

Déclaration de consensus :

Guide de pratique clinique sur les lésions à la colonne cervicale Mai 2017

Participants :	
Ian Watson, directeur administratif, PTNB	D ^r Graeme Young, urgentologue, HDEC
D ^{re} Tracey Chesser-Murphy, urgentologue, HM	D ^r Christian Dufour, urgentologue, Hôpital régional de Campbellton
Ann Hogan, coordonnatrice de traumatologie, HRSJ, PTNB	D ^r Martin Robichaud, urgentologue, CHUDGLD
Sue Benjamin, infirmière de traumatologie, HRSJ, PTNB	D ^r Andrew Lohoar, urgentologue, HRSJ
D ^r Michel Nowlan, urgentologue, Grand-Sault	D ^{re} Joanna Middleton, urgentologue, HRSJ
D ^r Pierre LeBlanc, urgentologue, Stella-Maris	Eric Beairsto, gestionnaire, Formation et assurance de la qualité, ANB
D ^r Gaétan Gibbs, urgentologue, Edmundston	D ^r Tushar Pische, directeur médical provincial d'ANB, et directeur médical par intérim du PTNB
D ^r Eugene Mah, urgentologue, Miramichi	Janice Kenney, I.I., B.Sc.Inf., gestionnaire de cas de neurochirurgie, HRSJ
D ^r Neil Manson, chirurgien orthopédiste, HRSJ	Groupe de neurochirurgie, HM (D ^r Robert Adams, D ^r Dhany Charest, D ^r C. Fawaz)
Groupe de neurochirurgie, HRSJ (D ^r George Kolyvas, D ^r Naj Attabib, D ^r André Leroux)	D ^r Simon Walling, Division de neurochirurgie; Hôpital pour enfants IWK, Halifax, N.-É.
D ^{re} Cherie-Lee Adams, urgentologue, HRSJ	

Éléments pris en considération avant l'élaboration de la déclaration de consensus :

1. UptoDate: Evaluation and acute management of cervical spinal column injuries in adults. Wolters Kluwer; www.uptodate.com; dernière révision le 21 septembre 2015. Examen des documents jusqu'à octobre 2015.
2. Como JJ, Diaz JJ, Dunham CM, et al. Practice management guidelines for identification of cervical spine injuries following trauma: update from the Eastern Association for the Surgery of Trauma Practice, Guidelines Committee. J Trauma 2009; 67:651.
3. UptoDate: Evaluation of cervical spine injuries in children and adolescents. Wolters Kluwer; www.uptodate.com; dernière mise à jour le 20 octobre 2014. Examen des documents jusqu'à janvier 2016.
4. Chung,S, Mikrogianakis, A, Wales, P, et al., Sous-comité pédiatrique de l'Association canadienne de traumatologie, National Pediatric Cervical Spine Evaluation Pathway: Consensus Guidelines. J Trauma 2011; 70:873.
5. Stiell IG, Clement CM, McKnight RD, et al. The Canadian C-spine rule versus the NEXUS low-risk criteria in patients with trauma. N Engl J Med. 2003; 349: 2510-2518
6. Patel, Mayur B.; Humble, Stephen S.; Cullinane, Daniel C.; et al. Cervical spine collar clearance in the obtunded adult blunt trauma patient. J Trauma 2015; 78(2): 430-441
7. Michaleff, Zoe A, Maher, Chris G, Verhagen, Arlanne P, et al. Accuracy of the Canadian C-Spine Rule and NEXUS to screen for clinically important cervical spine injury in patients following blunt trauma: a systematic review. CMAJ: 2012; 184(16); Nov. 6; DOI 10-1503
8. Muchow, Ryan D, Resnick, Daniel, Abdel, Matthew P, et al. Magnetic Resonance imaging (MRI) in the Clearance of the Cervical Spine in Blunt Trauma: A Meta analysis. J Trauma: 2008; 64(1) 179

