP) / mouvement (MK)

OP a l'expertise technique / MK a l'usage de l'appareillage avec le patient

MK peut demander des aménagements qui l'aideront dans la rééducation.

Identification des besoins liés à l'appareillage (force, souplesse, lutte contre le flexum...)

- Langage commun :

Être cohérent face au patient

Accompagner les patients dans leur parcours d'appareillage

=> L'activité OP et MK se libéralise : Penser à s'appeler sur des problématiques d'appareillage.

Appareillage du rachis

- Quels corsets connaissez-vous ?
- Quelles pathologies ?
- Quels principes d'actions ?

- Corsets de démonstration: maintien sternal, lombaire, corsets minerves, scoliose
- Traumatologie
- Infectiologie
- Pathologie de la croissance : DRC, pathologie du profil, scoliose
- Discopathie, lombalgie...

Grands principes de l'appareillage: Du patient à l'appareillage

Appareillage sur moulage

(Hors Prothèse et Orthèses membre supérieur)

Remplacer
un membre

Suppléer
une
fonction

Posturer

- en position anatomique ou non
- De façon évolutive ou non

Corriger

Prothèse Tibiale

Prothèse Fémorale

Orthèses de
membre inférieur
(cruro pédieux,
genouillère,
releveur...)

corset de
camptocormie

Orthèse de MI
(Gouttières, bottes
de nuit...)

Corset de fracture
Scoliose adulte
Lombalgie

Corset-siège/vertic

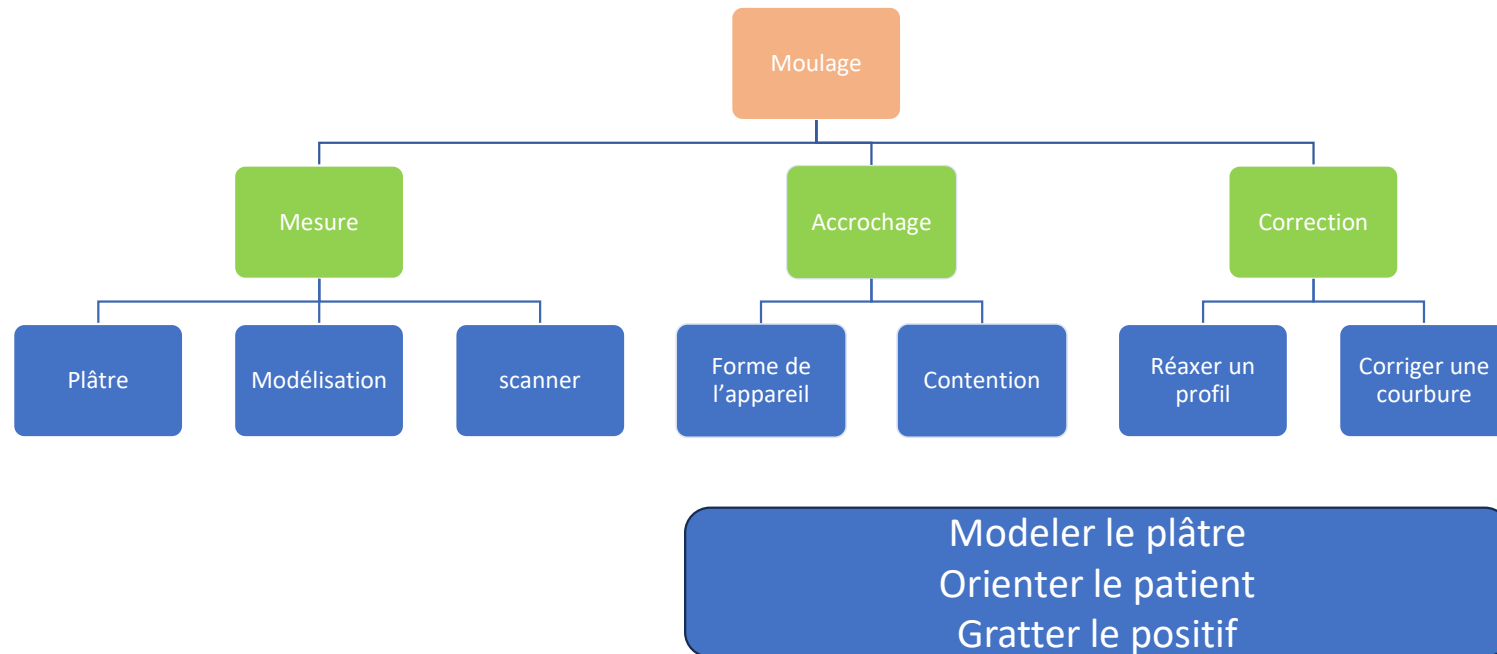
Corset de scoliose

Corset
enfant/adolescent
(anticyphose, ...)

Casque pour
déformations
craniennes

Grands principes de l'appareillage: Du patient à l'appareillage

Prise de moulage: Pourquoi?



Grands principes de l'appareillage: Du patient à l'appareillage



Plâtre

	Hauteurs	Largeurs	Profondeurs	Circonférences
Fourchette	331	464	165	1057
Sous-ax	252	360	221	997
Xiphoides	155	319	246	930
Taille	0	294	223	832
EIAS	-126	327	243	914
Trochanters	-220	364	225	961

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 ✓

Sexe: Homme

Age (années): 40

Taille (cm): 175

Poids (kg): 70

Muscles (%):

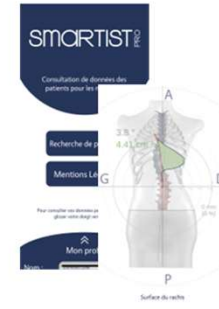
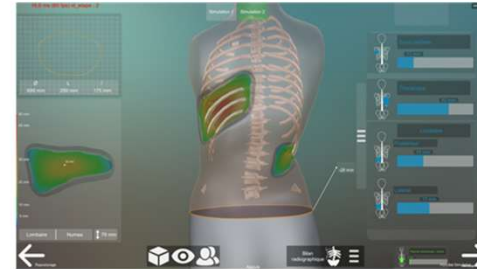
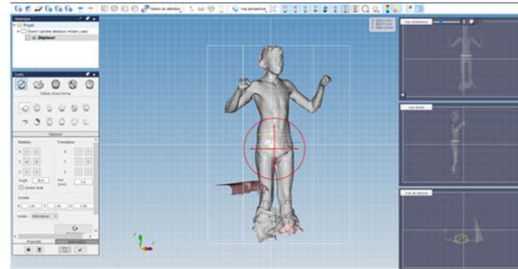
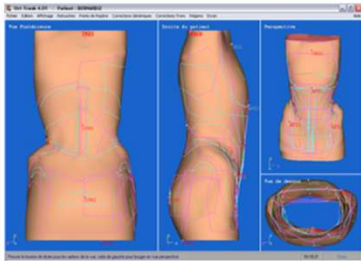
Homme Femme ✓

Patient

Modélisation



scanner



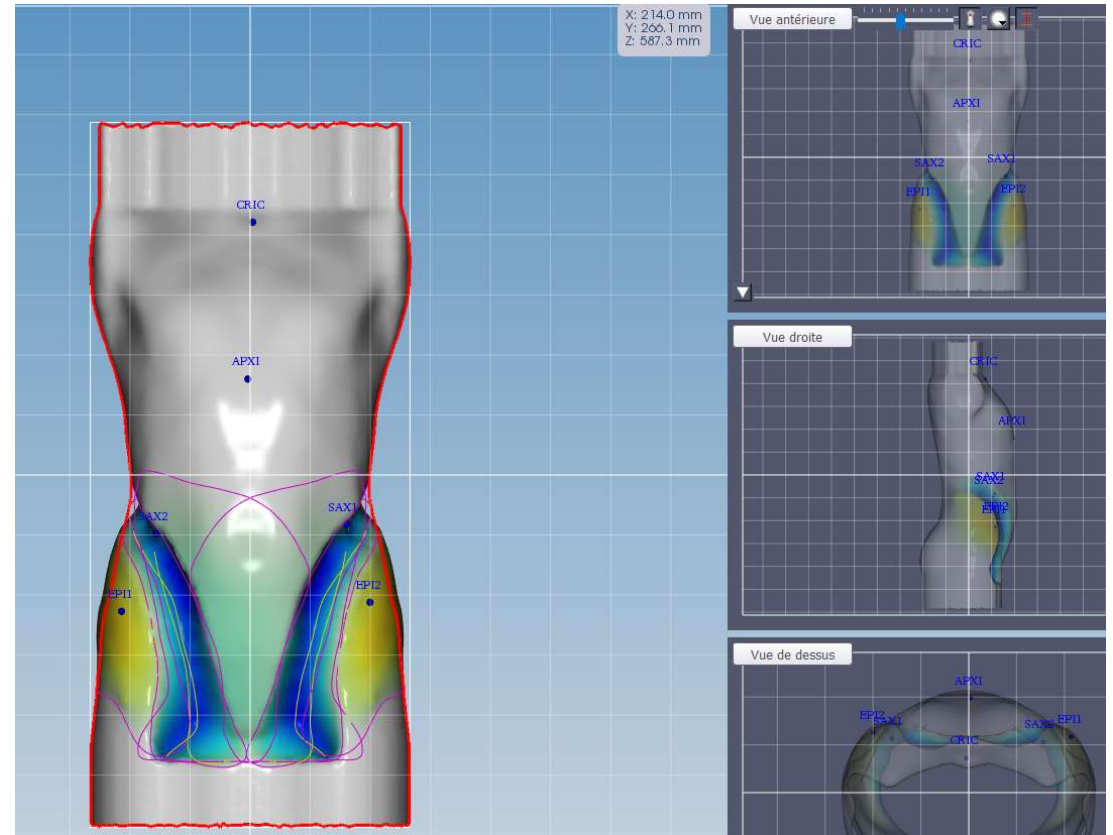
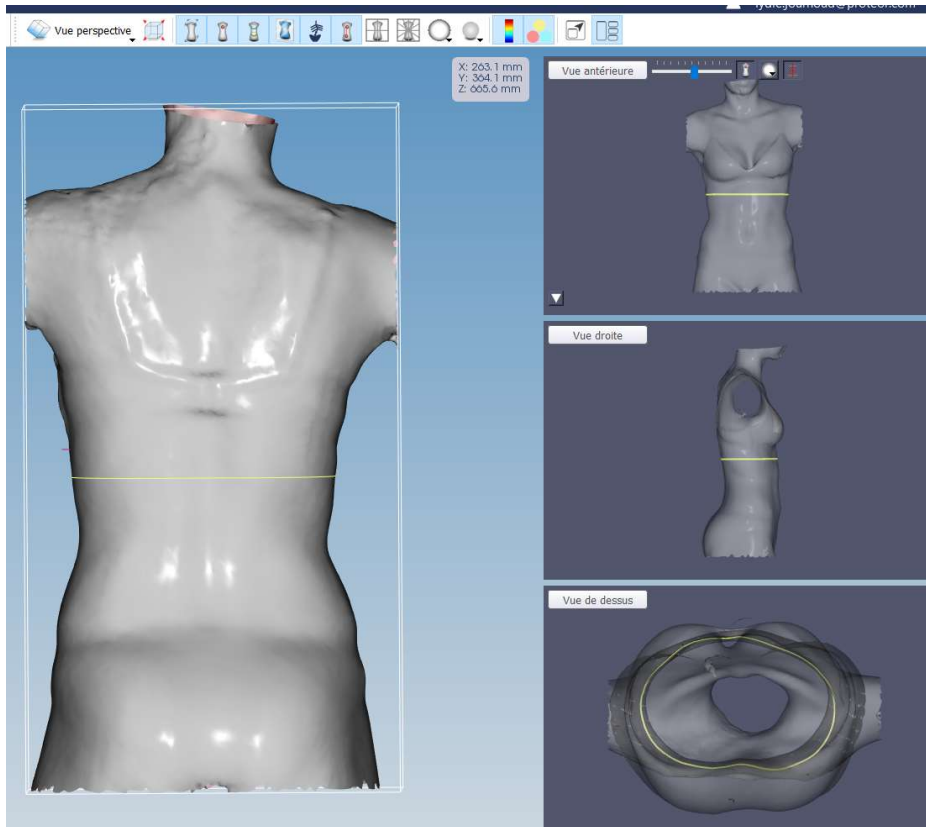
Evolution des outils de capture

