



Ecole supérieure de soins ambulanciers

COURS STABILISATION DU RACHIS SUR LA CIVIERE À AUBE

Auteur : Véronique DUSSERRE date de création : Mars 2016

Mise à jour : Laurent Bourgeois date : 29.01.2025

1-SPS-29 Stabilisation du rachis sur la civière à aube

Stabilisation minimale sur la civière à aube (patient instable)

1^{ème} ANNEE



Indications

Lorsqu'un patient instable demande un temps limité sur site, il est possible de le stabiliser, de manière minimale, directement sur la civière à aube (sans matelas vacuum) (Krell et al. 2006) mais pour de courts trajets car le manque de confort et le risque de lésions par compression des points de contact n'est pas à négliger (Rossi et al. 2010).

Il a été démontré qu'il y a moins de déplacement du rachis lors du placement sur la civière à aube (CivA) que sur la planche (Gordillo et al. 2017) (Kornhall et al. 2017)

Et le log roll (retournement du patient à 90°) ne doit pas être utilisé sauf pour les patients en décubitus ventral (Conrad et al., 2007 et 2012) alors que la CivA ne demande de lever le patient de quelques centimètres seulement.

L'utilisation d'une CivA pour stabiliser directement la colonne vertébrale est plus efficace en termes de temps que celle d'un matelas vacuum. (Stuby et al. 2024) à l'instar de la planche (Roessler et al. 2021)

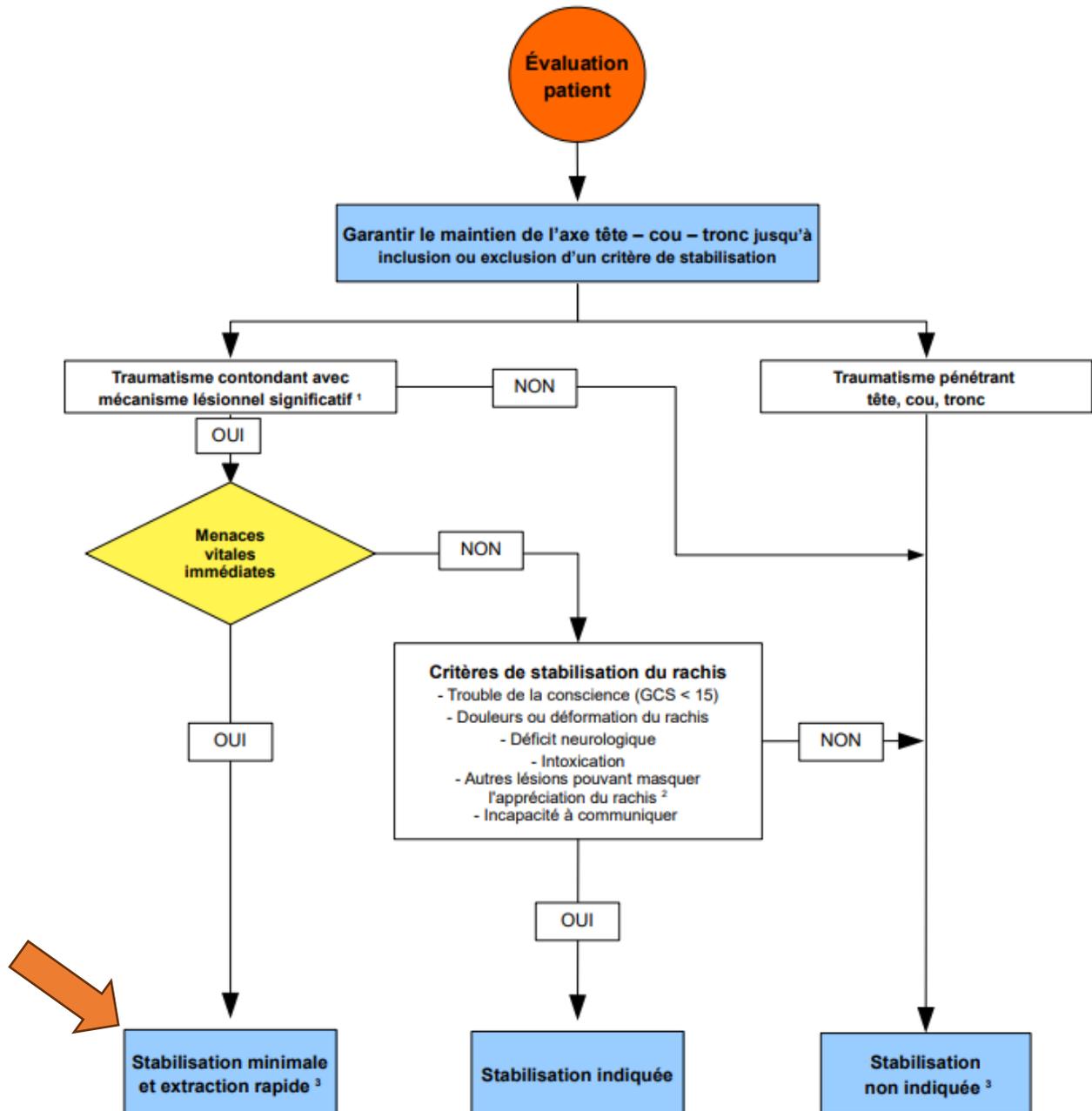
Mais cette situation sera requise uniquement lorsqu'une stabilisation minimale est indiquée car le transport prolongé sur un plan dur peut entraîner des douleurs, de l'inconfort et des escarres. (Voir études 10 à 15 dans bibliographie)

