

Date :

Heure de survenue : / Heure du dernier repas :

Médecin requérant :

Centre :

Etiquette
patient

1. CONTEXTE PARTICULIER :

- Pédiatrie Accident de travail Accident de sport AVP haute cinétique
 AVP faible cinétique Chute demètre(s) Autres

2. CONTEXTE LESIONNEL

- Rachis isolé Polytraumatisme

3. TRAITEMENTS EN COURS:

Anticoagulant / antiagrégant :

4. URGENCE FONCTIONNELLE

L'URGENCE VITALE ASSOCIEE PRIME SUR L'URGENCE FONCTIONNELLE

Avis immédiat du chirurgien du Service de RECOURS et transfert au d'emblée sans avis préalable du chirurgien local si tableau typique (tétraplégie, paraplégie)

5. EXAMEN CLINIQUE INITIAL (N°1)

Heure de l'examen	TA	FC	SpO2	Glasgow	EVA	Score ASA

Lésions associées : TC

Autres :

Évaluation motrice

	D	G
C2		
C3		
C4		
C5		
C6		
C7		
C8		
T1		
T2		
T3		
T4		
T5		
T6		
T7		
T8		
T9		
T10		
T11		
T12		
L1		
L2		
L3		
L4		
L5		
S1		
S2		
S3		
S4-5		

Flexion du coude
 Extension du poignet
 Extension du coude
 Flexion du médius (P3)
 Abduction du 5^e doigt

0 = paralysie totale
 1 = contraction visible ou palpable
 2 = mouvement actif sans pesanteur
 3 = mouvement actif contre pesanteur
 4 = mouvement actif contre résistance
 5 = mouvement normal
 NT, non testable

Score «motricité» : /100
 Contraction anale : oui/non

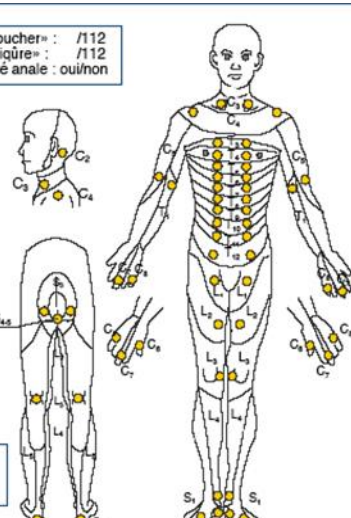
Flexion de la hanche
 Extension du genou
 Dorsiflexion de cheville
 Extension du gros orteil
 Flexion plantaire de cheville

Évaluation sensitive

Toucher		Piqûre	
D	G	D	G
C2		C2	
C3		C3	
C4		C4	
C5		C5	
C6		C6	
C7		C7	
C8		C8	
T1		T1	
T2		T2	
T3		T3	
T4		T4	
T5		T5	
T6		T6	
T7		T7	
T8		T8	
T9		T9	
T10		T10	
T11		T11	
T12		T12	
L1		L1	
L2		L2	
L3		L3	
L4		L4	
L5		L5	
S1		S1	
S2		S2	
S3		S3	
S4-5		S4-5	

Score «toucher» : /112
 Score «piqûre» : /112
 Sensibilité anale : oui/non

0 = absente
 1 = diminuée
 2 = normale
 NT, non testable



SCORE ASIA

A - Complète : aucune motricité ou sensibilité dans le territoire S4S5

B - Incomplète : la sensibilité mais pas la motricité est préservée au-dessous du niveau lésionnel, en particulier dans le territoire S4S5

C - Incomplète : la motricité est préservée au-dessous du niveau lésionnel et plus de la moitié des muscles testés au-dessous de ce niveau a un score < 3

D - Incomplète : ma motricité est préservée au-dessous du niveau lésionnel et plus de la moitié des muscles testés au-dessous de ce niveau a un score ≥ 3

E - Normale : la sensibilité et la motricité sont normales

6. IMAGERIE :

Radiographie <i>(F+ P couché, si traumatisme cervical, clichés complémentaires Face bouche ouverte)</i>	TDM	IRM
<ul style="list-style-type: none"> - Si traumatisme à douleur diffuse : radiographie du rachis complet - Si traumatisme à douleur localisée : radiographies spécifiques 	<ul style="list-style-type: none"> - D'emblée si critères de gravité (éjection d'un véhicule, autre passager décédé dans le même véhicule, chute > 6 m, haute cinétique >50km/h, victime projetée ou écrasée) ou polytraumatisé - Si doute à la radiographie - Exploration d'une fracture mise en évidence à la radiographie 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>A réaliser si présence de signes neurologiques</i>

Résultats :

.....

