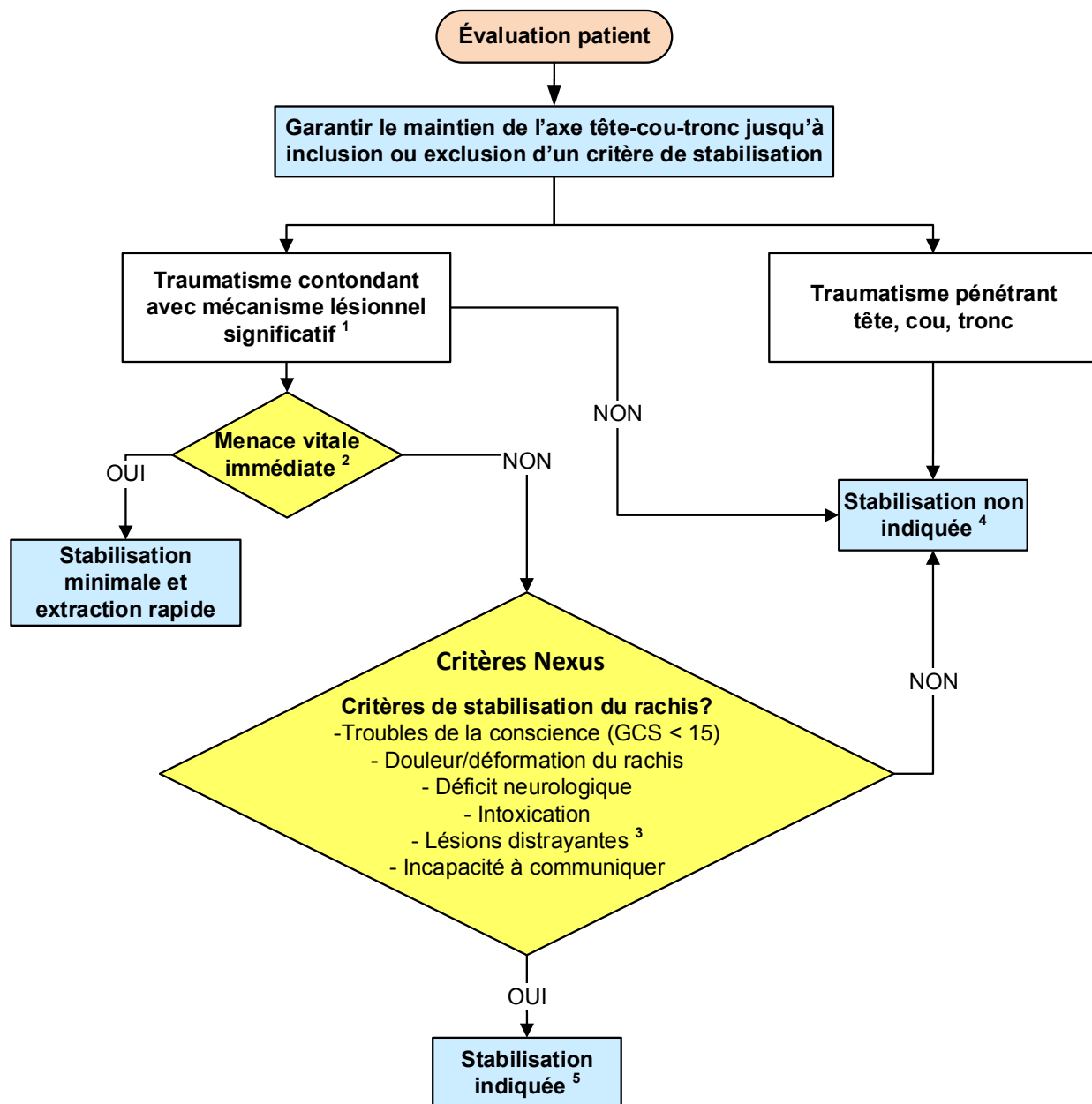


Critères de stabilisation du rachis



¹ **Mécanisme lésionnel significatif:** traumatisme dégageant une énergie suffisante pour produire une lésion du rachis. Exemples: impact violent de la tête, nuque, torse, pelvis, accélération ou décélération brutale, accident véhicule motorisé à moyenne/haute vitesse, éjection du véhicule, personne décédée dans le même véhicule. Piéton ou conducteur de 2 roues renversé ou impact à plus de 30 km/h, impliqué dans une explosion, chutes particulièrement chez une personne > 65 ans, plongeon en eaux peu profondes

² **Menace vitale immédiate:** VA compromises, FR < 10/min ou > 30/min, FC > 120/min, pouls radial absent, pas de réponse motrice à un ordre verbal.

³ **Toute lésion ou douleur ayant le potentiel d'empêcher le patient d'apprécier l'intégrité de son rachis.** Ex. fracture des os longs, large lacération, blessure viscérale, dégantement, lésion par écrasement, large brûlure, etc.

⁴ **La stabilisation est indiquée en cas de déficit neurologique avéré faisant suspecter une lésion médullaire.**

⁵ Cf. annexes.