9. Ackland, HM, Cameron, PA. Cervical spine assessment following trauma. *Australian Family Physician*. April 2012; 41(4).
10. Guidelines for the Management of Acute Cervical Spine and Spinal Cord Injuries. *Neurosurgery*: March 2013; 72(3) supplement.
11. Clinical Practice Guidelines of Blunt Trauma of the Cervical Spine. Hôpital régional de Saint John : rapport du comité spécial; août 2013.
12. Broomberg, William J, Collier, Bryan C, Dickel. Larry N, et al. Blunt Cerebrovascular Injury Practice Management Guidelines: The Eastern Association for the Surgery of Trauma. *J Traums*: Feb. 2010; 68(2).
13. Stiell, Ian G, Clement, Catherine M, O'Connor Annette, et al. Multicentre prospective validation of use of the Canadian C-Spine Rule by triage nurses in the Emergency Department. *CMAJ*: Aug. 10 2010; 182(11).
14. The College of Emergency Medicine: London, UK. Guidelines on the management of alert, adult patients with potential cervical spine injury in the Emergency Department. Nov. 2010.
15. Stiell, Ian G, Wells GA, Vandemheen KL. The Canadian C-spine rule for radiography in alert and stable trauma patients. *JAMA*. 2001 Oct. 17;286(15):1841-8.
16. Hoffman JR, Wolfson AB, Todd K, Mower WR (1998). "Selective cervical spine radiography in blunt trauma: methodology of the National Emergency X-Radiography Utilization Study (NEXUS)". *Ann Emerg Med*. 32 (4): 461–9.
17. Pediatric Trauma Society: Florida, US. Initial Evaluation of a Patient at Risk for Cervical Spine Injury. Accessed Dec. 12, 2016: <http://pediatrictraumasociety.org/multimedia/files/clinical-resources/C-Spine-5.pdf>

PRÉAMBULE

La présente déclaration de consensus est un guide de pratique clinique à l'intention des patients victimes de traumatismes qui ont subi une lésion de la colonne cervicale à la suite d'un traumatisme, sous la forme de lésion isolée ou d'un ensemble de lésions. Elle est fondée sur les pratiques exemplaires et les données scientifiques généralement acceptées et prend appui sur les pratiques déjà en usage dans la province. Elle reconnaît que la géographie, la population et la disponibilité des services spécialisés au Nouveau-Brunswick offrent une perspective unique à considérer dans toute recommandation globale touchant aux soins à prodiguer à ces patients.

CHAMP D'APPLICATION

La présente déclaration de consensus traite de l'orientation préférée pour les patients adultes et les patients d'âge pédiatrique que l'on soupçonne d'avoir subi une lésion aiguë à la colonne cervicale à la suite d'un traumatisme, y compris des fractures stables ou instables à la colonne cervicale. Cela englobe l'orientation touchant les soins aigus, le transfert et le suivi des patients après leur congé du service d'urgence. La gestion des fractures thoraco-lombaires ne fait pas partie du champ d'application du présent document.

CONTEXTE

1. Les lésions à la colonne cervicale touchent de 2 à 6,6 % des patients adultes et de 1 à 3 % des patients d'âge pédiatrique qui ont subi un traumatisme contondant. Les rapports révèlent que de 4 à 8 % des lésions importantes à la colonne cervicale seront manquées ou retardées.
2. En ce moment, les lignes directrices recommandent d'utiliser un collet en milieu préhospitalier et lors du transfert entre établissements, en attendant d'avoir exclu la présence de lésions à la colonne cervicale. Dans le cas des patients qui doivent être transférés à un autre établissement pour un diagnostic définitif

et des soins, il peut être nécessaire de leur faire porter un collet cervical rigide durant leur séjour dans le premier service d'urgence (SU). Le collet cervical rigide est acceptable, à la condition de l'enlever le plus rapidement possible. L'idéal serait de l'enlever dans les 24 heures. Si le collet cervical rigide demeure nécessaire, il est recommandé de le remplacer par un collet cervical de type Aspen dès que possible.

3. Le collet cervical rigide peut entraîner des complications, comme le risque de plaie de lit, de pression intracrânienne accrue, de restriction des voies respiratoires et de l'accès veineux. Il faut enlever le collet cervical rigide dès que l'on a exclu la présence de lésions à la colonne cervicale, même chez les patients intubés ou dont la sensibilité est émoussée.
4. Un algorithme suggéré concernant l'exclusion de la présence de lésions à la colonne cervicale chez les patients d'âge pédiatrique qui peuvent offrir une rétroaction fiable et non fiable qui provient de la Pediatric Trauma Society se trouve à l'annexe A. Il est recommandé de consulter tôt un neurochirurgien ou un chirurgien-pédiatre de la colonne dans le cas des enfants de moins de 8 ans et de faire très attention dans le cas des patients de moins de 2 ans.
5. Chez les patients dont la sensibilité est émoussée et chez les patients intubés, une méta-analyse de la tomodensitométrie par rapport aux radiographies ordinaires de la colonne cervicale révèle une sensibilité de 98 % dans le cas de la tomodensitométrie par rapport à 58 % et même 38 %, dans le cas des radiographies ordinaires. Par conséquent, il est recommandé de faire la tomodensitométrie de la colonne cervicale chez tous les patients dont la sensibilité est émoussée ou qui sont intubés, ainsi que chez ceux qui pourraient avoir subi une lésion importante à deux des parties du corps suivantes : la tête, la poitrine ou l'abdomen.

