Déclaration de consensus : Gestion des traumatismes pelviens
Août 2022
Modifications apportées à l'annexe A - octobre 2026

Participants :	
Dr Tushar Pishe, Trauma NB	Allison Chisholm*, Trauma NB
Dr A. Lohoar, médecine d'urgence, HRSJ	Ian Watson*, Trauma NB
Dr. J. Wagg, chirurgie orthopédique, HRSJ	J. Ringuette*, Trauma NB
Dr A. Husseini, chirurgie orthopédique, LHM	L. Ouellet*, Trauma NB
Edgar Goulette, Ambulance Nouveau-Brunswick	Eric Beairsto*, Ambulance Nouveau-Brunswick
Dre Tracey Chesser-Murphy, médecine d'urgence, LHM	

Consultants :
Sous-comité des normes cliniques et de l'éducation :

- Dana Curwen, EM-ANB
- Dr Hari Ondiveeran, Horizon (HRSJ)
- Michelle Morin, Vitalité (Infirmière Gestionnaire, Service Urgence, Chaleur)
- Raphael Roy, Vitalité (Directeur régional – urgences)
- Rebecca Trowsdale, Horizon (Infirmière Gestionnaire, Service Urgence, LHM)
- Membres supplémentaires indiqués par un * ci-dessus

ÉLÉMENTS DE PREUVE PRIS EN CONSIDÉRATION :

1. American College of Surgeons. Advanced trauma life support course: student manual. 10th ed. Chicago. American College of Surgeons. 2018

2. Bakhshayesh P, Boutefnouchet T, Tötterman A. Effectiveness of noninvasive external pelvic compression: a systematic review of the literature. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* May 2016 24:73

3. Fu CY, Wu YT, Liao CH, Kang SC, Wang SY, Hsu YP, Lin BC, Yuan KC, Kuo IM, Ouyang CH. Pelvic circumferential compression devices benefit patients with pelvic fractures who need transfers. *Am J Emerg Med*. Oct 2013;31(10):1432-1436

4. Hsu SD, Chen CH, Chou YC, Wang SH, Chan DC. Effect of Early Pelvic Binder Use in the Emergency Management of Suspected Pelvic Trauma: A Retrospective Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health.* Oct 2018;14(19):1217

5. Henning S, Norris R, Hill CE. Pelvic binder placement in a regional trauma centre. *J Paramedic Practice*. Apr 2018;10(11):463-467

6. Henry SM, Pollack AN, Jones AL, Boswell S, Scalea TM. Pelvic fracture in geriatric patients: a distinct clinical entity. *J Trauma*. Jul 2002;53(1):15-20

7. Hruska K, Ruge T. The Tragically Hip: Trauma in Elderly Patients. *Emerg Med Clin North Am*. Feb 2018;36(1):219-235

8. McCreary D, Cheng C, Lin ZC, Nehme Z, Fitzgerald M, Mitra B. Haemodynamics as a determinant of need for pre-hospital application of a pelvic circumferential compression device in adult trauma patients. *Injury.* Jan 2020;51(1):4-9

9. Naseem H, Nesbitt PD, Sprott DC, Clayson A. An assessment of pelvic binder placement at a UK major trauma centre. *Ann R Coll Surg Engl*. Feb 2018;100(2):101-105

10. Schweighkofler U, Wohlarth B, Trentzsch H, Horas K, Hoffmann R, Wincheringer D. Is there any benefit in the pre-hospital application of pelvic binders in patients with suspected pelvic injuries? Eur J Trauma Emerg Surg. Apr 2021;47(2):493-498.

11. Trebilcock H, Reducing overtriage and undertriage rates of pelvic fractures and unnecessary pelvic binder applications in major trauma patients. *Emerg Med J*. Jun 2015; 32(6)

12. Vaidya R, Roth M, Zarling B, Zhang S, Walsh C, Macsuga J, Swartz J. Application of Circumferential Compression Device (Binder) in Peblic Injuires: Room for Improvement. *West J Emerg Med*. Nov 2016;17(6):766-774

13. Williamson F, Coulthard LG, Hacking C, Martin-Dines P. Identifying risk factors for suboptimal pelvic binder placement in major trauma. Injury. Apr 2020;51(4):971-977

