



PROTOCOLES THERAPEUTIQUES TRAUMATISME MEDULLAIRE GRAVE

DEFINITION :

Traumatisme du rachis avec lésion médullaire pouvant être associé à un polytraumatisme

DIAGNOSTIC :

Evaluation conscience, ventilation, pouls, TA, déficit moteur et / ou sensitif

MOTRICITE VOLONTAIRE		BILAN SENSITIF	
Contraction du deltoïde	C 4	Moignon de épaule	C 5
Flexion du coude	C 5	Pouce	C 6
Extension du poignet	C 6	Index et majeur	C 7
Extension du coude	C 7	Derniers doigts	C 8
Flexion des doigts	C 8	Bord interne du poignet	D 1
Ecartement des doigts	D 1	Mamelon	D 4
Contraction des intercostaux	D2 - D8	Appendice xiphoïde	D 6
Ascension de l'ombilic à la toux	D 10	Ombilic	D 10
Flexion de la hanche	L 2	Zone sous inguinale	L 1
Extension de la jambe	L 3	Zone sus rotulienne	L 3
Flexion dorsale du pied	L 4	Face interne de la jambe	L 4
Extension du gros orteil	L 5	Face dorsale du gros orteil	L 5
Flexion plantaire du pied	S 1	Bord externe du pied	S 1
		Face postérieure de la cuisse	S 2
		Organes génitaux externes	S 3
		Marge anale	S 4

Signes de gravité :

Priapisme, béance anale, désordres neurovégétatifs majeurs et collapsus si lésions > C7

PIEGES :

Y penser : coma traumatique, plaie par balle, noyade après plongeon, pendaison...

Atteinte niveau > C7 peut masquer une lésion viscérale abdominale

TRAITEMENT :

Collier cervical (rigide) d'emblée

Mobilisation très prudente en respectant axe tête - cou - tronc sur attelle de KED ou planche

Immobilisation en décubitus dorsal strict dans matelas coquille

Oxygénothérapie : MHC QSP SpO₂ ≥ 95 %

Voie veineuse périphérique, groupage, ACI, Hb (Hemocé)u

Lutter contre le refroidissement : couverture ± de survie, soustraction rapide au froid (VSAV)

Objectif tensionnel : **PAS** > _ 120 mm Hg ou **PAM** > _ 80 mm Hg

Remplissage :

NaCl 9 ‰ le 1^{er} litre, puis HEA 50 ml / kg max

Noradrénaline PSE 8 mg / 48 ml, à débiter rapidement à 1 mg / h (risque de vasoplégie)

Si détresse respiratoire aiguë, insuffisance cardiocirculatoire et / ou coma profond :

IOT / VC avec **CI manœuvre de Jackson et ISR** (pas de curares ++) si lésion du rachis cervical

Sonde nasogastrique

Pas d'indication des **corticoïdes** à fortes doses, ni du **Mannitol**® 20 % en préhospitalier

(mais discuter au cas par cas, après l'imagerie, uniquement pour les atteintes cervicales)

TRANSPORT : **Privilégier l'hélicoptère (↓ des secousses, rapidité)**

Surveillance : paramètres vitaux

Position : décubitus dorsal strict

ORIENTATION : Réanimation neurochirurgicale ou déchocage (SAUV)