Une tomodensitométrie de la colonne cervicale, y compris de l'occiput à la deuxième vertèbre thoracique, avec des vues axiales, coronales et sagittales, est grandement prédictive des lésions osseuses (>95 %) et ligamenteuses, même chez les patients dont la sensibilité est émoussée ou qui sont intubés. Le risque de manquer une lésion instable ou importante sur le plan clinique avec une tomodensitométrie de qualité supérieure est de 0,04 à 0,2 %.

6. Chez les patients dont la sensibilité est émoussée, l'IRM n'offre pas d'avantages importants, sauf chez les patients ayant un déficit neurologique ou manifestant des signes d'instabilité de la colonne cervicale. À l'étape des soins d'urgence, il ne faut pas envisager l'IRM, sauf si le chirurgien orthopédiste de la colonne ou le neurochirurgien le recommande.
7. Chez les patients d'âge pédiatrique, dans la mesure du possible, il faut utiliser des radiographies de qualité supérieure pour réduire le risque associé au rayonnement. Il faut réserver la tomodensitométrie aux patients pour lesquels un niveau élevé de soupçon clinique ou radiologique de lésion demeure, ceux pour qui on n'a pas obtenu d'imagerie adéquate ou ceux qui pourraient avoir subi une lésion importante à deux des parties du corps suivantes : la tête, la poitrine ou l'abdomen.
8. Les patients de moins de 8 ans courent un plus grand risque de lésion au haut de la colonne cervicale. Les patients d'âge pédiatrique qui subissent une tomodensitométrie de la tête pour un traumatisme isolé à la tête devraient également faire l'objet d'une imagerie de la première à la troisième vertèbre cervicale durant la même tomodensitométrie.
9. En général, la mobilisation précoce des patients ayant subi des lésions à la colonne cervicale qui sont admis, y compris ceux qui sont atteints de déficits neurologiques qui ont été stabilisés, est associée à moins de complications et à de meilleurs résultats.

10. Au Nouveau-Brunswick, on peut consulter un spécialiste de la colonne ou un neurochirurgien pour

discuter de stabilité, de symptomatologie neurologique et de conclusions ou de toute autre question relative à la prise en charge des patients ayant subi des lésions à la colonne cervicale. Il est recommandé d'appeler le Système d'aiguillage sans frais pour les traumatismes.

RECOMMANDATIONS

Avant l'hospitalisation : patients adultes et patients d'âge pédiatrique

1. La déclaration de consensus du Programme de traumatologie du Nouveau-Brunswick : Utilisation préhospitalière et interhospitalière de planches dorsales longues (novembre 2014, en ligne à l'adresse www.nbtrauma.ca). On y donne également des conseils sur l'utilisation des collets rigides et des civières cuillères. Les conseils sont mis à jour.
2. Il n'est pas recommandé d'exclure la présence de lésions à la colonne cervicale avant l'hospitalisation chez les patients de moins de 16 ans.
3. Dans les cas de patients âgés de 16 ans ou plus qui sont éveillés et coopératifs et qui n'ont pas de symptômes ou de troubles neurologiques, la règle c-spine canadienne concernant la radiographie de la colonne cervicale devrait être suivie. Si l'on exclut la présence de lésions à la colonne cervicale, ces patients n'ont pas besoin d'un collet ou d'une autre forme d'immobilisation.