Attention: en cas de douleur du rachis, même si le mécanisme lésionnel ne paraît pas significatif, une stabilisation du rachis est indiquée.

- Les patients présentant une potentielle lésion médullaire sur un traumatisme fermé doivent en règle générale être immobilisés. Plus largement, une **stratégie de manipulation précautionneuse** doit être observée chez les patients traumatisés, même lorsque la stabilisation n'est pas déclarée nécessaire.
- Les **critères de stabilisation** du rachis prennent en compte le **mécanisme lésionnel** et les critères **NEXUS**
- Les patients qui présentent un **traumatisme pénétrant isolé** ne doivent pas être immobilisés, sauf s'ils présentent un déficit neurologique avéré, faisant suspecter une lésion médullaire.
- **La stabilisation du rachis ne doit pas retarder ou empêcher des gestes pouvant sauver la vie d'un blessé.** Autrement dit, chez les patients présentant des menaces vitales immédiates : stabilisation minimale et transport rapide vers un hôpital pouvant prendre en charge les blessés sévères.
- Le maintien manuel de la tête devrait être effectué de manière systématique **lors de l'intubation**, tout en étant conscient du fait que l'oxygénation prime sur la position. Pour la médicalisation: préférer l'emploi de l'Airtraq ou d'un autre vidéolaryngoscope, qui augmente les chances de succès et diminue les contraintes sur la colonne cervicale.
- En ce qui concerne les **moyens de stabilisation du rachis**:
 - la **minerve rigide** reste la règle chez le patient intubé (et donc curarisé) afin de garantir au mieux le respect de l'axe tête-cou-tronc.
 - Chez le patient qui présente un trouble de l'état de conscience mais ne nécessite pas une intubation, la **minerve rigide est à employer avec discernement**. Elle peut en effet mener le patient à s'agiter et être ainsi la cause de mouvements bien plus délétères. D'autres moyens de stabilisation doivent être envisagés.
 - Dans toutes les autres situations, un moyen de stabilisation autre qu'une minerve rigide doit être privilégié (par exemple un **"padding"** ou un **autre moyen** intégré au matelas d'immobilisation). Pour les patients présentant une douleur cervicale dans le contexte d'un accident mais sans mécanisme lésionnel significatif, une minerve de type GIMATM peut être utilisée, également à but antalgique.
- Pour le **rachis dorsal et lombaire**, il n'existe pas d'outil de décision validé. En cas de suspicion de fracture dorsale ou lombaire, avec ou sans déficit neurologique, mobilisation du patient en bloc et transport dans un matelas coquille.
- L'utilisation d'un **matelas coquille** (matelas vacuum) comme moyen de stabilisation du rachis doit être privilégiée. La planche de type « spineboard » doit être réservée à des situations bien spécifiques et pour une courte durée, par exemple en cas de difficultés de relève ou d'extraction.
- Le «take-down» sur spineboard ne doit plus être effectué. Si un patient est debout, lui proposer de s'allonger directement sur le matelas coquille.
- Les **transferts** (du sol au brancard, ou de brancard à brancard à l'arrivée aux urgences) doivent être faits à l'aide d'une civière à aube.
- Un log-roll de 20-30° est suffisant pour effectuer une palpation du rachis ou un examen visuel (plaies, etc...). Le **log-roll** complet est inutile.
- **Transfert du brancard des ambulanciers (ou de l'hélicoptère) sur le brancard des urgences** : Dès son arrivée dans le box des urgences, sauf situation exceptionnelle, le patient est transféré sur le brancard des urgences, sur un "Trauma MatressTM". La transmission par l'équipe du pré-hospitalier peut être faite avant le transfert. Si le patient est immobilisé dans un matelas coquille, il est transféré au moyen d'une civière à aube. S'il est immobilisé sur une planche, il est transféré directement au moyen de la planche, qui est ensuite retirée.

Rédaction du document / Version 1.0 / octobre 2020 : Elisabeth Andereggen, Laurent Suppan, Philippe Dussoix

Ces recommandations ont été rédigées sur la base des documents suivants :

- 1.Algorithme « Critères de stabilisation du rachis ». Commission romandes de formation ambulancière (CORFA). Mise à jour 2019
- 2.Technique de soins immobilisation du rachis (préhospitalier). Département des urgences et département d'orthopédie-traumatologie, Réseau Hospitalier Neuchâtelois. 3.11.2019.
- 3.Procédure d'immobilisation du rachis aux urgences adultes. Département des urgences et département d'orthopédie-traumatologie, Réseau Hospitalier Neuchâtelois. Date d'application : 3 février 2010.
- 4.Moeri M, Rothenfluh DA, Laux C, Dominguez DE. Cervical spine clearance after blunt trauma : current state of the art. EFORT Open Rev 2020;5:253-259.
- 5.Ozainne F. & Billieux T. technique de retrait des moyens d'immobilisation du rachis. ESAMB, Avril 2004

Stabilisation du rachis /27.04.2021 / EA, LS, PhD