Logiciels dédiés développés en interne pour transcrire l'expérience du modelage

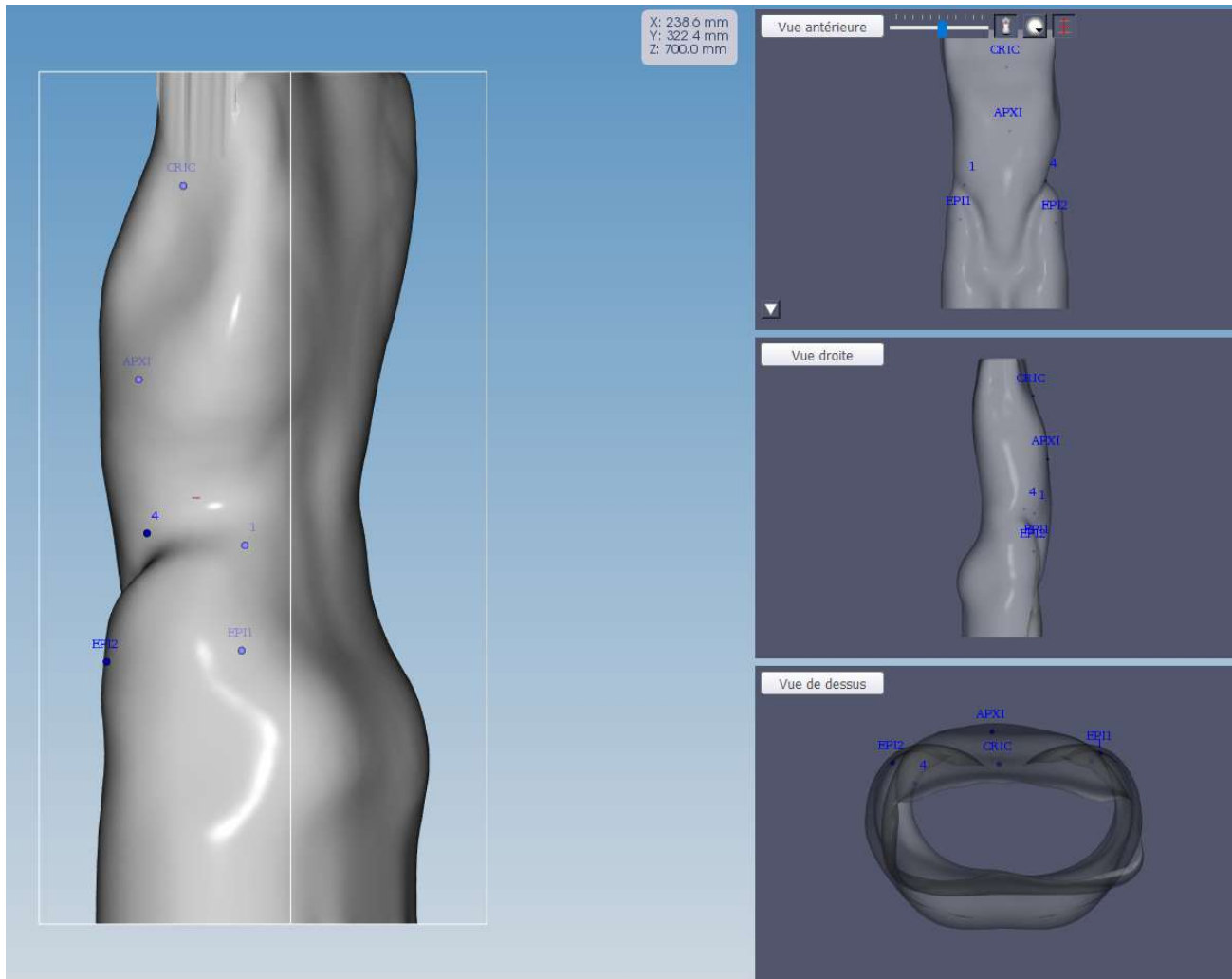
Accrochage : le pince taille



Grands principes de l'appareillage: Du patient à l'appareillage



Grands principes de l'appareillage: Du patient à l'appareillage



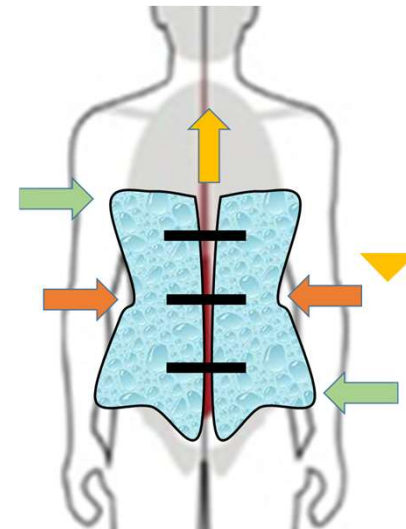
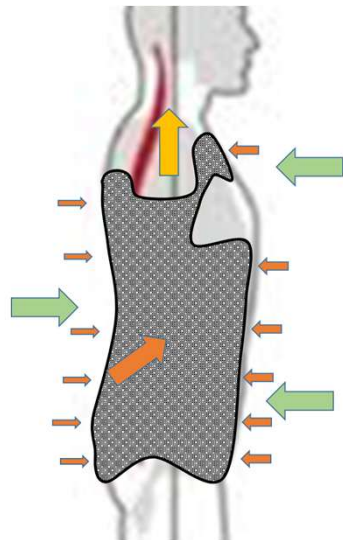
Grands principes de l'appareillage: Biomécanique et fonctionnement

- L'appareil n'est pas une copie conforme du patient
- Objet fixe sur un corps qui bouge

Stabilisation

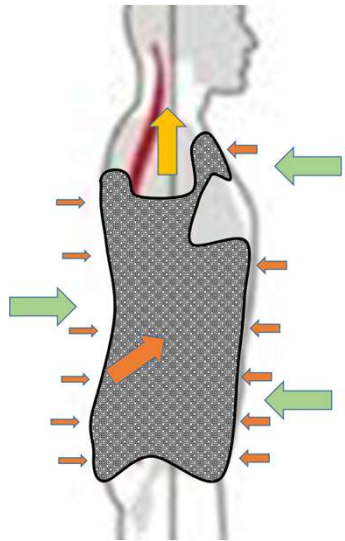
Contention

Correction

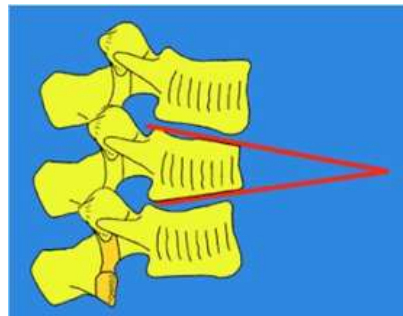
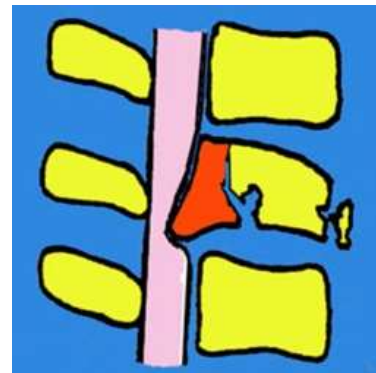


Traumatologie / Infectiologie / Rhumatologie

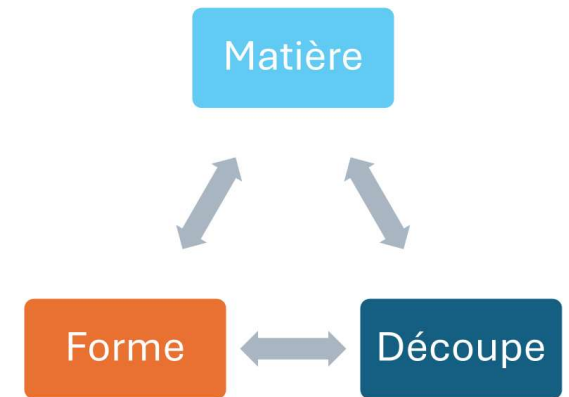
- Stabilisation



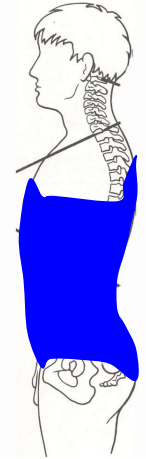
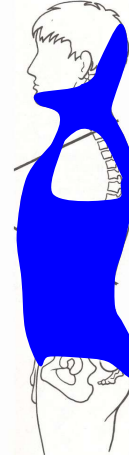
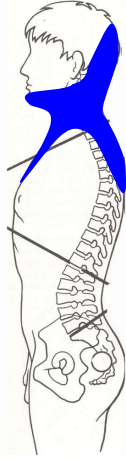
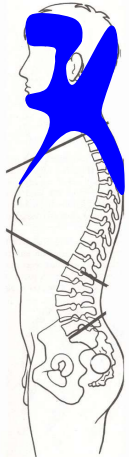
- Stratégie de correction



- Combinaison multiple



Immobilisation post-traumatique



Fracture C1 et/ou C2
Grande base ou petite base
en fonction de la stabilité.