Service d'urgence : patients adultes (âgés de 16 ans ou plus)

1. Aux patients adultes qui sont éveillés et coopératifs et qui n'ont pas de symptômes ou de troubles neurologiques, le Programme de traumatologie du Nouveau-Brunswick recommande l'utilisation de la règle c-spine canadienne concernant la radiographie de la colonne cervicale (annexe B) dans le but d'exclure les lésions à la colonne cervicale. L'application nécessite un examen physique par une personne compétente qui comprend le mécanisme de blessure et qui respecte la règle. L'imagerie pourrait ne pas être nécessaire, et on pourra enlever le collet chez les patients exclus grâce à l'utilisation appropriée de la règle. Les patients chez qui on n'a pas exclu la présence de lésions à la colonne cervicale doivent continuer de porter le collet rigide et faire l'objet d'une imagerie.
2. Chez les patients adultes à faible risque, on peut faire des radiographies à trois vues dans le cas de préoccupations cliniques concernant la présence de lésions à la colonne cervicale, la tomodensitométrie étant la modalité d'imagerie préférée.
3. Tous les patients que l'on considère à risque élevé de lésions à la colonne cervicale devraient faire l'objet d'une tomographie axiale avec reconstructions coronales et sagittales. Les conclusions positives méritent d'envisager l'imagerie de la colonne au complet. Voici quelques-uns des types de patients :
 - a. patients symptomatiques,
 - b. patients manifestant une dégénérescence importante de la colonne,
 - c. patients atteints de déficit neurologique, y compris ceux qui se plaignent de paresthésie.
 - d. patients dont la sensibilité est émoussée ou ceux qui sont intubés ou sous sédation chimique.
4. Les patients âgés et les patients atteints d'une dégénérescence de la colonne, comme la spondylarthrite ankylosante, justifient un seuil inférieur en vue de l'imagerie par tomodensitométrie.

Service d'urgence : patients d'âge pédiatrique (de moins de 16 ans)

1. Les patients d'âge pédiatrique et les patients adolescents chez qui on soupçonne un traumatisme à la colonne cervicale peuvent être évalués à l'aide de l'algorithme de l'annexe A. Les cas de patients d'âge pédiatrique chez qui on n'a pas exclu la présence de lésions à la colonne cervicale de cette manière doivent faire l'objet de discussions avec un chirurgien orthopédiste de la colonne ou un neurochirurgien en appelant le Système d'aiguillage sans frais pour les traumatismes.
2. Les patients d'âge pédiatrique à risque élevé de lésion à la colonne cervicale doivent faire l'objet d'une tomodensitométrie. Cette recommandation comprend les patients d'âge pédiatrique chez qui la tomodensitométrie des autres structures est effectuée. Il est suggéré de consulter rapidement un chirurgien orthopédiste de la colonne ou un neurochirurgien en appelant le Système d'aiguillage sans frais pour les traumatismes.
3. Si la tomodensitométrie est négative, l'IRM devrait être réservée aux patients qui ont des symptômes persistants de déficit neurologique, en consultation avec un chirurgien orthopédiste de la colonne ou un neurochirurgien. L'IRM est supérieure aux radiographies de la flexion et de l'extension pour déterminer les dommages ligamenteux.
4. Les radiographies de la flexion et de l'extension de la colonne cervicale ne sont pas recommandées pour les traumatismes aigus.

Stabilité de la fracture de la colonne cervicale

1. Dans le cas de tout patient soupçonné d'avoir une fracture instable de la colonne cervicale, il faut maintenir l'alignement vertébral en position couchée sur le dos jusqu'à ce que l'on détermine la stabilité.
2. Il faut déterminer les questions de stabilité de fracture, sur le plan radiographique ou clinique, en consultation avec un chirurgien orthopédiste de la colonne ou un neurochirurgien. Il est recommandé d'appeler le Système d'aiguillage sans frais pour les traumatismes.

Prise en charge : patients adultes

1. Dans le cas de patients atteints de lésions instables à la colonne cervicale ou qui ont un déficit ou des symptômes neurologiques, il faut appeler rapidement le Système d'aiguillage sans frais pour les traumatismes.
2. Il faut enlever les collets rigides dès que l'on a exclu la présence de lésions à la colonne cervicale, même chez les patients intubés ou dont la sensibilité est émoussée.
3. Les patients ayant subi une fracture à la colonne cervicale ne peuvent être autorisés à quitter le SU qu'après consultation avec un chirurgien orthopédiste de la colonne ou un neurochirurgien en appelant le Système d'aiguillage sans frais pour les traumatismes. On peut recommander un collet de type Aspen (annexe C).
4. Il faut recommander aux patients ayant reçu leur congé du SU à la suite de l'exclusion de la présence

de lésions à la colonne cervicale de consulter leur fournisseur de soins primaires.

