

Déclaration de consensus : Utilisation préhospitalière et interhospitalière de planches dorsales longues Novembre 2014

Participants :	
Penny Coburn, Unité des SSU, ministère de la Santé	Dr Dhany Charest, Neurochirurgie, L'Hôpital de Moncton
Ian Watson, Programme de traumatologie du N.-B.	Donald Campbell, Unité des SSU, ministère de la Santé
Dr Tushar Pische, directeur médical provincial, ANB	Edgar Goulette, ANB
Eric Beirsto, ANB	Shelley Woodford, Programme de traumatologie du N.-B.
Dr James French, Médecine d'urgence, HRSJ	Sue Benjamin, Programme de traumatologie du N.-B.
Consultants :	
Dr P Atkinson, Médecine d'urgence, HRSJ	Dr N Manson, Chirurgie orthopédique, HRSJ
Dr S Melanson, Médecine d'urgence, L'Hôpital de Moncton	Dr S Comstock, Chirurgie orthopédique, L'Hôpital de Moncton
	Dr C Fawaz, neurochirurgien, L'Hôpital de Moncton

Éléments pris en considération avant l'élaboration des déclarations de consensus :

1. L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Rapport en bref : L'usage de la planche dorsale dans un contexte préhospitalier en vue de stabiliser le patient ayant subi un traumatisme : examen des données et des lignes directrices cliniques. Le 31 mai 2013 : <http://www.cadth.ca/fr/publication/3769>
2. White CC 4th, Domeier RM, Millin MG; Standards and Clinical Practice Committee, National Association of EMS Physicians. EMS Spinal Precautions and the Use of the Long Backboard -Resource Document to the Position Statement of the National Association of EMS Physicians and the American College of Surgeons Committee on Trauma. *Prehosp Emerg Care*. 2014 Apr-Jun;18(2):306-14. doi: 10.3109/10903127.2014.884197. Epub 2014 Feb 21.
3. Fehlings MG, Cadotte DW, Fehlings LN. A series of systematic reviews on the treatment of acute spinal cord injury: a foundation for best medical practice. *J Neurotrauma*. 2011 Aug;28(8):1329-33. doi: 10.1089/neu.2011.1955. Epub 2011 Jul 13.
4. Ahn H, Singh J, Nathens A, MacDonald RD, Travers A, Tallon J, Fehlings MG, Yee A. Pre-hospital care management of a potential spinal cord injured patient: a systematic review of the literature and evidence-based guidelines. *J Neurotrauma*. 2011 Aug;28(8):1341-61. doi: 10.1089/neu.2009.1168. Epub 2010 Jun 16. Review.
5. Morrissey J. Research Suggests Time for Change in Pre-hospital Spinal Immobilization. *Journal of Emergency Medical Services*. 2013 March 19. <http://jems.com>
6. Connor D, Greaves I, Porter K, et al. Pre-hospital spinal immobilization: an initial consensus statement. *Emerg Med J* 2013;30:1067-1069. doi:10.1136/emmermed-2013-203207

Pour patients préhospitalisés (c.-à-d. ceux transportés des lieux au premier hôpital) :

- ANB devrait continuer à favoriser l'application de la règle préhospitalière visant à exclure, chez tous les patients admissibles, la présence de lésions à la colonne cervicale (« Canadian C-spine Rule »).
- ANB devrait éliminer la pratique d'immobilisation (« mise au sol ») des patients victimes d'un traumatisme qui sont ambulatoires sur les lieux.
- Les patients qui sont ambulatoires sur les lieux dès l'arrivée des Services médicaux d'urgence mais qui ne réussissent pas le test préhospitalier actuel visant à exclure la présence de lésions à la colonne cervicale (« Canadian C-spine Rule ») doivent seulement être immobilisés à l'aide d'un collet cervical rigide et mis en place en décubitus dorsal sur la civière de l'ambulance. Ces patients peuvent se rendre à la civière à pied.
- Quant aux patients qui ne sont pas ambulatoires sur les lieux, qui ont un traumatisme contondant et à l'endroit desquels les protocoles actuellement en place recommandent l'immobilisation de la colonne vertébrale, l'utilisation de la planche dorsale longue peut continuer, y compris durant le transport au premier hôpital.
- Tout patient atteint d'une lésion réelle ou soupçonnée à la moelle épinière sera placé en décubitus dorsal et pris en charge avec déplacement minimal de la colonne vertébrale. Lorsqu'on soupçonne une blessure à la colonne cervicale, un collet cervical rigide sera également posé.
- Les patients victimes de blessures pénétrantes qui ne présentent aucun signe de déficit neurologue ne devraient pas être immobilisés.
- À leur arrivée à l'hôpital, les ambulanciers paramédicaux d'ANB doivent aviser le personnel de l'établissement d'accueil de l'intervalle total sur la planche dorsale et devraient s'attendre à participer au retrait précoce de la planche dorsale longue, à moins que le besoin d'interventions cliniques immédiates soit prioritaire. Cette recommandation s'applique même en présence d'une lésion soupçonnée à la moelle épinière.
- Les centres de traumatologie d'accueil sont responsables du retrait précoce de la planche dorsale longue, préférablement dans les 15 minutes suivant l'arrivée au Service d'urgence, quelle que soit la nature de la blessure ou la désignation du centre de traumatologie, à moins que le besoin d'interventions cliniques immédiates soit prioritaire.
- L'utilisation d'une civière cuillère durant la phase de soins préhospitaliers doit être considérée à l'avenir.