Fracture
C3
jusqu'en
C7

Fracture
C6
jusqu'en
T2

Fracture
T2
jusqu'en
T5

Fracture
T6
jusqu'en
L2

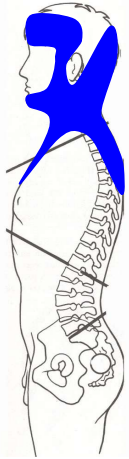
Fracture
L2
jusqu'en
L5

Fracture
C7
jusqu'en
T4

Le choix des hauteurs d'immobilisation fait partie intégrante de la prescription médicale. Ces niveaux sont à titre indicatif et dépendent de la pathologie (type et nombre de fracture, niveau, stabilité, pathologie associée...) et du protocole de soin.

Sources:
Traumatismes Vertébro-médullaires :
Indications et délai du traitement. Pr
C.Barrey.
Immobilisations cervicales dans un
contexte post-traumatique. S.Pourret.
Protocole de soin Hôpital de St Etienne
Document à usage interne.

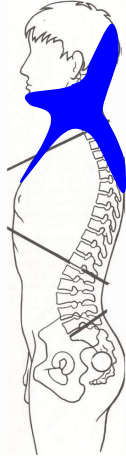
Aide à la prescription pour l'immobilisation post-traumatique



Minerve
petite base
thoracique
sur moulage
avec bandeau
rigide
pour
(pathologie)...



Minerve
grande base
thoracique
sur moulage
avec bandeau
rigide
pour
(pathologie)...



Minerve
petite base
thoracique
sur moulage
pour
(pathologie)...



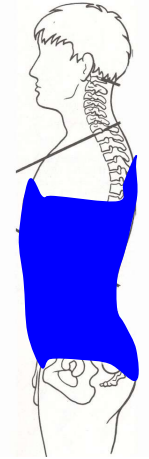
Minerve
grande base
thoracique
sur moulage
pour
(pathologie)...



Corset
minerve sur
moulage
pour
(pathologie)...



Corset avec
appui sternal
haut sur
moulage
pour
(pathologie)...



Corset
thoraco
lombaire sans
appui sternal
sur moulage
Pour
(pathologie)
...

Appareillage « d'urgence » les plus courants (notice Maintien)

Corset thoraco-lombaire type Boehler

Immobilisation
- ■■■■■■■■+
+ ■■■■■■■■-



Description :
Préconisé pour une immobilisation stricte du rachis thoracique et lombaire.

- Indications :**
- Atteinte de D7 à L5
 - Fractures et tassements vertébraux
 - Post-opératoire
 - Cyphose et scoliose adulte, douloureuse
 - Lésions vertébrales étagées évolutives
 - Spondylarthrite ankylosante
 - Camptocormie

Prescription type

Corset thoraco-lombaire avec appui sternal en matière plastique thermoformable réalisé sur moulage pour un port supérieur à 3 mois.

TRONC



Corset de maintien lombaire

Immobilisation
- ■■■■■■■■+
+ ■■■■■■■■-



Description :
Préconisé pour une immobilisation stricte du rachis lombaire bas.

- Indications :**
- Atteinte de L2 à S1 d'origine :
- rhumatismale (arthroses)
 - traumatique (tassements, fractures)
 - tumorale
 - infectieuse, orthopédique (discopathies, spondylodiscite, spondylolisthésis)

Prescription type

Corset dorso-lombaire en matière plastique thermoformable réalisé sur moulage pour un port supérieur à 3 mois.

A préciser :

- Hauteur T9 (atteinte L2, L3, L4)
- Hauteur T12 (atteinte L4, L5, S1)

TRONC



Corset de maintien lombaire ou thoraco lombaire en bi-densité

Immobilisation
- ■■■■■■■■+
+ ■■■■■■■■-



Bidensité plus rigide

- Indications :**
- Atteinte de L2 à L5
- Rhumatismale (arthroses)
 - Lombalgie
 - Tassement ostéoporotique
 - Discopathies
 - Spondylolisthésis

Prescription type

Corset Dorso-lombaire en matière réalisée sur moulage pour un port supérieur à 3 mois.

A préciser :

- le ou les niveaux à maintenir

TRONC



Corset de maintien lombaire ou thoraco lombaire en bi-densité

Immobilisation
- ■■■■■■■■+
+ ■■■■■■■■-



Bidensité plus souple

- Indications :**
- Atteinte de L2 à L5
- Rhumatismale (arthroses)
 - Lombalgie
 - Tassement ostéoporotique
 - Discopathies
 - Spondylolisthésis

Prescription type

Corset Dorso-lombaire en matière réalisée sur moulage pour un port supérieur à 3 mois.

A préciser :

- le ou les niveaux à maintenir

TRONC



Corset cuissard

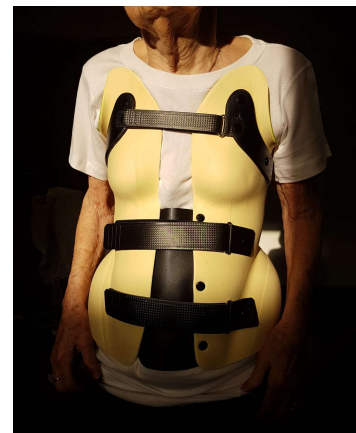


Appareillage complexe



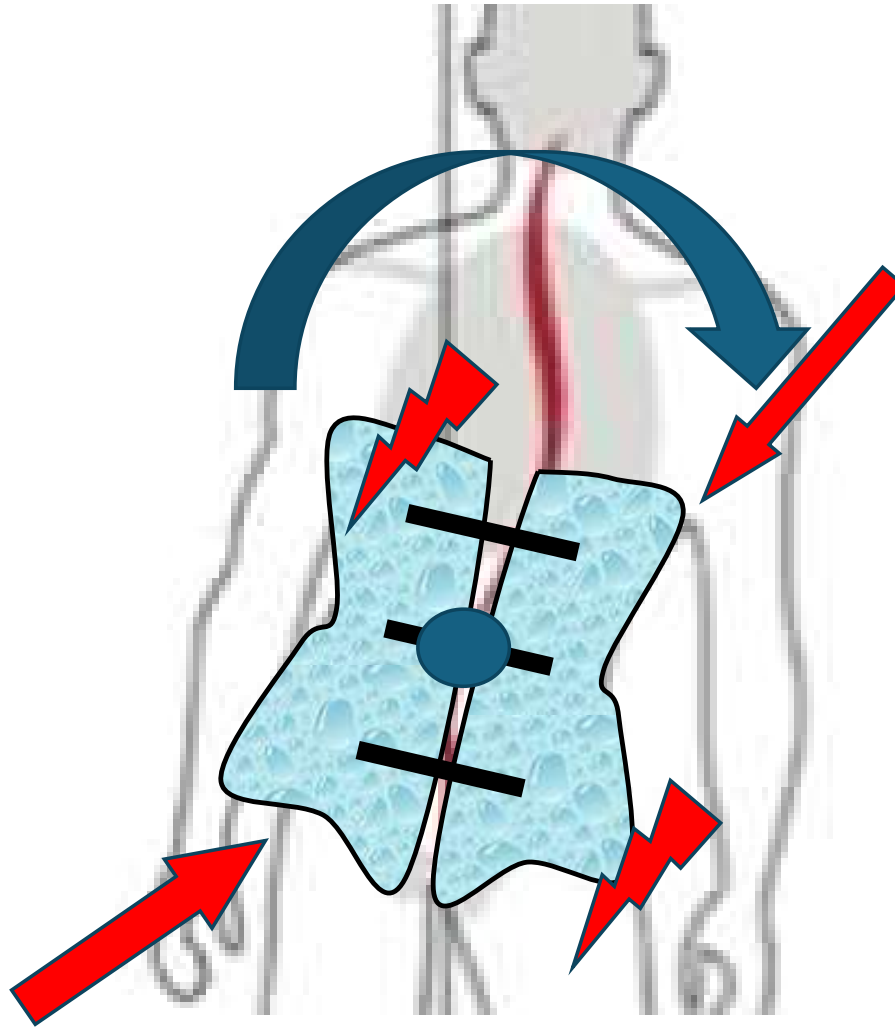
Traitement de l'adulte: Lombalgie, discopathie, scoliose adulte dégénérative

- Recherche de la position antalgique
- Recherche de réductibilité
- Lutte contre l'évolution

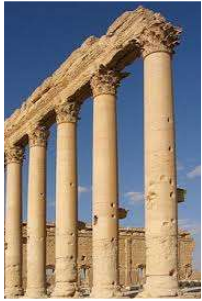


Principes d'action: un peu de biomécanique.

REFERENTIEL : CORSET
SUR PATIENT AVEC DESEQUILIBRE
RAIDE



Principes d'action: un peu de biomécanique.