14. Zingg T, Piaget-Rossel R, Steppacher J, Carron PN, Dami F, Borens O, Albrecht R, Darioli V, Taffé P, Maudet L, Pasquier M. Prehospital use of pelvic circumferential compression devices in a physician-based emergency medical service: A 6-year retrospective cohort study. Sci Rep. Mar 2020;10(1):5106

15. Trauma NB. Management of Pelvic Fractures – guidance for TCPs. Accessible auprès du personnel de Trauma NB. (Décembre 2020)

16. Marmor M, El Naga AN, Barker J, Matz J, Stergiadou S and Miclau T (2020) Management of Pelvic Ring Injury Patients With Hemodynamic Instability. Frnot.Surg.12 November 2020

17. https://qmedical.co.uk/q-medical/t-pod-faqs/

18. https://www.emsworld.com/article/10323983/emergency-stabilization-unstable-pelvic-fractures

PRÉAMBULE :

Cette mise à jour s'appuie sur le travail des équipes d'auteurs précédentes et intègre les dernières recherches et opinions d'experts. Nous tenons à remercier toutes les personnes ayant participé à la production des versions précédentes et récentes de ces articles pour leur travail, leur diligence et leur rigueur dans la recherche, la rédaction et la production de ces ressources.

Ce document résume les recommandations pour la prise en charge des patients victimes de traumatismes qui ont subi des lésions pelviennes graves, isolées ou multiples. Ces recommandations sont fondées sur les pratiques optimales actuelles et s'inspirent de la documentation médicale. Il est entendu que la géographie, la population et la disponibilité des services spécialisés au Nouveau-Brunswick créent un contexte unique dont il faut tenir compte dans l'établissement de toute recommandation globale.

CONTEXTE :

1. Les fractures pelviennes graves sont associées à un taux élevé de morbidité et de mortalité. L'incidence de ces fractures est plus fréquente dans les traumatismes à grande énergie, résultant généralement de collisions de véhicules à moteur (y compris les motos), de collisions entre véhicules et piétons, et de chutes de plus de deux mètres (1,2).

2. L'instabilité hémodynamique peut être causée par une hémorragie due à une fracture pelvienne instable ou par des blessures intra-abdominales ou thoraciques connexes, ou par d'autres blessures nécessitant des interventions immédiates (1,2).

3. Bien que rares, les traumatismes à basse énergie chez les personnes âgées, en particulier les personnes âgées fragiles, peuvent provoquer des fractures pelviennes qui risquent d'entraîner une hémorragie massive, nécessitant ainsi un traitement et/ou des transfusions (1,6,7).

4. L'intervention préhospitalière avec application d'un dispositif de contention pelvienne peut réduire et immobiliser les fractures pelviennes instables (8,9,12,13,14).

5. Tous les patients victimes de traumatismes pelviens majeurs soupçonnés ou diagnostiqués devraient être munis d'une ceinture de contention pelvienne avant d'être transférés vers un autre centre de traumatologie (1,3).

6. La ceinture de contention pelvienne placée précocement (soit en milieu préhospitalier ou au service d'urgence) en présence d'instabilité hémodynamique offre les avantages suivants : une stabilisation précoce et une compression externe efficaces des traumatismes pelviens graves; une réduction du besoin de transfusions; et une baisse du taux de mortalité et de la durée des séjours hospitaliers (2). La ceinture de contention pelvienne réduit le risque de cisaillement des vaisseaux sanguins pendant le transport, ce qui facilite la tamponnade en diminuant le volume intrapelvien et la douleur (8).

7. Trois études rétrospectives sur la mise en place de la ceinture pelvienne ont révélé des résultats pertinents sur son positionnement. Parmi celles-ci, deux études rétrospectives ont déterminé un positionnement sous-optimal de la ceinture, à la fois en milieu préhospitalier et au service d'urgence (9,13).
    i. Dans la première étude, on a observé un positionnement insatisfaisant et l'absence d'application pour une grande partie des blessures au bassin (9).

ii. La deuxième étude porte sur des patients victimes de traumatismes qui sont arrivés aux urgences munis d'une ceinture de contention pelvienne dont le positionnement a ensuite été qualifié de sous-optimal, la majorité ayant été placée trop haut; les femmes étaient plus exposées au risque de placement sous-optimal (13).

iii. Une troisième étude rétrospective a conclu que, dans de nombreux cas, le positionnement des ceintures de contention était inadéquat et qu'une formation complémentaire serait recommandée pour le personnel clinique participant à leur mise en place (5).