5. Il faut recommander aux patients ayant reçu leur congé du SU qui ont des fractures stables à la colonne cervicale de consulter un chirurgien orthopédiste de la colonne ou un neurochirurgien pour un suivi dans le délai de 2 à 4 semaines.
6. Lors du congé du patient du SU, le PTNB encourage les urgentologues à prendre les mesures suivantes :
 - a. Discuter avec le patient des exigences en matière d'analgésie;
 - b. En consultation avec le chirurgien orthopédiste de la colonne et le neurochirurgien consultant, présenter des conseils particuliers sur les restrictions touchant les activités de la vie quotidienne.

Communication

1. Il faut documenter les conseils échangés entre les urgentologues, les chirurgiens orthopédistes de la colonne et les neurochirurgiens consultants ainsi que les médecins traitants. Les conseils donnés doivent également être facilement accessibles aux fournisseurs de soins de santé du cercle de soins du patient.

Niveau des preuves selon la méthode GRADE :

Niveau 2 :

La recommandation est raisonnable et justifiable par les preuves scientifiques existantes et fortement appuyée par les experts en la matière. Elle est habituellement appuyée par des preuves de niveau 2 ou de solides preuves de niveau 3.

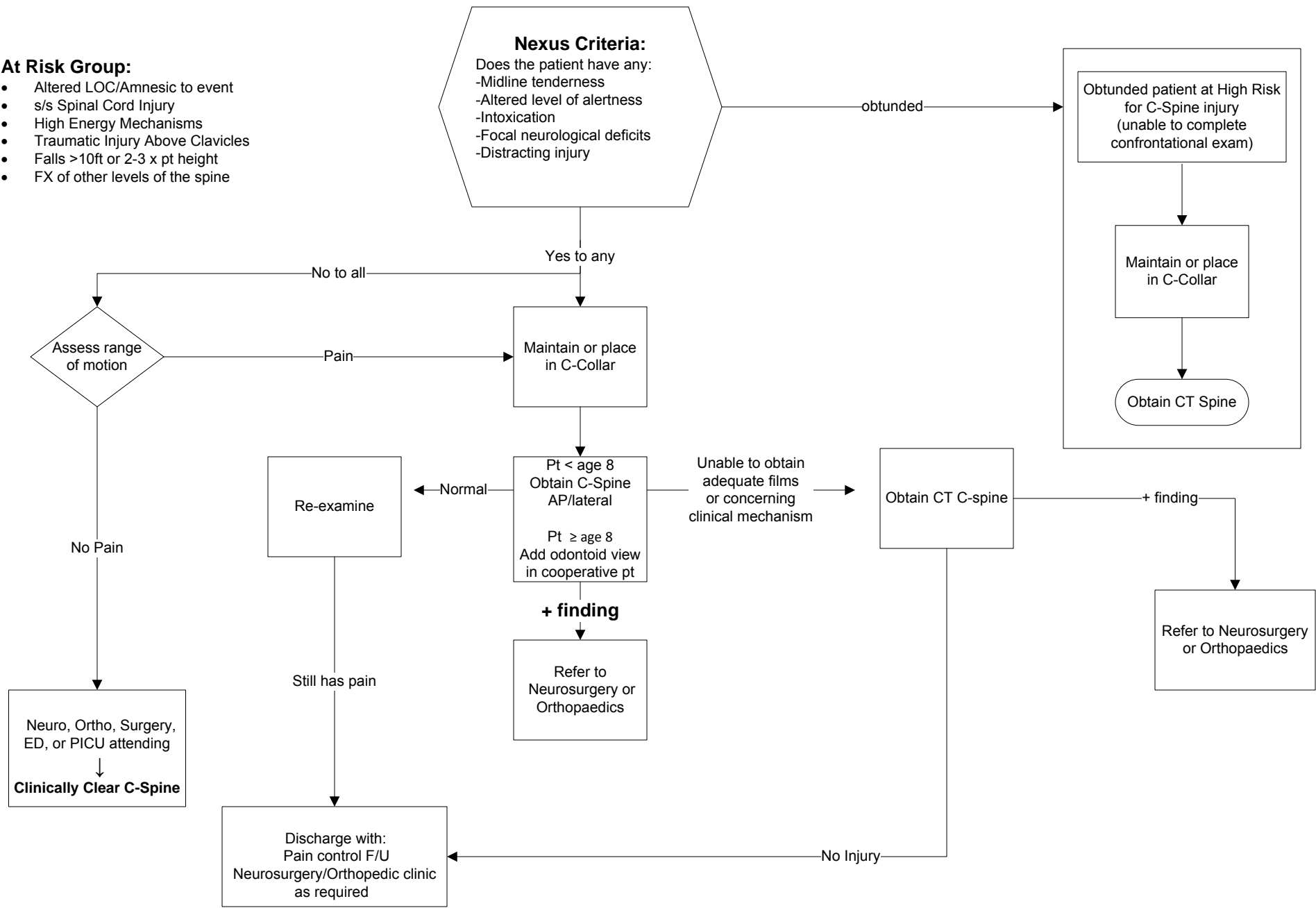
Annexe A

**Adaptation de la Pediatric Trauma Society :
Initial Evaluation of a Pediatric Patient at Risk for Cervical Spine Injury (juin 2016)**

Initial Evaluation of a Patient at Risk for Cervical Spine Injury