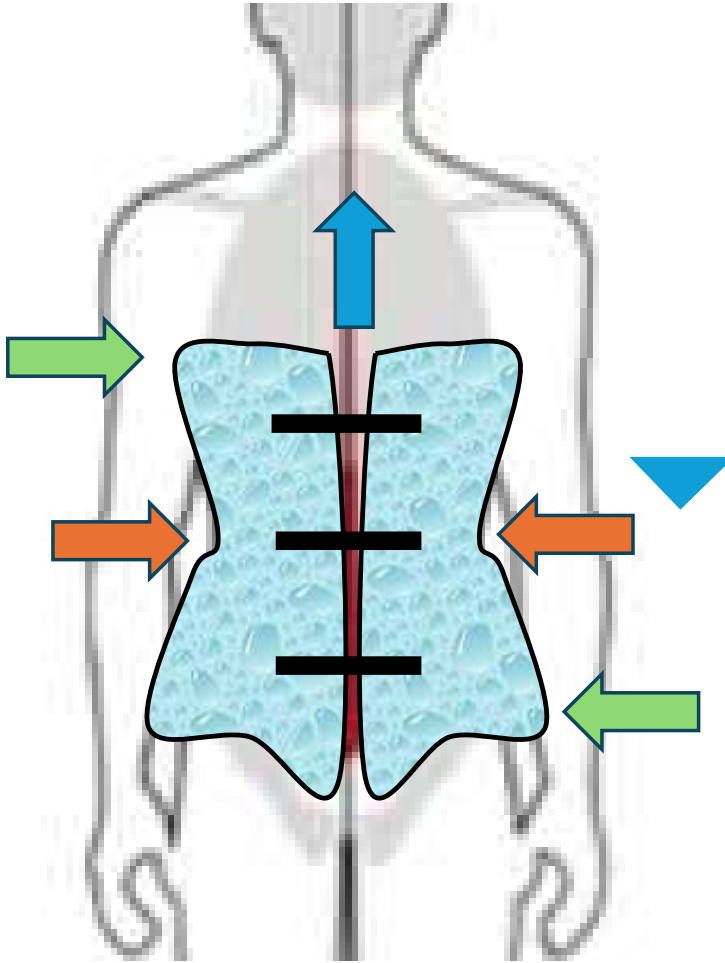
Stabilisation



Contention

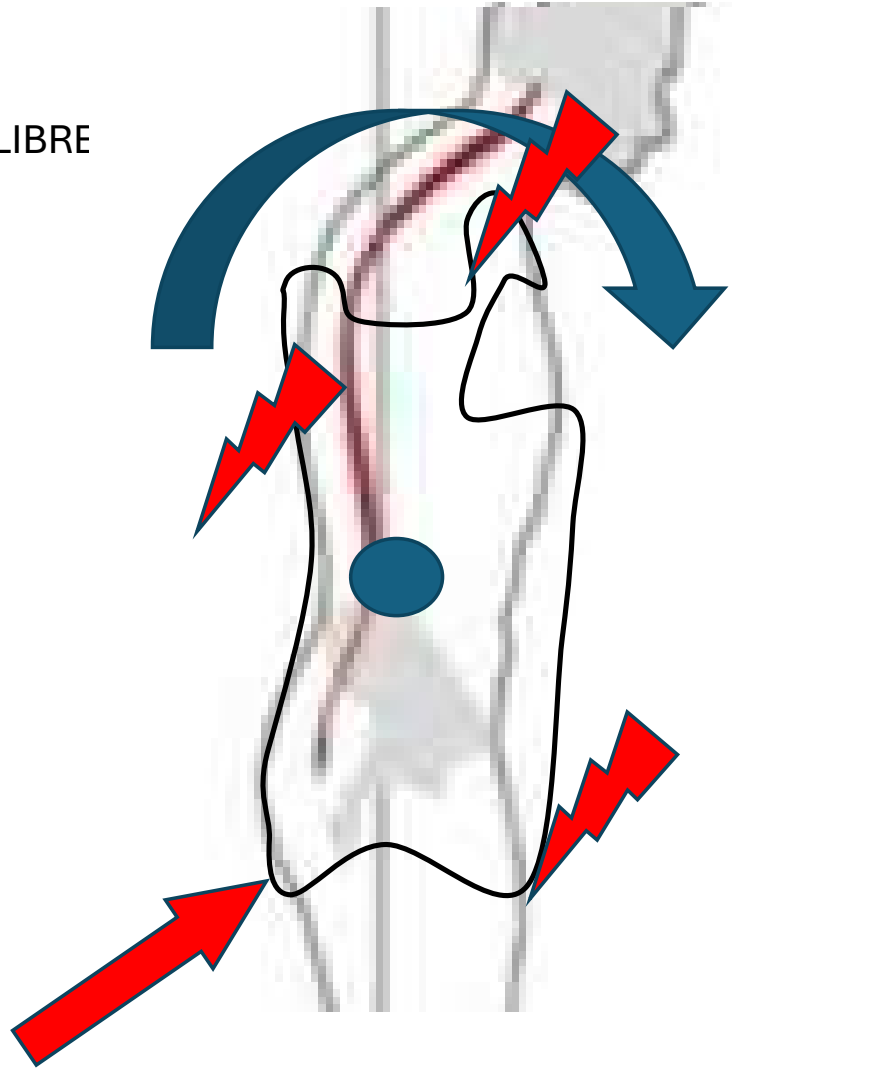


Correction

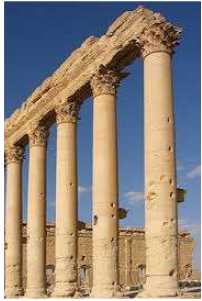


Principes d'action: un peu de biomécanique.

REFERENTIEL : CORSET
SUR PATIENT AVEC DESEQUILIBRE



Principes d'action: un peu de biomécanique.



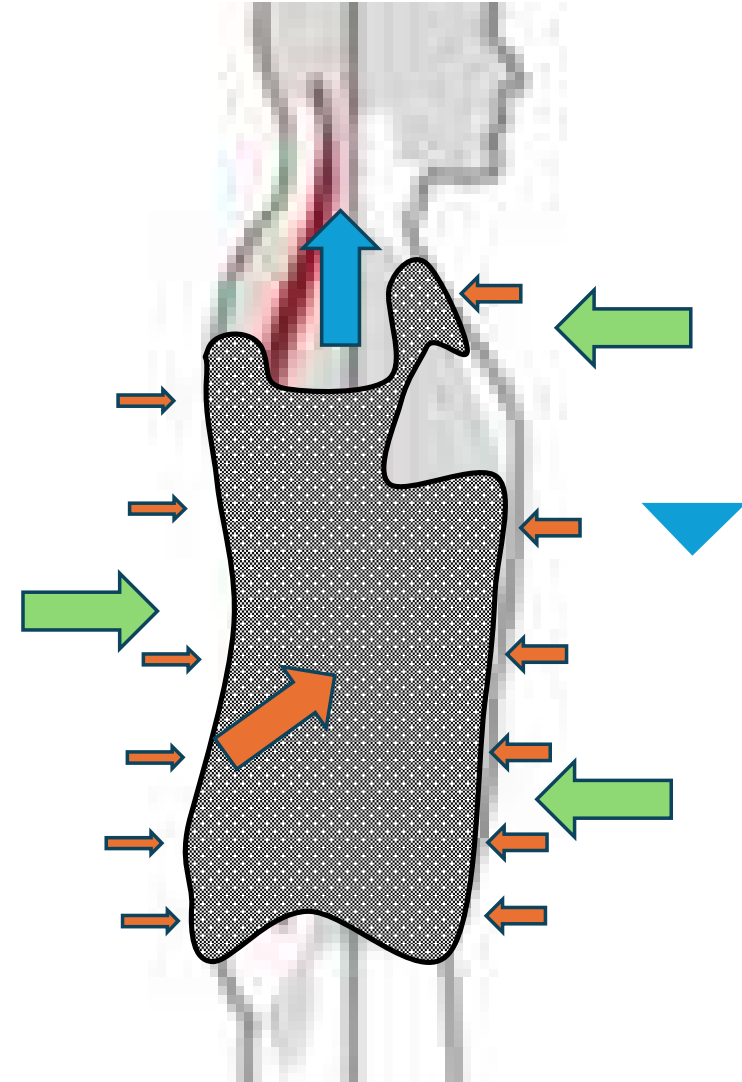
Stabilisation



Contention



Correction



CORSET BIVALVE LOMBAIRE:

- Contention
- Elongation prise pince taille
- Contrôle du profil



CORSET MONOCOQUE LOMBAIRE:

- Elongation: prise pince taille
- Contention



CORSET PE AVEC DEVANT ELASTIQUE:

- Contention
- Elongation: prise pince taille modérée
- Confort abdominal



COUTIL BALEINE:

- Contention



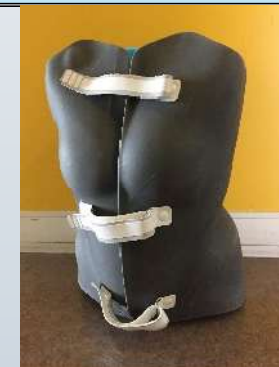
CORSET LOMBAIRE

CORSET AVEC APPUI STERNAL

CORSET MONOCOQUE BIDENSITE

ENGLOBANT POITRINE

- Convention tubulaire



CORSET BIVALVE AVEC APPUI STERNAL TREFLE SUR MAT

- Effet du corset bivalve



- Maintien sternal uniquement antérieur



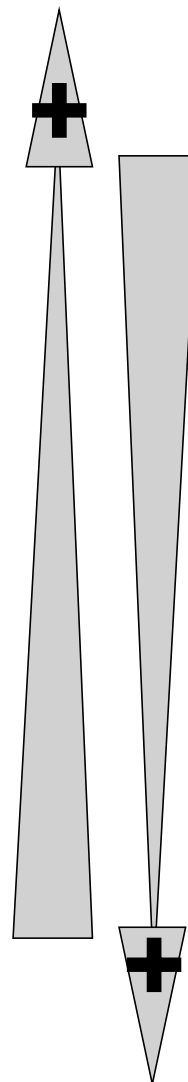
CORSET MONOCOQUE AVEC APPUI STERNAL ET PRISE SOUS AXILLAIRE:

- PEHD ou PEBD
- Facilité de mise en place
- Confort respiratoire
- Effet sur le plan frontal et sagittal

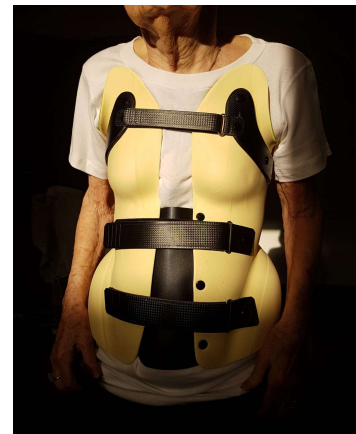
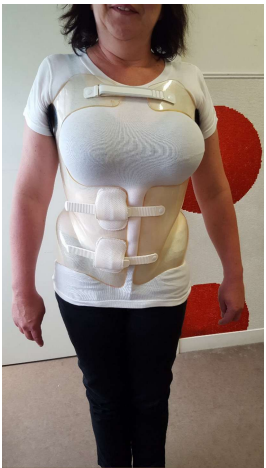
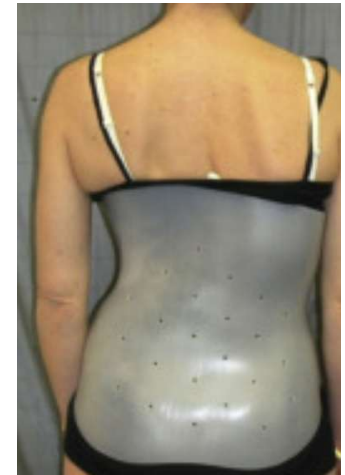


CORSET BIVALVE AVEC BANDEAU STERNAL:

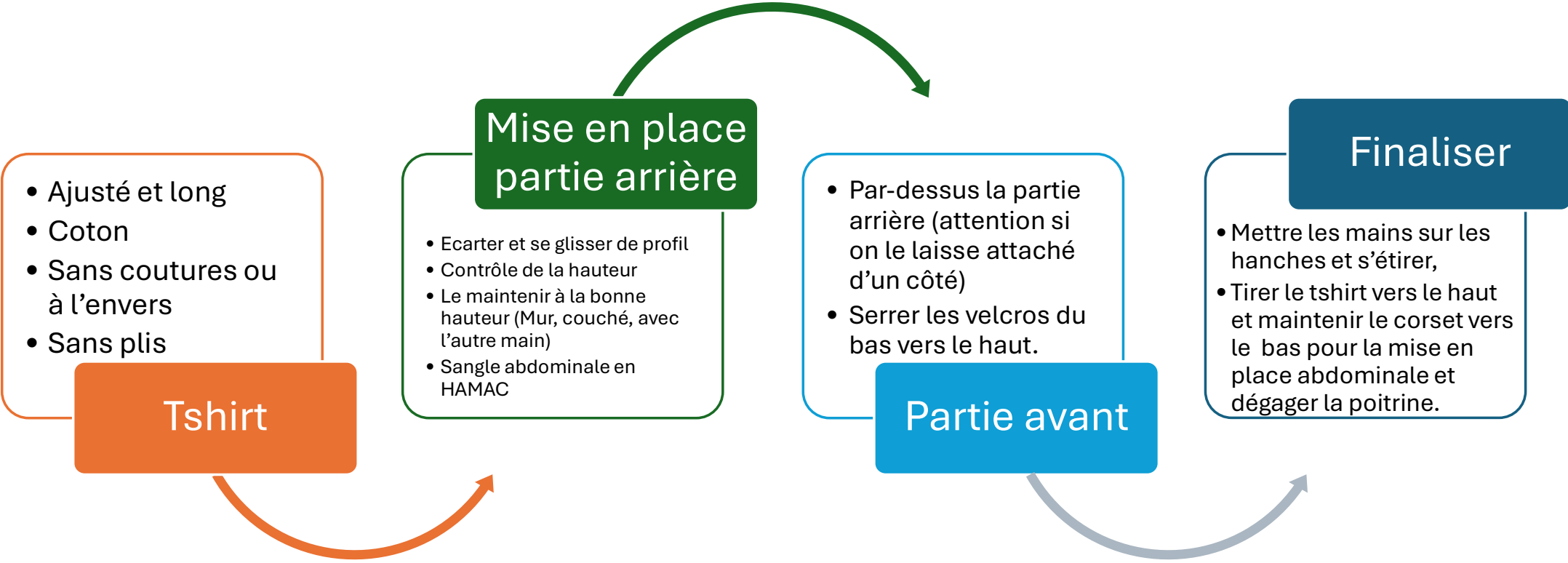
- Effet antéropostérieur stricte
- Appui sternal large
- Contrôle plan frontal et sagittal



Corset de scoliose adulte



Mise en place du corset: Information/éducation du patient



C'est l'inactivité et non le corset qui provoque la fonte musculaire.

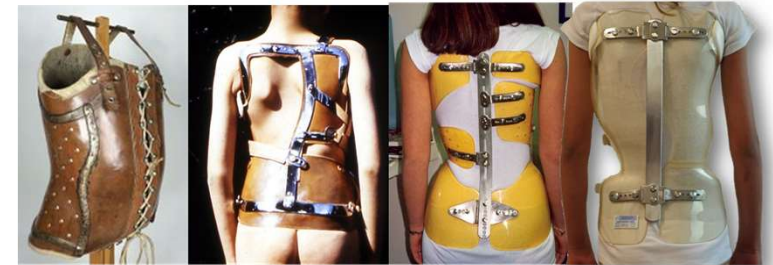
- 1) Enfiler un **tee-shirt en coton sans coutures latérales** au patient. (Si le tee-shirt a des coutures l'enfiler à l'envers, coutures vers l'extérieur).
- 2) Tourner le **patient sur le côté en monobloc**.
Bien tirer le t-shirt pour éviter les plis gênants.
- 3) Placer la **valve postérieure en premier**. Glisser la valve par un mouvement de **rotation autour du tronc** tout en enfonçant le matelas. Bien chercher le creux de la taille pour que le **pince-taille du corset (partie creuse) arrive au même niveau que la taille du patient**
- 4) Retourner le patient d'un bloc sur le dos en maintenant la valve en place.
- 5) Vérifier que le **pince-taille soit bien positionné**.
- 6) Placer la **valve antérieure par-dessus** la valve **postérieure**.
- 7) Serrer les velcros au **trait de serrage** fait par l'orthoprothésiste en commençant par les deux du bas

La mise en place du corset est la même pour un corset thoraco-lombaire.



Scoliose idiopathique adolescente : historique

Original Lyon brace and evolution






Stagnara – Bouillat-Terrier

Seule méthode couplant physiothérapie et corset dès l'origine

1. Awareness of postural defects
2. Kyphotization of the thoracic region
3. Passive Mobilization
4. Mobilization of the rib-vertebral joints
5. Opening ilio-lumbar angle
6. Active Mobilization
7. Lumbar Sagittal & Frontal Correction
8. Thoracic Sagittal & Frontal correction
9. Grand Porter
10. Proprioceptive exercises
11. Balance exercises
12. Core stabilization

Scoliose : Les signes qui doivent alerter

	Troubles principaux observés	Vocabulaire médical	
DOULEURS DE DOS ce n'est pas un signe précoce de scoliose mais la scoliose peut provoquer des douleurs			
	Asymétrie du dos entre le côté droit et le côté gauche	Bosse dans le dos en bas	Saillie paraspinale en lombaire lors du test d'Adams
	Observer par l'avant ou l'arrière en position penchée en avant et mains jointes entre les genoux	Bosse dans le dos en haut	Gibbosité en dorsal lors du test d'Adams
	Asymétrie des plis de taille	Signe de lucarne Asymétrie des pinces taille	
	Omoplate plus haute ou plus proéminente que l'autre	Asymétrie des omoplates (scapula)	
	Côtes qui ressortent plus d'un côté que de l'autre	Asymétrie du thorax Saillie des fausses côtes	
	épaule plus haute que l'autre	Déséquilibre d'épaule	

	Troubles principaux observés	Vocabulaire médical	
	La tête n'est pas alignée au-dessus du bassin	Déséquilibre de l'axe occipital ou gîte frontale, en statique ou à la marche	
	Bassin plus haut d'un côté et plis de genou à la même hauteur	Déséquilibre frontal du bassin Bascule du bassin	
	Dos plat entre les omoplates de profil	Effacement ou inversement des courbures Perte de cyphose dorsale ou de lordose lombaire	
	Asymétrie de la poitrine Un sein plus en avant que l'autre	Signes souvent vus par l'enfant et la famille (cause d'inquiétude) Ce n'est pas un signe précoce de scoliose mais la scoliose dorsale est à l'origine de la torsion du thorax	Asymétrie mammaire

Le dépistage : ce n'est pas une affaire de spécialiste

En quoi ça consiste:

- Observation du dos
- Dans une position précise
- Répéter régulièrement tout au long de la croissance

Le dépistage : ce n'est pas une affaire de spécialiste

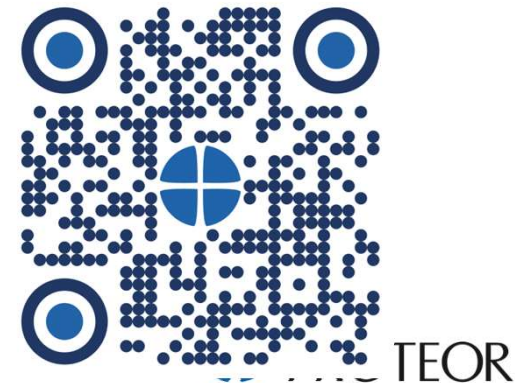
- Sensibiliser le grand public car l'observation du dos doit avoir lieu régulièrement tout au long de la croissance
- Donner les clefs aux familles

Dépistage de la scoliose : Dépister tôt pour mieux soigner.
Vidéo de la fondation Cotrel

https://www.youtube.com/watch?v=Z2Yi_skqhGQ



- <https://youtu.be/VUNMX00lcU4>
- Un guide pour l'observation
- Des informations simples et fiables
- Un rappel tous les 6 mois
- Un archivage des observations
- Être attentif aux petites déformations comme aux grandes



Déséquilibre de bassin

La scoliose idiopathique

Kariman ABELIN GENEVOIS

*Hôpital Femme Mère Enfant
Hospices Civils de Lyon*

DESC de Chirurgie Pédiatrique,



Sans compensation



Avec compensation

Conditions de réussite du traitement orthopédique

- Réduction de 50 % de la courbure sous corset
- Personnalité de l'enfant = facteur décisif de réussite
- **« Bons résultats » du traitement orthopédique si angle de Cobb final $\leq 5^\circ$ par rapport à l'angle de Cobb initial**
- Le traitement orthopédique modifie l'histoire naturelle de la scoliose mais ses effets sont moins spectaculaires au-delà de 35°
- Traitement orthopédique efficace dans 70 % des cas
- 70 % des scolioses entre 20° et 30° à Risser 0 évoluent sans traitement
- En cas d'inversion des courbures sagittales l'indication d'un traitement orthopédique devient discutable (référence analyse 3D)

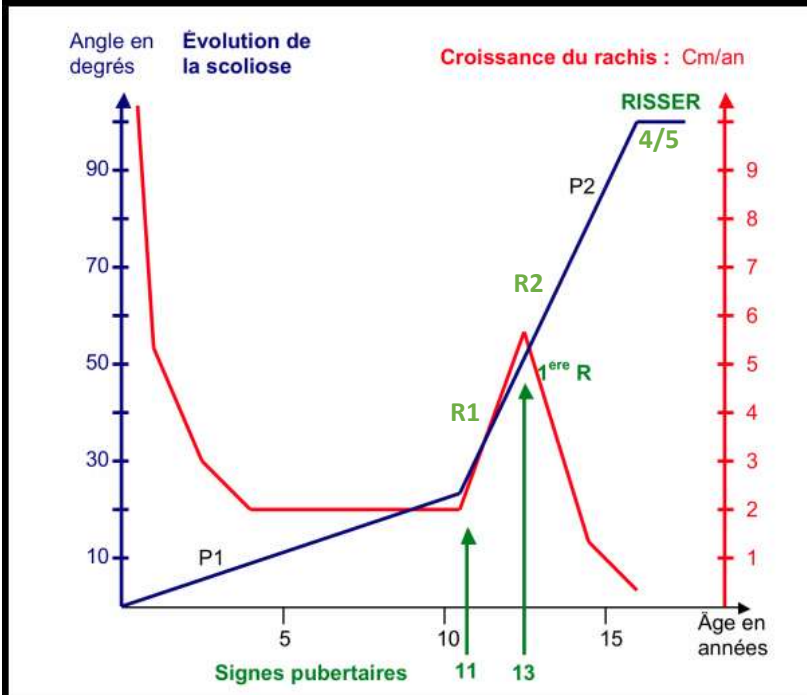
 

Les différentes orthèses

Dr J-C. Bernard
G. Notin (OrthoProthésiste. Société Lecante)
J. Deceuninck (Masseur- Kinésithérapeute)
F. Barral (OrthoProthésiste. Société Lecante)
S.Pourret (OrthoProthésiste. Société Lecante)

