

Examen du traumatisé rachidien

Tout blessé inconscient / confus / traumatisé grave / traumatisé crânien / souffrant du dos
= Traumatisé rachidien JPC

Maintien de l'axe crano-rachidien en rectitude permanente

→ Coquille / plan dur et collier cervical rigide jusqu'à l'examen clinique

→ Mobilisation monobloc de la tête et du tronc

→ Ablation du collier cervical possible avec maintien de la tête dans l'axe par l'examineur

Interrogatoire

❖ Anamnèse

◆ Heure et date de survenue

◆ Circonstances :

- Chute → Hauteur, points d'impact principal et secondaire(s), PDC...
- AVP → VL / 2 roues / piéton, ceinture / appui tête / casque, éjection, tonneau(x)...
- Plongeon en eau peu profonde, rugby...

◆ Cinétique

○ = Appréciation globale

○ Cinétique élevée :

- Chute d'une hauteur ≥ 5 mètres
- AVP avec décélération brutale, projection du véhicule, éjection du blessé, personne décédée dans le véhicule...
-

○ Attention aux AVP à risque : 2 roues, quad, piéton / VL, absence de ceinture ou casque...

◆ Mécanisme :

- Direct (choc postérieur / antérieur / apical) / indirect
- **Hyperflexion / hyperextension / compression axiale / rotation**
- **Association ++**

◆ Mobilisation / verticalisation seul avant l'arrivée des secours

❖ Signes fonctionnels

- ◆ Cervicalgie spontanée
- ◆ Attitude vicieuse (torticolis)
- ◆ Sensation de craquement ou d'instabilité
- ◆ Paralyse (transitoire / installée)
- ◆ Paresthésies / dysesthésies

Tout patient dont l'état de vigilance ne permet pas l'interrogatoire est suspect d'une lésion rachidienne

Examen clinique

Examen clinique complet systématique à la recherche de lésions associées

❖ Défaillance vitale immédiate ?

- ◆ Sur traumatisme médullaire (défaillance respiratoire, ACR...)
- ◆ Sur lésions associées ++ (traumatisé grave)

❖ Rachidien → Examen de l'ensemble du rachis

- ◆ Douleur à la palpation (+/- percussion) des épineuses
- ◆ Contracture paravertébrale
- ◆ Plaie ou ecchymose
- ◆ Désaxation, déformation ou voussure (rare en pratique)
- ◆ Ecart interépineux disharmonieux (rare en pratique)

❖ **Neurologique → Rigoureux, Consigné par écrit avec l'heure, Répété**

- ◆ Etat de conscience, pupilles
- ◆ Recherche d'une atteinte bulbaire / nerfs crâniens (rachis cervical supérieur)
- ◆ Recherche d'une atteinte médullaire / radiculaire :
 - Motricité volontaire
 - Réflexes ostéotendineux et cutanés plantaires
 - Sensibilité épicrotique, proprioceptive, thermo-algique
 - Troubles végétatifs : hémodynamiques, RAU

→ **Détermination du niveau neurologique** (sensitif et moteur)
 → **Échelle de déficience ASIA**

Doute sur atteinte médullaire ou radiculaire = Examen périnéal indispensable
 → **Sensibilité périnéale et tonicité du sphincter (→ TR)**

Atteinte médullaire chez le patient inconscient ?
 → **Rechercher hTA, bradycardie, priapisme, béance anale, disparition des ROT**

Imagerie

- ◆ **Radiographie :**
 - Rachis cervical : **Face, profil et face bouche ouverte**
 - Rachis thoraco-lombaire : **Face et profil**
- ◆ **Scanner (gold standard) : Indications larges**
- ◆ Pas d'IRM en 1^{ère} intention

Indication de l'IRM aux urgences ?

- ◆ 1 seule : **troubles neurologiques (objectifs) ET scanner normal**
- ◆ Après avis neurochirurgical
- ◆ Recherche d'un hématome épidual, d'une hernie discale post-traumatique, d'un hématome intra-médullaire, d'une atteinte ligamentaire pure

Indication de l'IRM aux urgences ?

- ◆ 1 seule : **troubles neurologiques ET scanner normal**
- ◆ Après avis neurochirurgical
- ◆ Recherche d'un hématome épidual, d'une hernie discale post-traumatique, d'un hématome intra-médullaire, d'une atteinte ligamentaire pure