At Risk Group:

- Altered LOC/Amnesic to event
- s/s Spinal Cord Injury
- High Energy Mechanisms
- Traumatic Injury Above Clavicles
- Falls >10ft or 2-3 x pt height
- FX of other levels of the spine



Annexe B

Règle canadienne concernant la radiographie de la colonne cervicale

http://www.ohri.ca/emerg/cdr/docs/cdr_cspine_poster.pdf

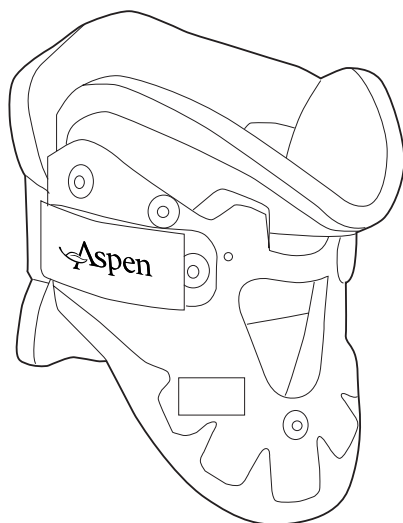
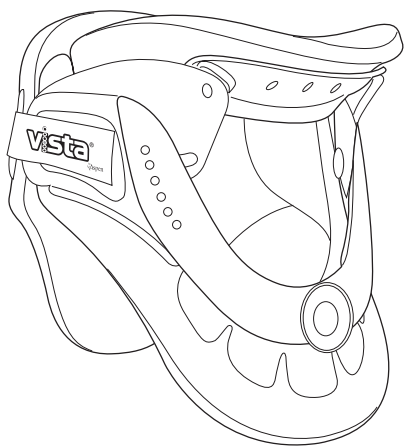
Annexe C

Mode d'emploi du collet Aspen

Vidéo YouTube à l'adresse suivante : <https://www.youtube.com/watch?v=UUd2JNMPWLM>



COLLET CERVICAL MANUEL DU PATIENT



Assurez-vous de suivre toutes les instructions que vous a données votre médecin ou infirmière. L'information est seulement offerte en guise de directives et ne constitue pas un avis médical. Si vous ressentez une douleur soudaine, un picotement ou un engourdissement au dos ou au cou, communiquez avec votre médecin.

Nom : _____ DN : _____

No HCID : _____ Produit : Collet cervical Vista

Instructions à la maison

- Porter votre collet Aspen® pendant _____ semaines
- Maintenir votre collet adéquatement serré
- Le retirer seulement avec l'aide d'une autre personne
- Le retirer seulement pour vous laver le visage et le cou
- Laver votre visage et cou _____ fois par jour
- Ne pas conduire et ne pas utiliser un équipement quelconque
- Éviter les activités exigeantes

INSTRUCTIONS SPÉCIALES :

Médecin :

Nom : _____

Numéro de téléphone : _____

Spécialiste du montage :