Pourquoi précocité : étape à ne pas rater

Évolutivité des scoliozes



Courbe d'évolutivité de Duval-Beaupère :

- Poussée de croissance pré pubertaire
- Risque d'évolutivité maximal au moment de la croissance pubertaire

Fin de croissance rachidienne :

- Risser 4/5,
- règles depuis plus de 2 ans,
- prise de taille sur 1 an \leq 1cm

La scoliose idiopathique

Kariman ABELIN GENEVOIS

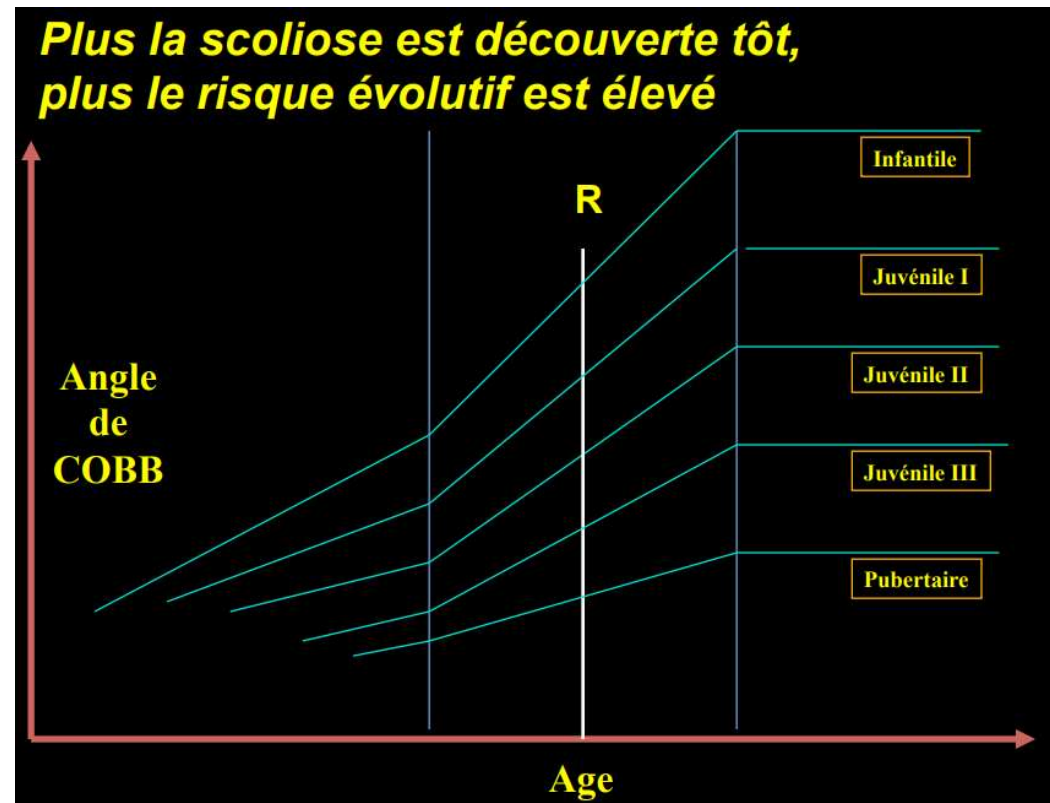
Hôpital Femme Mère Enfant
Hospices Civils de Lyon

DESC de Chirurgie Pédiatrique,

Pourquoi précocité : étape à ne pas rater

15° :

- à 15 ans c'est rassurant
- à 10 ans c'est inquiétant
- à 5 ans c'est alarmant



Evolution à long terme



Long-term results of the Lyon Management (20 - 30 years)



n=68

16/11/2018

Université Claude Bernard Lyon 1

7

Etat de l'art des corsets

Corset du futur :
état de l'art et pistes de
réflexion

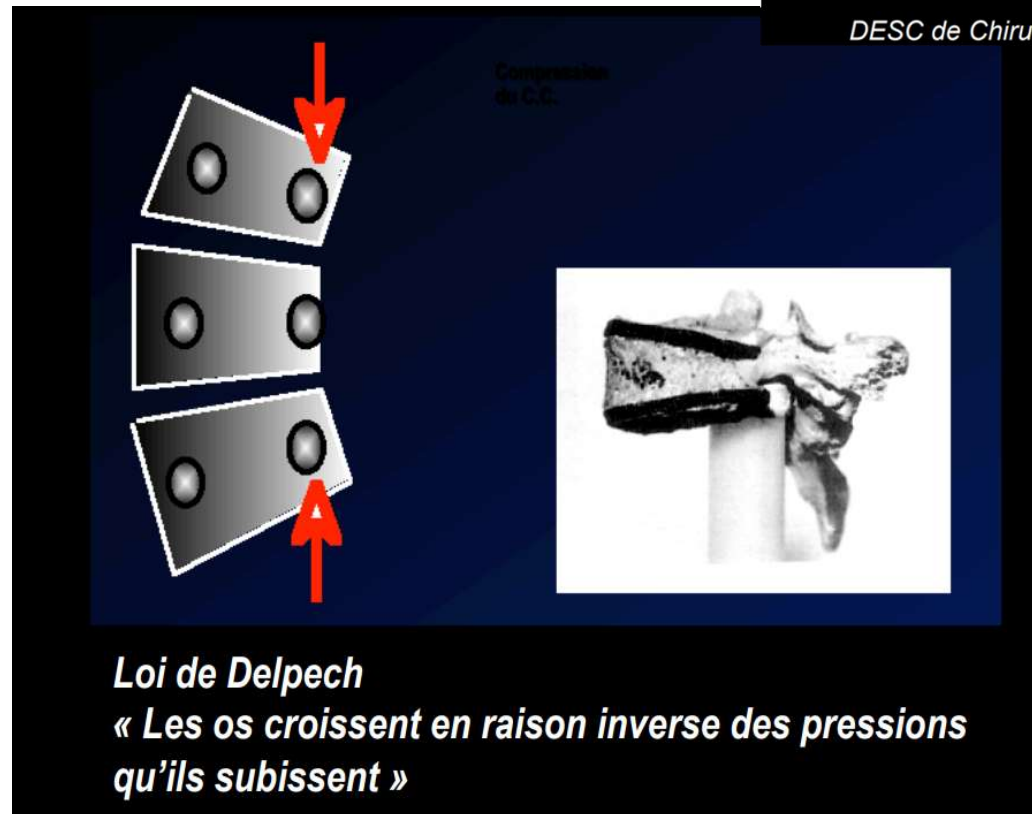
- ▶ scoliose

Caroline Jacquemard



Un des principes généraux de correction

- Loi de Delpech : intérêt de la longueur du traitement.
- Notre objectif c'est la conservation des structures osseuse, disques...

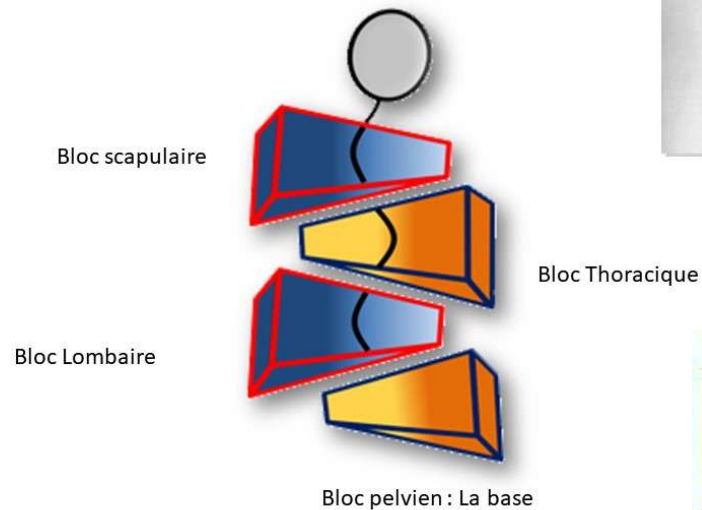


Principes d'action

Combinaison de principes :

- biomécaniques (Hueter-Volkman, Schroth...)
- d'application mécanique (symétrie/asymétrie, dérotation segmentaire, appuis/contre appuis.

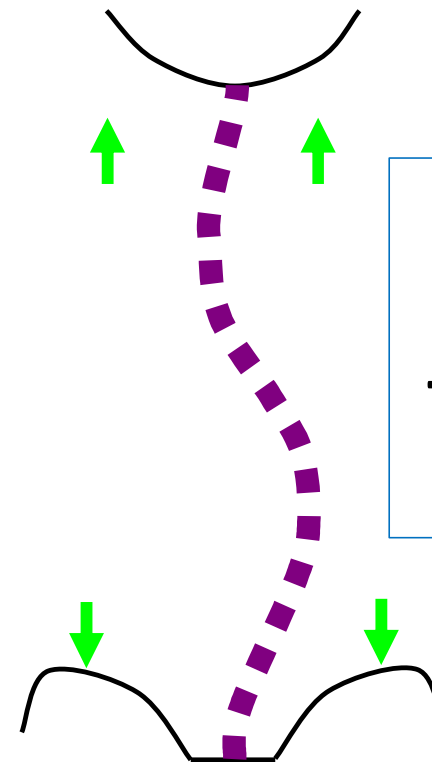
Le moulage régional reprend la correction par blocs de Katerina Schroth



Principes d' action des orthèses

- Elongation/traction

- Ancrage sur les crêtes iliaque
- Traction sous axillaire discutable. Découpe sous axillaire cyphosante



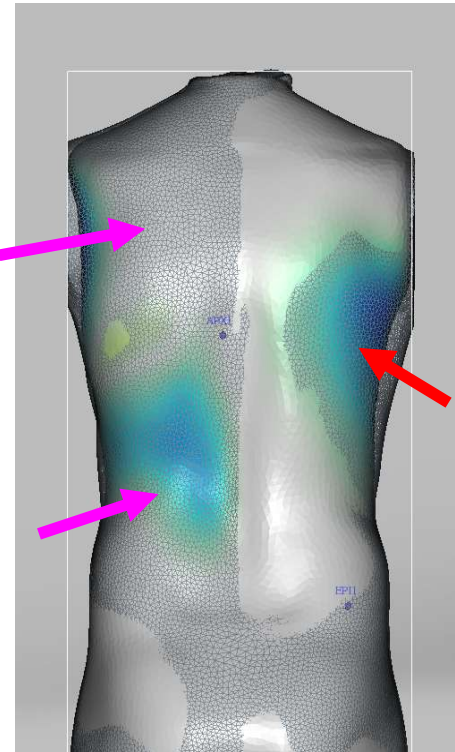
**Attention
l'élongation se
fait par la mise
en lordose.**