8. Selon des études sur l'état hémodynamique comme critère préalable à la pose préhospitalière d'une ceinture de contention pelvienne chez des patients adultes victimes de traumatismes, un état hémodynamique normal, associé à l'absence d'un mécanisme de blessure important, permet d'exclure la nécessité de la pose urgente de cette ceinture (8). Afin d'améliorer le placement de la ceinture de contention pelvienne, on a déterminé que des facteurs comme l'augmentation de la fréquence respiratoire, la prolongation du temps de remplissage capillaire et la hausse de l'indice de choc permettent de prédire la présence de lésions pelviennes graves (14).

9. Les ceintures de contention pelvienne sont considérées sans risque en raison de leur nature non invasive; d'ailleurs, aucun danger significatif associé à leur utilisation n'a été signalé à ce jour (15). Cependant, des complications telles que des ampoules et des ulcérations cutanées résultant d'une utilisation prolongée ont été signalées dans deux études de cas (1,2). En outre, dans le cas d'une fracture acétabulaire, une évaluation erronée de la pertinence d'une ceinture de contention pelvienne pourrait entraîner de graves complications liées aux lésions vasculaires et entraîner une détérioration hémodynamique (15).

10. Des examens de cas de patients ayant subi une fracture pelvienne au Nouveau-Brunswick ont permis de constater une divergence d'interprétation occasionnelle entre l'instabilité orthopédique et hémodynamique. Les patients atteints de blessures orthopédiques instables, mais qui sont stables sur le plan hémodynamique, ne nécessitent pas un transfert d'urgence vers un chirurgien pelvien. Les personnes présentant une fracture pelvienne **et** une instabilité hémodynamique doivent être transférées d'urgence vers un chirurgien pelvien après que des tentatives de stabilisation ont été faites au niveau local (16).

RECOMMANDATIONS :

- Ambulance Nouveau-Brunswick doit veiller à faire ce qui suit :
  - Tous les nouveaux paramédicaux doivent être formés à l'utilisation de ceintures de contention pelvienne.
  - Des possibilités de formation continue dans l'utilisation des ceintures pelviennes doivent être offertes annuellement, y compris l'évaluation des compétences en la matière.
  - Les protocoles relatifs à l'utilisation de ceintures de contention pelvienne doivent être établis ou mis à jour.

- L'utilisation du dispositif de dégagement de Kendrick (KED) pour la stabilisation des fractures pelviennes n'est pas recommandée.

- Pour tous les patients chez lesquels un traumatisme pelvien majeur est soupçonné au sein du service d'urgence, le recours à la ceinture de contention pelvienne doit être considéré dans la phase de soins de réanimation immédiate, si elle n'a pas déjà été posée par le personnel paramédical.

- Tous les centres de traumatologie du Nouveau-Brunswick (niveaux 1 à 5) devraient avoir un accès immédiat à une ceinture de contention pelvienne, ainsi qu'à du personnel formé sur son utilisation, afin de stabiliser rapidement le bassin du patient au service d'urgence.

- Si une ceinture de contention pelvienne est déjà en place à l'arrivée du patient au service d'urgence, elle ne doit pas être retirée pour réévaluer la stabilité pelvienne, mais seulement desserrée temporairement pour être repositionnée si nécessaire. Le retrait temporaire de la ceinture s'impose uniquement pour assurer un contrôle adéquat de l'hémorragie externe des plaies situées sous la ceinture de contention pelvienne.

- L'utilisation de la ceinture de contention pelvienne doit être limitée à 24 à 48 heures. L'utilisation prolongée et toute application en dehors des phases préhospitalières et d'urgence des soins devraient être supervisées par un chirurgien orthopédiste. Le risque de complications telles que la nécrose cutanée et les ulcérations de pression augmente avec une utilisation continue (16).

- Si l'utilisation continue est recommandée par un chirurgien orthopédique, les ceintures pelviennes doivent être détachées toutes les 12 heures afin de vérifier l'intégrité de la peau et de prodiguer des soins aux plaies, le cas échéant (17). Toute manipulation de la ceinture de contention pelvienne doit être documentée dans le dossier du patient.

