

Centres de traumatologie

Prise en charge au département d'urgence du patient adulte souffrant d'une lésion aiguë de la moelle épinière

- Il est fortement recommandé d'appeler la ligne de traumatologie DÈS QUE POSSIBLE, afin d'optimiser la phase de soins au département d'urgence et à la phase de transfert.
 - Les délais de transfert aux centres spécialisés en neurochirurgie doivent être évités.
 - Une tomodensitométrie Pan (*pan CT scan*) est habituellement recommandé dans le cas d'une lésion de la moelle épinière.
 - Le patient doit être déshabillé et placé en jaquette avec insertion de deux voies intraveineuses et une sonde urinaire à débitmètre.
- On doit maintenir la restriction du mouvement de la colonne vertébrale et limiter les transferts car les signes et symptômes laissent présumer la présence d'une instabilité de la colonne vertébrale.
- Noter le niveau de sensation, la force motrice des membres et les composantes individuelles de l'échelle de Glasgow; ouverture des yeux, la réponse verbale et la meilleure réponse motrice.

En cas de choc neurogénique (blessure à la vertèbre T6 ou plus haut) : Veiller EXCLURE d'abord les autres blessures pouvant causer une hypotension.

- Prise en charge d'un patient en choc neurogénique :
 - Prévenir l'hypotension; viser une tension artérielle moyenne (TAM) > 85-90.
 - Prévenir l'hypoxémie; viser une saturation d'O₂ ≥ 93 %.
 - Limiter l'administration de solutés cristalloïdes.
 - Envisager l'utilisation de vasopresseurs tôt dans le processus.
 - **Il est également essentiel de fournir une analgésie.**
 - Si le patient est tétraplégique :
 - Précaution à prendre envers l'intubation : être vigilant à la bradycardie et d'un éventuel arrêt cardiaque. Jusqu'à 30 % des patients tétraplégiques deviennent hypotendus pendant l'induction.
 - Intubation endotrachéale effectuée avec restriction du mouvement au niveau cervical (laryngoscopie par vidéo ou techniques par fibre optique de préférence).
 - Si le patient est intubé : assurer le placement d'un tube orogastrique.
- Révision avec le traumatologue, le neurochirurgien ou l'intensiviste du/des:
 - Mécanisme de blessure.
 - État neurologique et niveau de la blessure.
 - Envisager l'utilisation de l'échelle de sévérité d'American Spinal Injury Association (ASIA).
 - Exigences en matière d'imagerie et planification d'une IRM de la colonne vertébrale
 - Paramètres ciblés de la tension artérielle et de la TAM.
 - Traitement d'une bradycardie symptomatique.
 - Choix de vasopresseur.
 - Si le patient est intubé : paramètres ciblés de l'échelle de vigilance-agitation de Richmond (RASS) et de PCO₂ à fin d'expiration (ETCO₂).
 - Ordonnances de transfert par écrits.
 - À noter : Ces patients ont besoin, au minimum, un infirmier(ère) immatriculé(e) pour effectuer le transfert.