Un patient se trouvant déjà en décubitus dorsal, l'utilisation de la CivA permet de le relever tout en le maintenant quasiment dans sa position initiale. La stabilisation du rachis directement sur la CivA interviendra lors d'une prise en charge d'un patient instable nécessitant une stabilisation minimale.



Pour le déterminer, nous utilisons l'algorithme de la CORFA

Critères de stabilisation du rachis



¹ Mécanisme lésionnel significatif : traumatisme dégageant une énergie suffisante pour produire une possible lésion du rachis.

Par ex. impact violent à la tête, nuque, torse, pelvis, accélération ou décélération brutales, accident véhicule motorisé à moyenne ou haute vitesse, éjection piéton renversé, impliqué dans une explosion, chutes particulièrement chez une personne > 65 ans, plongeon en eaux peu profondes (liste non exclusive ni exhaustive).

² Toutes lésions ayant le potentiel d'empêcher le patient d'apprécier l'intégrité de son rachis.

Par ex. fracture des os longs, large lacération, blessure viscérale, dégantement, lésion par écrasement, large brûlure, etc.

³ Privilégier un transport rapide vers un centre de soins approprié

Source : Algorithmes d'enseignement des écoles de soins ambulanciers, CORFA (version 5.6 novembre 2024)

Matériel nécessaire



Plus d'informations sur la civière à aube se trouvent dans le cours *Stabilisation à l'aide d'une civière à aube & d'un matelas vacuum*

Procédure

1. Stabilisez la tête manuellement puis poser une minerve (selon technique de soins). Puis commencez par appliquer les cale-têtes spécifiques en commençant par glisser le plateau sous la tête.



2. Posez les cale-têtes



3. Placez les 2 sangles de tête et menton et maintenir la tête stabilisée



4. Posez la CivA entière et ouvrez les loquets de fixation. Réglez la longueur par rapport au patient **en alignant le bassin sur la 3^{ème} tige de fixation**. La partie supérieure de la CivA doit dépasser de la tête du patient (pour accéder à la zone d'assemblage sans gêne), et la partie inférieure devant dépasser des pieds.



5. Fermez les loquets et tirez la partie inférieure jusqu'à ce qu'un « clic » quitte que le verrouillage longitudinal est assuré. Les charnières ne doivent pas apparaître hors du coulisseau ! Elles ne servent qu'à la replier avant rangement.



6. Levez le patient de quelques cm du premier côté et demandez au badaud de glisser la première demi-civière pour que la tige de fixation N°3 se situe au niveau du bassin puis faites pareil de l'autre côté en inversant les rôles



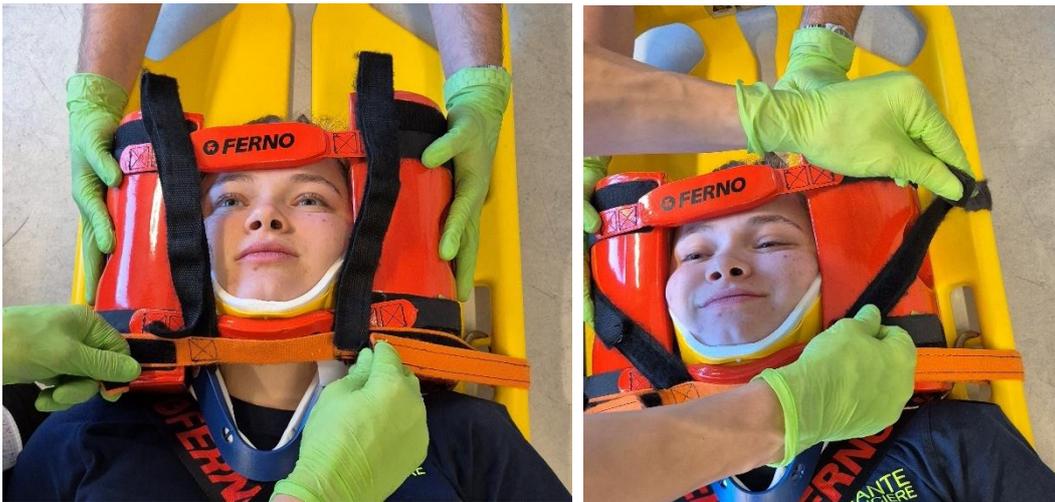
7. Verrouillez les zones d'assemblage de la tête puis des pieds



8. Ajustez les sangles thoraciques, de manière définitive, en X (tiges de fixation N°1 et N°2) puis celles du bassin (fixation N°3) et des jambes en I (fixation N°4 sur la aube des jambes). Aucune sangle ne doit être serrée sur l'abdomen.



