

D.I.U M.U.M GRENOBLE 2006-2008

**ASSOCIATION COLLIER CERVICAL ET
ATTELLE CERVICO-THORACIQUE
EN PRATIQUE DE SECOURS EN
MONTAGNE**

**A PROPOS D'UN CAS DE TRAUMATISME
CERVICAL**

Fabienne GRAILLES

PLAN



I/ Cas Clinique

II/ Discussion

- 1) Epidémiologie des TVM
- 2) Prise en charge pré-hospitalière
 - a) évaluation des fonctions vitales
 - b) identification du niveau lésionnel
 - c) immobilisation rachidienne
 - d) la douleur
- 3) Attelle cervico-thoracique
- 4) Comparaison radiologique sur sujet sans lésion

I/ Cas clinique

- Mr Pierre L, 56 ans
 - Chute lors d'une descente en VTT, casqué
 - Douleurs cervico-dorsales

Envoi d'une équipe héliportée, médecin non disponible

A red and white rescue helicopter is parked on a concrete landing pad. The helicopter has "SECURITE CIVILE" written on its side. The background shows a mountainous landscape under a cloudy sky.

Prise en charge pré-hospitalière:

- mise en place collier cervical SOBER™

>> soulagement de la douleur

- mise en place du KED™

>> réapparition de la douleur

A red helicopter is parked on a landing pad. The background shows a mountain range under a cloudy sky. The helicopter's main rotor blades are visible, and the fuselage is red with some yellow accents. The text is overlaid on the image.

Bilan hospitalier:

- parésie du membre supérieur droit,
- paresthésies territoire radial droit,
- fracture de C2, avec contusion médullaire

Traitement: orthopédique et rééducation

II/ Discussion

1) Epidémiologie des TVM

- causes: *AVP, Chutes, Sports, Violence*
- localisations: lombaire, cervicale, thoracique, sacrée
- En Isère, ces trois dernières années:

Accidents de VVT pris en charge par le secours en montagne

	2005	2006	2007
CRS	13	14	21
PGHM	10	17	25
Total	23	31	46

2) Prise en charge pré-hospitalière

- a. évaluation des fonctions vitales:

Respiratoires

- de cause thoracique (par rapport au traumatisme)
- de cause neurologique

Circulatoires

- recommandations de la SFAR 2003: TAs > 90 mmHg

Neurologiques

- Score de Glasgow
- Recherche d'une compression médullaire

b) identification du niveau

- fiche de score ASIA
- premier examen avant consolidation, puis reproduction
- particularités du secours

Le bilan initial est simplifié puis second

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 médus (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

Score ASIA

Identité du patient

Date de l'examen

Niveau neurologique¹ (Sensitif droite gauche
(Moteur droite gauche

¹Segment le plus caudal ayant une fonction normale

lésion médullaire²: Complète ou incomplète

² Caractère incomplet défini par une motricité ou une sensibilité du territoire S4-S5

Échelle d'anomalie ASIA: A B C D E

A = complète : aucune motricité ou sensibilité dans le territoire S4-S5
B = incomplète : la sensibilité mais pas la motricité est présente au-dessous du niveau lésionnel, en particulier dans le territoire S4-S5
C = incomplète : la motricité est présente au-dessous du niveau lésionnel et plus de la moitié des muscles testés au-dessous de ce niveau à un score < 3
D = incomplète : la motricité est présente au-dessous du niveau lésionnel et au moins la moitié des muscles testés au-dessous du niveau à un score ≥ 3
E = normale : la sensibilité et la motricité sont normales

Préservation caudale³ (Sensitif droite gauche
(Moteur droite gauche

³ Extension caudale des segments partiellement intacts

Syndrôme clinique:

Brown-Sequard
Moelle antérieure
Cône terminal

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



c) Immobilisation du rachis

- maintien de l'axe tête-cou-tronc
- collier cervical avec appui en trois points associé au matelas à dépression
- place du KED™

d) Douleur = signe important

3) Attelle cervico-thoracique

- origine: accidentologie des courses automobiles (KED™)
- permet extraction rapide en milieu hostile