.....

.....

7. DECISION THERAPEUTIQUE

Rachis Cervical	<u>Entorse bénigne rachis cervical</u> : collier cervical, clichés dynamiques à 15 jours (sur avis spécialisé) + consultation orthopédie.
	Fracture isolée des épineuses : collier cervical, relecture cliché par chirurgien qui pose indication de clichés dynamiques à 15 jours + consultation orthopédie.
	Dans tous les autres cas (entorse grave, luxation, fracture du rachis cervical) : Avis chirurgical du service de RECOURS avec télétransmission des images
Rachis Dorso-Lombaire	Rachis stable : traitement orthopédique
	Rachis instable ou déformation : avis chirurgical spécialisé
	En pratique, avis chirurgical du service de RECOURS avec télétransmission des images si rachis instable ou moindre doute sur la stabilité des lésions (qu'il y ait des signes neurologiques ou non)
Critères D'instabilité	<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 50%;">- Ecart inter-épineux important <li style="width: 50%;">- Rupture du mur postérieur <li style="width: 50%;">- Perte de parallélisme des articulaires postérieures <li style="width: 50%;">- Angulation >15° entre le plateau inférieur d'une vertèbre et le plateau supérieur de la vertèbre sous jacente <li style="width: 50%;">- Antélisthesis
Critère déformation	Tout angle supérieur à 15° entre plateau sup et inf de la vertèbre = avis spécialisé (synthèse ou kyphoplastie)

Prise en charge décidée en accord avec le chirurgien spécialisé :

Collier cervical Corset Chirurgie Autre :

8. ORIENTATION

Hospitalisation locale Transfert Retour domicile

Etablissement : Service :

MODALITES DE TRANSFERT (En concertation avec le médecin régulateur et le chirurgien du service de RECOURS)

Moyen de transport : SMUR Ambulances Délai : en urgence différé

CONDITIONNEMENT

Immobilisation en rectitude (matelas-coquille à dépression, collier cervicale rigide)

VVP Antalgie Ventilation mécanique Sonde naso-gastrique Sonde urinaire

ANNEXE 1 : MODALITES DE TRANSFERT ET DELAI

En concertation avec le médecin régulateur et le chirurgien du service de recours

Délai de prise en charge	avec signes neurologiques : transfert en urgence
	sans signes neurologiques : transfert pouvant être différé en fonction de l'avis du chirurgien.
Transfert médicalisé	d'emblée à l'établissement de RECOURS en pré hospitalier devant tableau typique (tétraplégie, paraplégie)
	si lésions instables concernant le rachis cervical, à discuter si lésions instables concernant le rachis dorsal
Transfert par ambulances dans les autres cas	

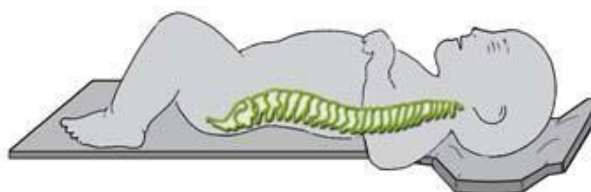
ANNEXE 2 : OBJECTIFS GENERAUX DE PEC DU PATIENT TRAUMATISE MEDULLAIRE

Tout traumatisé crânien et tout polytraumatisé est un traumatisé vertébro-médullaire jusqu'à preuve radiologique du contraire

- 1- Ramassage et immobilisation soignée du traumatisé vertébro-médullaire
- 2- **Objectifs hémodynamiques :**
 - Lutter contre l'hypo TA et la bradycardie : objectif PAM \geq 80 mmHg. En cas d'hypo TA, remplissage vasculaire, catécholamines. En cas de bradycardie, atropine.
 - Lutter contre l'HTA : objectif : PAM $<$ 110 mmHg car risque de majoration d'œdème, d'hémorragie médullaire...
- 3- **Réanimation respiratoire** : au minimum O2 nasal, si indication à l'intubation (Insuffisance respiratoire aiguë ou TC associé à GCS \leq 8) : induction en séquence rapide, absence de manœuvre de Sellick et stabilisation manuelle en ligne du rachis cervical
- 4- **Contrôle stricte de la glycémie**
- 5- **Lutter contre l'hyperthermie**
- 6- Prise en charge de la douleur
- 7- Traitement pharmacologique : pas d'indication à la corticothérapie