Transfert de patients victimes de traumatismes entre établissements :

- Aucun patient ne doit être transféré d'un hôpital à l'autre sur une planche dorsale longue.
- Une civière cuillère ou l'équivalent doit être utilisée pour le transfert du patient de la civière d'hôpital à la civière d'ambulance à l'établissement d'où le patient est transféré.
- De même, une civière cuillère ou l'équivalent doit être utilisée pour le transfert du patient de la civière d'ambulance à la civière d'hôpital à l'établissement d'accueil. La civière cuillère ou l'équivalent ne doit pas être laissée en place durant le transfert, même dans le cas d'une lésion réelle ou soupçonnée à la moelle épinière.
- En plus de l'utilisation d'un collet cervical rigide, ANB devrait explorer des méthodes pour limiter le mouvement latéral de la tête au cours du transfert des patients victimes de traumatismes :
 - Chez lesquels la possibilité d'une lésion à la colonne cervicale n'a pas été éliminée OU
 - Qui sont intubés OU
 - Qui ont une lésion cérébrale réelle ou soupçonnée
- Si le patient est sur une planche dorsale longue, les ambulanciers paramédicaux d'ANB doivent, à leur arrivée à l'hôpital à des fins d'un transfert, discuter du besoin de l'utilisation continue de la planche dorsale longue à des fins du transfert. Toute demande concernant l'utilisation continue de la planche dorsale longue durant le transfert devrait être portée à l'attention du médecin de contrôle médical en ligne. Ce médecin peut, à son tour, consulter le traumatologue si des directives s'avèrent nécessaires à l'établissement d'où le patient sera transféré.

- Le Programme de traumatologie du Nouveau-Brunswick devrait considérer le déploiement d'une civière cuillère au Service d'urgence de chaque Centre de traumatologie du N.-B. ainsi que la tenue des séances d'orientation nécessaires à son utilisation, si une exploration préalable des options et des preuves indiquent qu'elle soit bel et bien l'appareil qu'il faut recommander.
- À plus long terme, ANB devrait considérer le déploiement d'une civière cuillère afin de remplacer les deux planches dorsales longues actuellement dont toute ambulance au N.-B. est dotée. Si ou quand on adopte la civière cuillère, on doit considérer la possibilité d'optimiser son utilisation en tant qu'une solution de rechange préférable au recours à la planche dorsale longue, même pour la phase de soins préhospitaliers.

Cas particuliers :

- Médecine de l'obésité : Aucune suggestion autre que celles proposées ci-dessus n'est recommandée.
- Gériatrie : Aucune suggestion autre que celles proposées ci-dessus n'est recommandée.
- Pédiatrie : Aucun changement aux pratiques actuelles d'ANB n'est recommandé (utilisation des sièges de retenue pour bébés ou PediPacs, les deux pouvant rester en place durant le transfert entre établissements si nécessaire)

Prochaines étapes :

- Vérification pour confirmer que les déclarations ci-dessus s'appliquent également aux patients d'Ambulance aérienne (terminée le 17 juillet 2014)
- Consultation avec la chirurgie orthopédique, la médecine d'urgence et la neurochirurgie de l'HRSJ et de L'Hôpital de Moncton ainsi qu'avec le Comité médical consultatif provincial sur les services médicaux d'urgence (terminée juillet 2014)
- Approuver par le CMC des SMU (terminer septembre 2014)
- Approuver par Comité consultatif du Programme de traumatologie du N.-B. (terminer septembre 2014).
- La planification de la mise en œuvre (octobre-novembre 2014)