Principes d' action des orthèses

- L'effet 3 points

• 1 appui

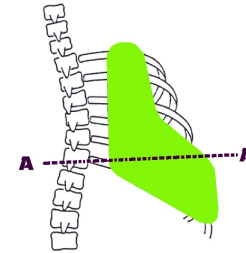
• 2 contres appuis sus et sous jacents



Attention Ne se fait pas que par appui, contre appui et expansion

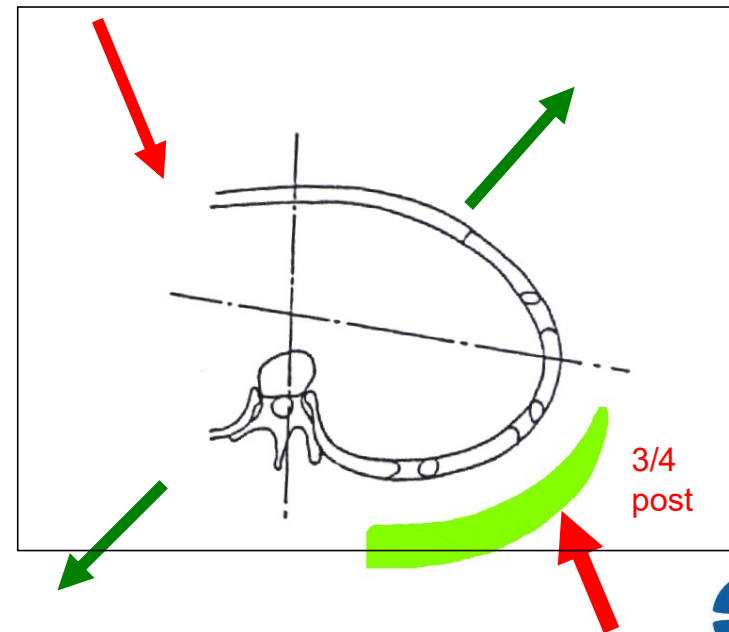
Principes d' action des orthèses

- Gibbosité postéro-latérale et contre-gibbosité: action dans le plan horizontal
- Appui postérieur sur la gibbosité
- Appui latéral qui s'arrête sous le sommet de la courbure.

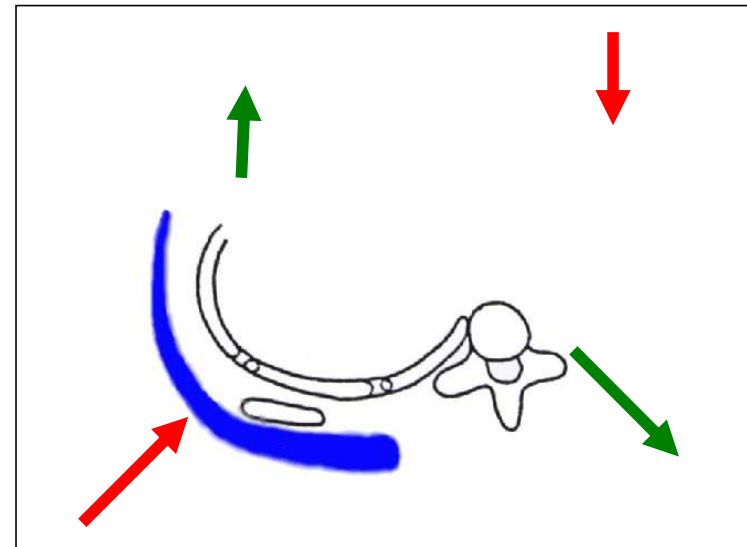
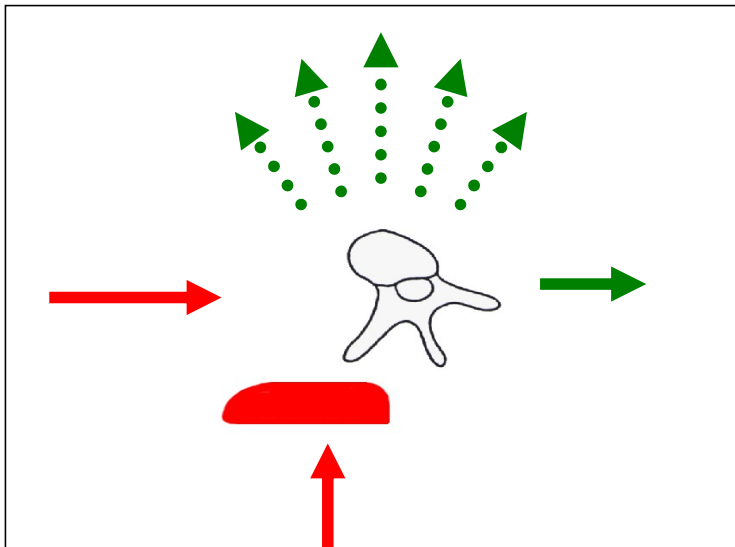
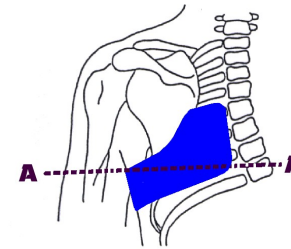
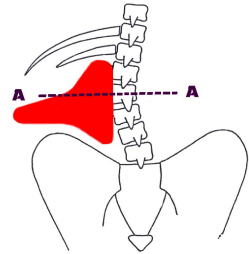


• Appui et contre appui sur les gibbosités

• Chambre d'expansion en face de chaque appui



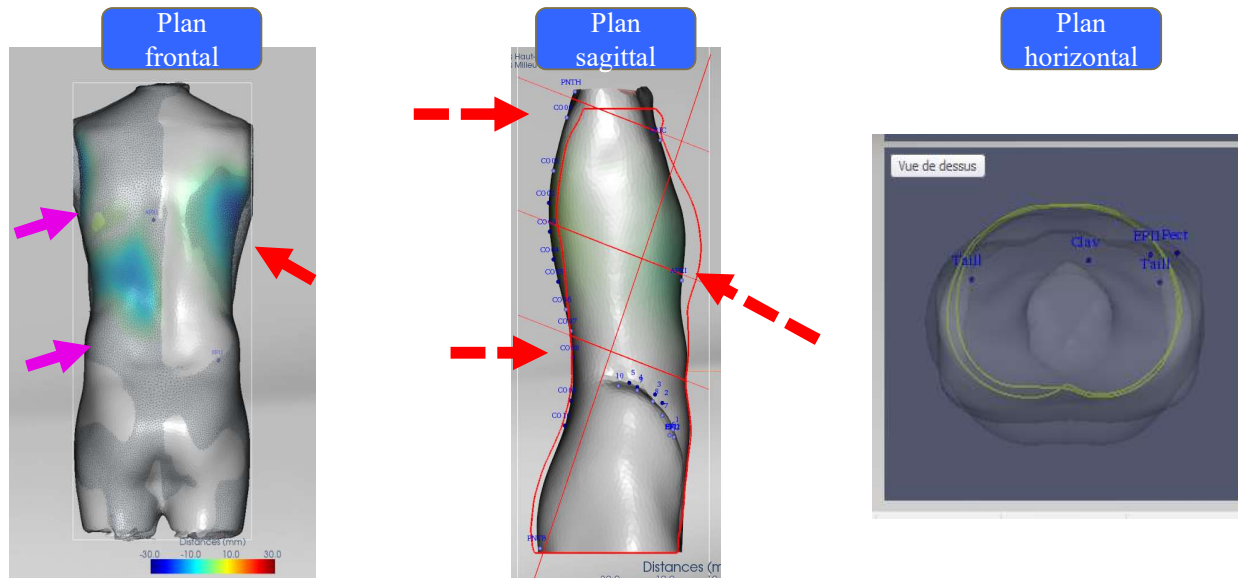
Principes d'action des orthèses



Principes d' action des orthèses (6)

Les actions conjuguées dans les trois plans réalisent:

- La réduction des courbures dans le plan frontal
- La restitution d' un plan sagittal physiologique
- L' effacement des déformations dans le plan horizontal



Principe de correction

Il existe plusieurs principes d'actions:

- appuis/contre appuis expansion en 3D.
- symétrie/asymétrie
- dérotation segmentaire

Il est important de les connaître afin d'adapter son principe de correction

Le principe de correction utilisé dépendra:

- Des habitudes du prescripteur (différentes écoles)
- Des habitudes de l'Orthoprothésiste ou des équipes du CO
- Du patient en fonction de ce que l'on évalue à l'examen clinique

Evaluation clinique avant tout

- Pourquoi?

Déformation en 3 dimensions

Corrige un enfant et non une radio ou une scoliose

Les différents tissus: muscles, ligaments. Leur raideur, leur réaction à l'appui

Stratégie de correction peut être construite qu'à partir de la clinique, puis vérifié avec la radio.

On fait le test manuel de la correction attendu par le corset

mais attention il n'y a pas le même bras de levier avec les appuis du corset qu'avec nos mains.