ANNEXE 3 : PARTICULARITES DE LA PEC DU TRAUMATISE DU RACHIS EN PEDIATRIE

- 1- Consentement des parents
- 2- Contexte traumatique pas toujours évident à préciser à l'interrogatoire
- 3- Position d'immobilisation différente de l'adulte chez l'enfant $<$ 6 ans : utiliser une technique qui relève le thorax de 2 à 4 cm et qui abaisse l'occiput (le plus simple, coussin sous les épaules, utilisation de billots)
- 4- Existence de lésions médullaires sans anomalies radiologiques associées = IRM
- 5- Imagerie : recours facile au TDM/IRM devant difficultés diagnostiques radiologiques en pédiatrie
- 6- Large place du traitement orthopédique



EXAMEN CLINIQUE N°2 - SI EVOLUTION PENDANT LA PRISE EN CHARGE

Heure de l'examen	TA	FC	SpO2	Glasgow	EVA	Score ASA

Évaluation motrice		Évaluation sensitive		SCORE ASIA	
C2	D G	Toucher	Piqûre	Score «toucher» : /112	<p>A – Complet : aucune motricité ou sensibilité dans le territoire S4S5</p> <p>B – Incomplet : la sensibilité mais pas la motricité est préservée au-dessous du niveau lésionnel, en particulier dans le territoire S4S5</p> <p>C- Incomplet : la motricité est préservée au-dessous du niveau lésionnel et plus de la moitié des muscles testés au-dessous de ce niveau a un score < 3</p> <p>D- Incomplet : ma motricité est préservée au-dessous du niveau lésionnel et plus de la moitié des muscles testés au-dessous de ce niveau a un score ≥ 3</p> <p>E- Normale : la sensibilité et la motricité sont normales</p>
C3		D G	D G	Score «piqûre» : /112	
C4		C2	C2	Sensibilité anale : oui/non	
C5	Flexion du coude	C3	C3		
C6	Extension du poignet	C4	C4		
C7	Extension du coude	C5	C5		
C8	Flexion du médius (P3)	C6	C6		
T1	Abduction du 5 ^e doigt	C7	C7		
T2		C8	C8		
T3	0 = paralysie totale	T1	T1		
T4	1 = contraction visible ou palpable	T2	T2		
T5	2 = mouvement actif sans pesanteur	T3	T3		
T6	3 = mouvement actif contre pesanteur	T4	T4		
T7	4 = mouvement actif contre résistance	T5	T5		
T8	5 = mouvement normal	T6	T6		
T9	NT, non testable	T7	T7		
T10		T8	T8		
T11	Score «motricité» : /100	T9	T9		
T12	Contraction anale : oui/non	T10	T10		
L1		T11	T11		
L2	Flexion de la hanche	T12	T12		
L3	Extension du genou	L1	L1		
L4	Dorsiflexion de cheville	L2	L2		
L5	Extension du gros orteil	L3	L3		
S1	Flexion plantaire de cheville	L4	L4		
S2		L5	L5		
S3		S1	S1		
S4-5		S2	S2		
		S3	S3		
		S4-5	S4-5		
				0 = absente	
				1 = diminuée	
				2 = normale	
				NT, non testable	

Contacts :			
CHU REIMS	Service d'Orthopédie	Standard (<i>demandeur interne de garde</i>) 03 26 78 78 78	
CHU NANCY	Service de Neurochirurgie	Ligne médicale 03 83 85 93 07	Ligne Soignants 03 83 85 93 97
CHU DIJON	Service de Neurochirurgie	Interne 03 80 29 52 00	Neurochirurgien 03 80 28 12 26 - Poste 81226
CHU MONTGODINE (Belgique)	Service de Neurochirurgie	Urgences 0032 81 42 31 00	

Référence :

- 1- Conférence d'expert – Prise en charge d'un blessé adulte présentant un traumatisme vertébro médullaire. Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar) 2004.
- 2- Spinal cord injury--prehospital management. Bernhard M, Gries A, Kremer P, Böttiger BW. Resuscitation 2005; 66: 127-39.
- 3- Management of brain and spine injuries. Chestnut RM. Crit CareClin 2004; 20: 25-55.
- 4- Traumatismes du rachis et des membres. Haberer JP. In : Samii K Ed. Anesthésie Réanimation Chirurgicale. Flammarion Médecine Sciences. 1990.
- 5- L'hôpital sur les lieux de l'accident : prise en charge initiale du blessé médullaire potentiel. F. Lafleur, N. Nekhili, T. Paule, J-L. Sebbah. Le rachis traumatique : Actualités 2001 ; 21-29.