

*Anesthésiologie – Conférences scientifiques*  
Volume 7, Numéro 3, 2008

**Prise en charge des voies aériennes chez les patients présentant  
une instabilité du rachis cervical**

Par Arnaud Robitaille, MD

**Objectifs :**

Ce numéro d'*Anesthésiologie — Conférences scientifiques* permettra au lecteur :

- D'acquérir des connaissances de base de l'anatomie du rachis cervical et de sa biomécanique
- De disposer d'une bonne méthode d'évaluation du rachis cervical chez les patients polytraumatisés
- De reconnaître quand une manœuvre de stabilisation du rachis cervical est nécessaire et d'évaluer les avantages et inconvénients des différentes méthodes en ce qui touche à l'intubation
- D'identifier les techniques d'intubation les mieux adaptées à différentes situations de trauma

**Questions :** *(Une seule réponse)*

1. En ce qui concerne l'anatomie du rachis cervical, laquelle des affirmations suivantes est FAUSSE ?
  - a. Le rachis cervical est composé de 7 vertèbres en plus de la base du crâne.
  - b. L'axis est immédiatement caudal à la base du crâne.
  - c. L'atlas n'a pas de corps vertébral.
  - d. L'apophyse odontoïde marque une protubérance vers le haut à partir du corps vertébral de l'axis.
  - e. Le mouvement n'est pas distribué de façon uniforme dans le rachis cervical.
2. Lors de l'évaluation radiologique du rachis cervical chez les patients traumatisés, laquelle des affirmations suivantes est VRAIE ?
  - a. La plupart des patients asymptomatiques victimes d'un trauma contondant devraient subir une série radiographique en 3 plans dans le département des urgences.
  - b. Les dispositifs d'immobilisation cervicale peuvent être retirés en toute sécurité sans avoir besoin d'imagerie supplémentaire chez un patient qui nie tout symptôme qui pourrait être associé au rachis cervical peu après être tombé d'une échelle et souffrant de fractures ouvertes au niveau des deux membres inférieurs.
  - c. Une série radiographique normale en 3 plans, si elle est lue par un expert, suffit à l'évaluation du rachis cervical chez les patients polytraumatisés symptomatiques.
  - d. Une série radiographique en 3 plans et une tomodensitométrie en couche mince au minimum devraient être réalisées afin d'évaluer le rachis cervical chez les patients polytraumatisés symptomatiques.
  - e. Il est recommandé de procéder systématiquement à une imagerie par résonance magnétique (IRM) chez les patients polytraumatisés obnubilés.

3. Concernant l'immobilisation du rachis cervical chez les patients polytraumatisés, laquelle des déclarations suivantes est VRAIE ?
  - a. Un collet cervical rigide, employé seul, procure une immobilisation adaptée.
  - b. Les recommandations des experts concernant l'immobilisation sont fondées sur des preuves solides.
  - c. Les techniques d'immobilisation ne présentent aucun risque pour les patients.
  - d. Les techniques d'immobilisation ne sont plus recommandées.
  - e. La stabilisation manuelle en ligne (SMEL) pourrait avoir pour résultat que la laryngoscopie directe soit plus difficile à réaliser.
  
4. Concernant l'impact de la laryngoscopie directe sur le rachis cervical chez les patients chez qui une stabilisation manuelle en ligne (SMEL) n'a pas été réalisée, laquelle des affirmations suivantes est FAUSSE ?
  - a. Les effets n'ont aucun lien avec la quantité de force exercée par le laryngoscopiste.
  - b. Le rachis cervical supérieur bouge davantage que le rachis subaxial.
  - c. La laryngoscopie directe provoque une extension du rachis cervical rostral, mais une flexion du rachis cervical caudal.
  - d. L'amplitude de mouvement augmente tout au long de la laryngoscopie, et atteint son maximum pendant le passage du tube endotrachéal.
  
5. Concernant le choix d'une technique d'intubation chez les patients présentant potentiellement une instabilité du rachis cervical, laquelle des affirmations suivantes est VRAIE ?
  - a. Les études se servant de radiocinématographie (fluoroscopie) pour évaluer la différence de mouvement du rachis cervical entre les diverses techniques d'intubation comportent tellement de limites qu'elles n'offrent pas d'informations utiles pour guider le clinicien.
  - b. Les études se servant de radiocinématographie (fluoroscopie) pour évaluer la différence de mouvement du rachis cervical entre les diverses techniques d'intubation offrent des réponses claires et procurent les seuls renseignements nécessaires pour déterminer la technique à utiliser dans un contexte clinique.
  - c. Lors de l'évaluation d'une situation clinique, la minimisation de la mobilité du rachis cervical demeure un objectif important ; toutefois, d'autres objectifs ne devraient pas être négligés, comme par exemple une intubation rapide et efficace pour éviter l'hypoxie.
  - d. L'intubation d'un patient éveillé avec un bronchoscope fibroscopique devrait toujours être essayée en premier lieu, étant donné qu'elle minimise la mobilité du rachis cervical.
  - e. La laryngoscopie directe devrait être évitée de façon systématique, étant donné que l'expérience clinique a démontré qu'elle était significativement plus dangereuse que les autres techniques d'intubation.

Veillez retourner le questionnaire rempli à l'attention du Comité pour la formation continue, Université de Montréal, via télécopieur au 514-343-6913. Nous vous renverrons via télécopieur le questionnaire corrigé.

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_