Nom : _____

Numéro de téléphone : _____

Rendez-vous de suivi : _____

Questions? Appelez au : _____

 **Aspen Medical Products**

6481 Oak Canyon, Irvine, CA 92618-5202, USA

800-295-2776 • 949-681-0200

aspenmp.com

Conçu en Californie

Restriction de mouvements

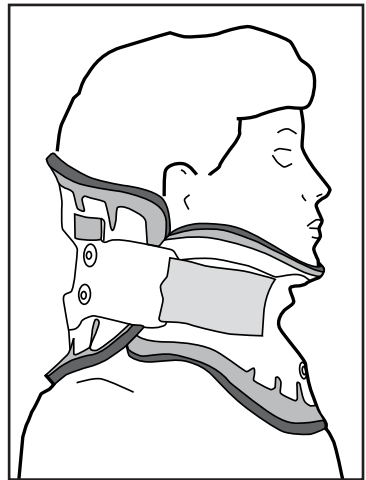
Maintenir votre tête et votre cou aussi immobiles que possible est un élément important du processus de guérison. Porter toujours votre collet et le maintenir adéquatement serré en tout temps. Le retirer seulement pour vous laver le visage et cou à moins que votre médecin ou infirmière ne vous ait donné d'autres directives. Retirer votre collet seulement avec l'aide d'une autre personne.

Soins appropriés de la peau

La pression, l'humidité, la chaleur et la saleté peuvent toutes entraîner une rougeur et des lésions cutanées. Pour éviter cela, garder votre peau propre, sèche et fraîche. Au moins une fois par jour, retirer le collet et laver votre cou et visage. À ce moment-là, les tampons humides ou sales doivent être changés. Consulter votre médecin ou infirmière sur la façon de maintenir votre tête et votre cou immobiles pendant que le collet est retiré. Si vous remarquez toute rougeur ou plaie cutanée, appeler votre médecin ou infirmière.

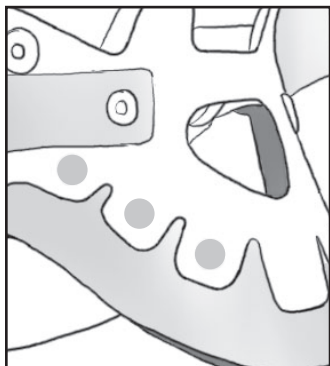
Instructions pour le retrait, les soins de la peau et la remise en place

- Avant de retirer votre collet, rassembler les fournitures requises: savon, débarbouillette, serviette et tampons.
- Se tenir debout ou assis devant un évier avec un miroir. Libérer la courroie d'un côté. Retirer le collet et le mettre de côté.
- Garder votre tête et votre cou droits et immobiles. Utiliser une débarbouillette pour nettoyer votre visage et votre cou.
- Rincer le savon et sécher doucement votre peau.
- Retirer les tampons humides ou sales. Si besoin est, nettoyer et sécher à l'aide d'une serviette le plastique et les courroies. Fixer les tampons propres.
- Placer le devant du collet de façon à ce que votre menton arrive au bord avant de la mentonnière.
- Placer le panneau arrière derrière votre cou.
- Fixer les courroies des deux côtés puis serrer.

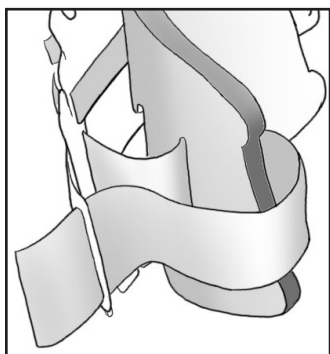


• *Serrer la courroie de soutien jusqu'à ce qu'elle soit bien en place et confortable.*

Remplacement du tampon



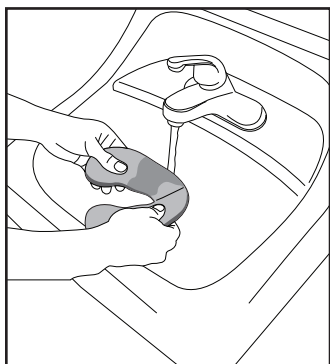
Ajuster les tampons afin que le côté du matériau de couleur saisisse les points du crochet. Les tampons doivent couvrir tous les côtés du plastique pour éviter tout contact avec la peau.



Pour changer le tampon arrière, pousser sur les courroies du crochet à travers les fentes dans le tampon, puis à travers les fentes dans le bord extérieur du plastique.

REMARQUE : Le rembourrage sur le collet cervical possède un côté notable de coton blanc et un autre côté notable gris ou vert couvrant la mousse. Le coton blanc fera toujours face vers l'intérieur et sera en contact avec la peau. Ajuster les tampons au besoin pour s'assurer qu'aucune partie en plastique ne touche la peau.

Nettoyage du tampon



Laver les tampons à la main avec de l'eau savonneuse. Rincer tout le savon. Essorer doucement l'excès d'eau. Laisser sécher à l'air libre (6 à 8 heures). **Ne pas mettre les tampons dans une laveuse ou une sécheuse.**