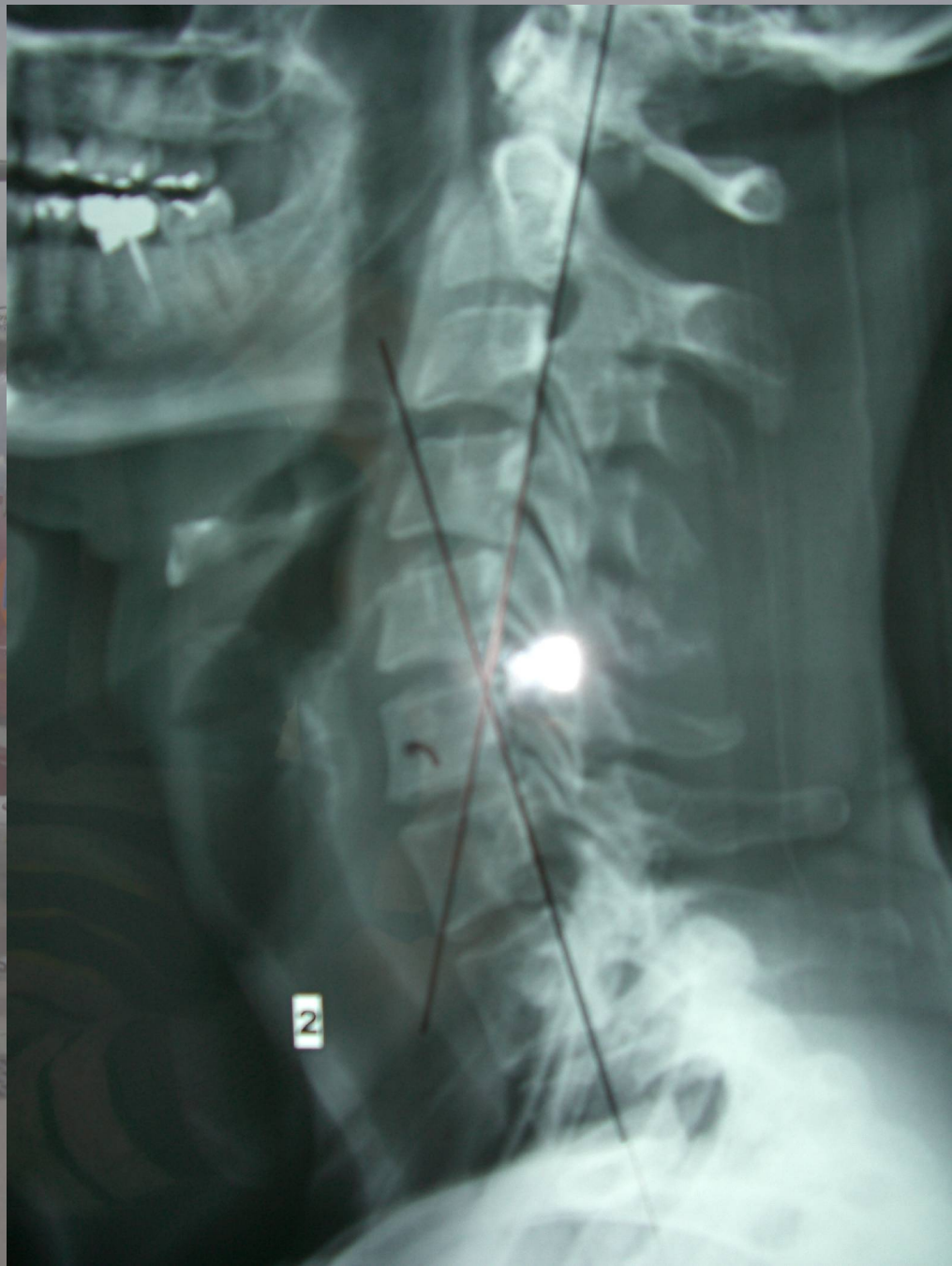
4) Comparaison radiologique sur sujet sans lésion

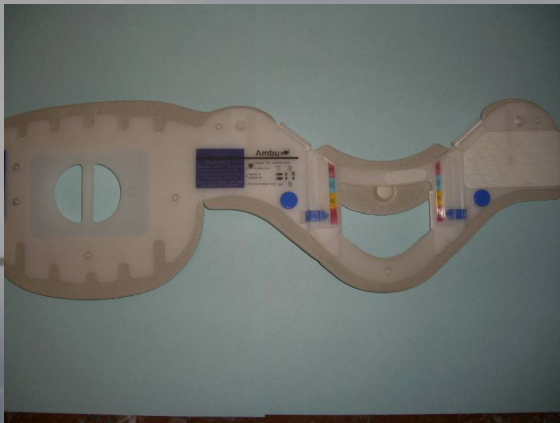
- Stif-Neck™
- Sober™
- Perfit™

+ KED™ => mesure des angles

Meilleure rectitude avec colliers cervicaux réglables







Conclusion

- Cas potentiellement de + en + fréquents
- Importance de la prise en charge pré-hospitalière
 - *Collier cervical réglable*
 - *Place du KED™ en secours en montagne*
 - *Importance du signe « douleur »*
 - *Présence du médecin dans l'équipe +++*