9. Solidarisez les cale-têtes à la CivA avec la sangle spécifique (OU ajoutez le linge roulé puis du scotch au front et au menton si les cale-têtes ne sont pas disponibles)



10. En cas de vomissements, retournez le patient en un bloc



11. Déposez le patient sur le brancard (ceintures de sécurité ouvertes)



12. Sécurisez le patient sur le brancard en prenant soin de passer une des ceintures dans la CivA pour éviter les déplacements longitudinaux en cas de freinage brusque.



Plus d'informations sur la civière à aube se trouvent dans le cours *Stabilisation à l'aide d'une civière à aube & d'un matelas vacuum*

Bibliographie

1. Krell JM, McCoy MS, Sparto PJ, Fisher GL, Stoy WA, Hostler DP. / Comparison of the Ferno Scoop Stretcher with the long backboard for spinal immobilization.. Prehosp Emerg Care. 2006 Jan-Mar;10(1):46-51.
2. Del Rossi G, Rehtine GR, Conrad BP, Horodyski M. Are scoop stretchers suitable for use on spine-injured patients? Am J Emerg Med. 2010 Sep;28(7):751-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2009.03.014> . Epub 2010 Feb 25. PMID: 20837250. Consulté le 13 janvier 2025
3. Johnson DR, Hauswald M, Stockhoff C. / Comparison of a vacuum splint device to a rigid backboard for spinal immobilization. Am J Emerg Med. 1996 Jul;14(4):369-72.
4. Modi S, Gadvi R, Yeo D, Galea-Soler S. Retrospective review of image quality of CT in polytrauma patients: comparison of patients scanned using a scoop stretcher and without a scoop stretcher. Emerg Radiol. 2014 Feb;21(1):23-7. doi: 10.1007/s10140-013-1153-5. Epub 2013 Aug 25. PMID: 23978869.
5. Gordillo Martín R, Alcaraz Ramón PE, Manzano Capel F, Freitas TT, Marín-Cascales E, Juguera Rodríguez L, Pardo Ríos M. Análisis cinemático de la columna vertebral durante la colocación de dos dispositivos de transferencia: tablero espinal frente a camilla de cuchara [Kinematic analysis of the spine during placement on 2 transfer devices: a spinal backboard and a scoop stretcher]. Emergencias. 2017 Feb;29(1):43-45. Spanish. PMID: 28825268.
6. Conrad BP, Rossi GD, Horodyski MB, Prasarn ML, Alemi Y, Rehtine GR. Eliminating log rolling as a spine trauma order. Surg Neurol Int. 2012;3(Suppl 3):S188-97. doi: <https://doi.org/10.4103/2152-7806.98584> . Epub 2012 Jul 17. PMID: 22905325; PMCID: PMC3422095.
7. Stuby, L., & Thurre, D. (2024). Time performance of scoop stretcher versus vacuum mattress for prehospital spinal stabilization: open-label simulation-based randomized controlled trial. Emergency Care Journal, 20(1). <https://doi.org/10.4081/ecj.2024.12226>

-
8. NAEMT, PHTLS, Traumatisme du rachis , 9ème edition, 2021
 9. Ferno® : Manuel de l'utilisateur : Civière à aube
 10. Mawson AR, Biundo JJ, Neville P, et al. Risk factors for early occurring pressure ulcers following spinal cord injury. *Am J Phys Med Rehabil* 1988;67:123-7.
 11. Cordell WH, Hollingsworth JC, Olinger ML, et al. Pain and tissue-interface pressures during spine-board immobilization. *Ann Emerg Med* 1995;26:31-36.
 12. Walton R, DeSalvo JF, Ernst AA, Shahane A. Padded vs unpadded spine board for cervical spine immobilization. *Acad Emerg Med* 1995;2:725-8.
 13. Chan D, Goldberg R, Tascone A, et al. The effect of spinal immobilization on healthy volunteers. *Ann Emerg Med* 1994;23:48-51.
 14. Ham W, Schoonhoven L, Schuurmans MJ, Leenen LPH. Pressure ulcers from spinal immobilization in trauma patients: a systematic review. *J Trauma Acute Care Surg* 2014;76:1131-
 15. Ottosen CI, Steinmetz J, Larsen MH, et al. Patient experience of spinal immobilisation after trauma. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2019;27:70