Gestion du profil: Se rapprocher de la normalité du patient (paramètres pelviens) et identifier les anomalies du profil induite par la correction,

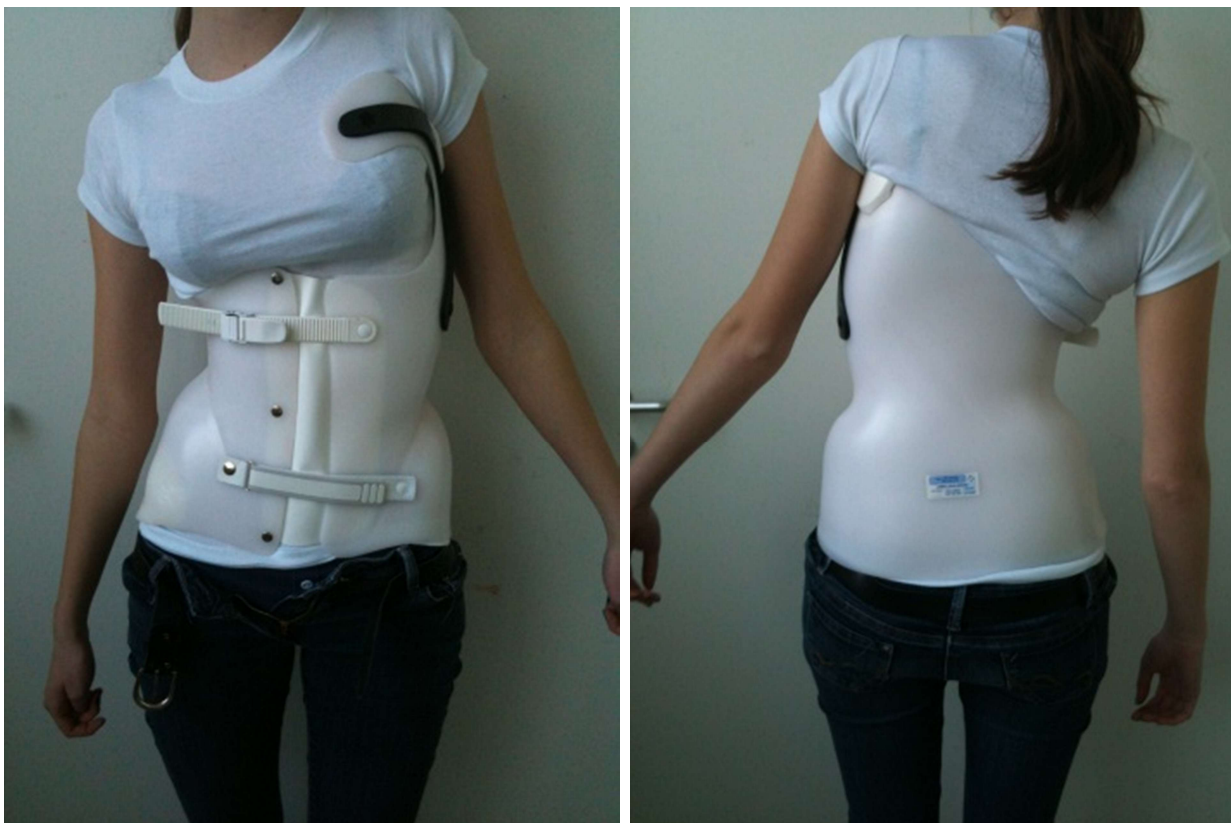
Exemple de corset monocoque ceinture pelvienne et axillaire symétrique



Exemple de corset monocoque ceinture pelvienne et axillaire asymétrique



Hypercorrecteur est avant tout un principe de correction
Les formes sont très diverses



Hypercorrecteur nocturne

La SCOLIOSE IDIOPATHIQUE
Le CORSET de CAEN



Laure Moisson
Proteur H.C
Le Mans - Caen

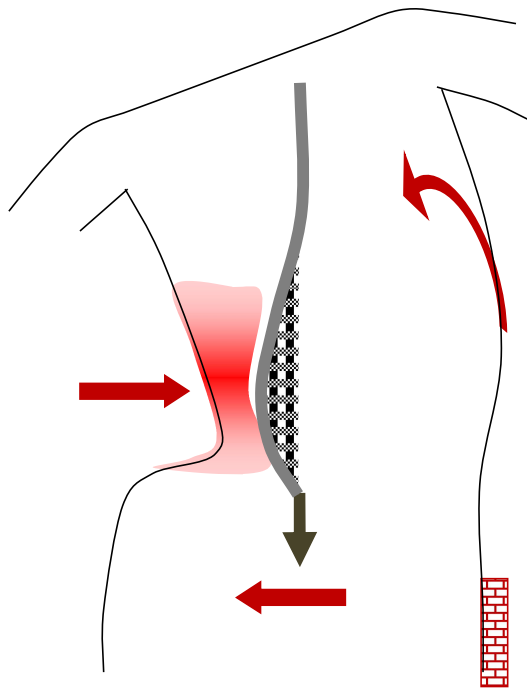
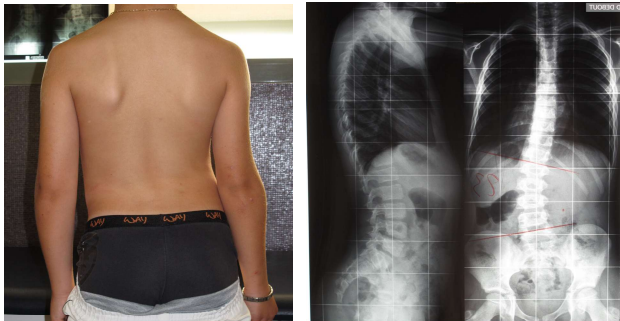


Scoliose lombaire

Bending thoracique sans appui

Appui lombaire postéro latéral type
GTB1 avec toit horizontal

Appui trochanter opposé augmente
la translation du bassin



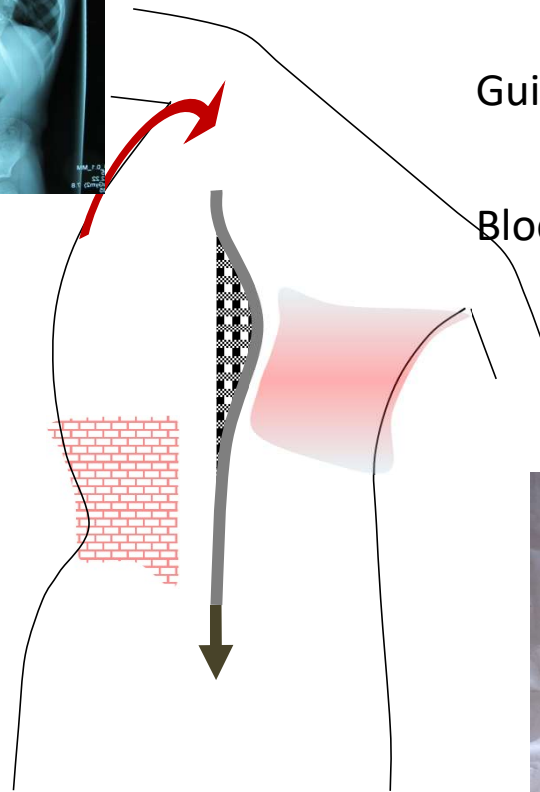
Scoliose thoracique



Bending à grand rayon
bord supérieur controlatéral proche
de l'axe médian

Guide costal sans appui

Blocage lombaire controlatéral



Exemple de corsets monocoques courts



Corset GTB 1



Corset court CCM



Corset dynamique CMCR



Corset dynamique 3D



Corset dynamique Flex



Scoliose neurologique /neuromusculaire

Appareillage des scolioses neurologiques

Docteur Jean-Claude BERNARD
Avec l'aide du Docteur Capucine De-Lattre
Centre Médico-Chirurgical de Réadaptation des Massues
92, rue Edmond Locard
69005 LYON

e.mail: bernard-mpr@cmcr-massues.com

Tableau clinique d'hypotonie axiale → Indication: Corset bivalve



- Le bivalve bivalve court: en cas de cyphose dorso-lombaire.



- Le corset bivalve avec bandeau sternal: en cas de cyphose dorsale



Les différentes facettes

Avec adjonction de sangles anti-rotation interne d'épaules



Corset Garchois

Corset Garchois de dos



Corset Garchois de face.



Expansion
thoracique



Appuis correctifs



Hypercyphose dorsale et dorsolombaire

Holger Scheuermann 1920



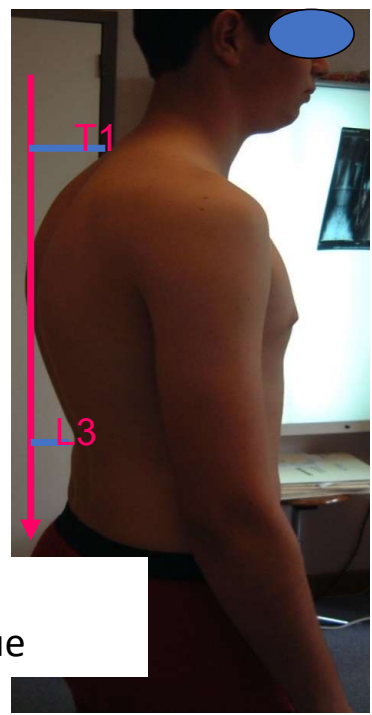
« Kyphosis dorsalis juvenilis »

Définitions de la maladie de Scheuermann

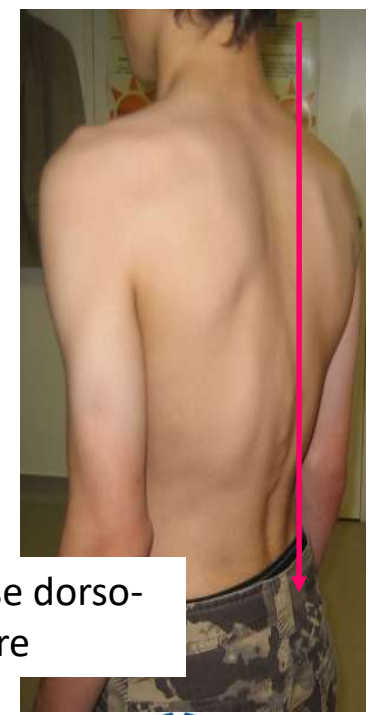
Cyphose **thoracique** ou **thoraco-lombaire** rigide et douloureuse associée à une cunéiformisation du corps vertébral, à des irrégularités des plateaux vertébraux, en fin de croissance.

Scheuermann H (1921). Kyphosis dorsalis juvenilis. Z Orthop Chir.

Les localisations de la maladie de Scheuermann



Cyphose thoracique



Cyphose dorso-lombaire

Corsets Anti – Cyphose (HCD)

- Traitement des déviations rachidiennes en 1ère intention ou faisant suite à un plâtre réducteur

Jewett-Caton



Bivalve avec appui manubrial



Corset anti-cyphose (variante avec un mât métallique antérieur)



Examen radiographique nu



Corset anticyphose avec un large bandeau manubrial avec renforts métalliques en polyéthylène ou plexi



Examen radiographique dans le corset



PROTEOR

Corset bivalve pour traitement d'une DRC en dorso- lombaire..

A l'intérieur de la valve postérieure on adjoint des mousses en paravertébral en regard de la cyphose dorso-lombaire pour améliorer la correction.



Milwaukee
Traitement scoliose
et anticyphose

Corset bivalve haut pour contrer l'évolution d'un thorax carinatum et d'une cyphose dorso-lombaire sur DRC



LA ROUGEUR VISIBLE PROVIENT DE L'APPUI DE LA VALVE ANTÉRIEURE
DU CORSET DEPUIS QUELQUES JOURS = PROTECTION CUTANÉE PAR
COMFEEL + AMÉNAGEMENT DU PLASTAZOTE EN REGARD DE LA CARÈNE
POUR LIMITER L'HYPER APPUI.