Pose précoce en milieu <u>préhospitalier</u> :

- L'évaluation préhospitalière du bassin doit tenir compte du mécanisme de blessure, conformément à l'étape 3 des lignes directrices pour le triage sur place des cas de traumatisme, actuellement en vigueur.
- En outre, dans le cadre de l'évaluation du bassin, il faut demander au patient s'il ressent une douleur lors d'une légère palpation de la région du bassin, de la hanche ou de l'aine, dans le bas de l'abdomen ou dans le dos, ou s'il ressent un engourdissement ou des picotements dans les extrémités inférieures.
- Les paramédicaux doivent également s'assurer qu'il n'y a pas d'abrasions ou d'ecchymoses dans la région pelvienne et comparer la longueur des membres. En utilisant la paume des mains, exercer une légère pression médiane vers le bas sur les crêtes iliaques, ainsi qu'une légère pression sur la symphyse pubienne. En présence d'instabilité, de crépitation, de mouvement des os normalement stables du bassin, ou si le patient se plaint d'une douleur lorsque la pression est appliquée, soupçonner une fracture du bassin et envisager l'application d'une ceinture de contention pelvienne.
- Si les résultats sur l'échelle de Glasgow sont réduits ou si des blessures dites « distrayantes » sont présentes, éviter la palpation du bassin et envisager l'application immédiate d'un PCCD.
- Il est recommandé de limiter au maximum les mouvements du patient. Éviter de le faire rouler en bloc et pendant le transport, suivre les protocoles locaux concernant la restriction du mouvement de la colonne vertébrale. Il est fortement recommandé d'utiliser une civière cuillère.
- Au moment de l'application, l'ambulancier note la date et l'heure de la pose de la contention pelvienne et la signe.
- Si le patient est en hypotension artérielle et qu'une hémorragie est soupçonnée sans que la source soit apparente, il est recommandé de poser une ceinture de contention pelvienne en attendant que les blessures puissent être évaluées par l'établissement d'accueil.
- La stabilisation du bassin peut apporter du confort et faciliter le transport. Si possible, appliquer la ceinture de contention pelvienne avant le dégagement (18).
- Il est recommandé d'assurer une formation continue et une évaluation annuelle des compétences sur la pose appropriée de la ceinture de contention pelvienne en milieu préhospitalier.

Application ou poursuite de l'utilisation de la ceinture de contention pelvienne au <u>service d'urgence</u>

- La position de la ceinture de contention pelvienne doit être vérifiée à l'arrivée et, si nécessaire, ajustée pour s'assurer placement centré au niveau des grands trochanters.
- Si la ceinture de contention pelvienne n'est pas en place avant l'arrivée du patient au service d'urgence et que l'état de ce dernier correspond aux critères d'application du dispositif tels qu'indiqués ci-dessus, la ceinture pelvienne doit être posée au début de la phase de réanimation au service d'urgence. Il n'est pas nécessaire d'obtenir des preuves radiologiques avant la pose.
- Si on soupçonne chez le patient un traumatisme pelvien majeur nécessitant un transfert vers un niveau de soins supérieur, appliquer une ceinture de contention pelvienne avant le transfert.
- Le personnel infirmier du service d'urgence doit passer en revue la technique liée à la pose d'une ceinture de contention pelvienne comme une compétence à mettre à jour annuellement. (Voir : https://www.youtube.com/watch?v=aCJWhdQ37Xc&t=9s)
- Une ceinture de contention doit être immédiatement disponible et accessible dans tous les services d'urgence du Nouveau-Brunswick.

<u>Contre-indications</u>

- La ceinture de contention pelvienne est contre-indiquée si sa pose risque de recouvrir un objet logé dans la peau.
- Dans un cas confirmé de blessure pelvienne par compression latéral, il est recommandé de consulter un chirurgien orthopédique immédiatement, surtout si l'utilisation continue de la ceinture de contention pelvienne peut être nécessaire.

<u>Cessation d'utilisation</u>

- Si la ceinture de contention pelvienne est déjà en place à l'arrivée du patient au service d'urgence, elle ne doit pas être retirée aux fins d'une réévaluation de la stabilité pelvienne, mais uniquement pour un repositionnement adéquat, le cas échéant. Le retrait temporaire de la ceinture pelvienne doit être entrepris uniquement pour assurer un contrôle adéquat de l'hémorragie externe des plaies situées en dessous.
- Seul le médecin traitant ou le chirurgien orthopédique peut décider de mettre fin à l'utilisation de la ceinture de contention pelvienne.

Trauma NB

- Assurer la collecte continue de données destinées au registre de Trauma NB sur la pose de la ceinture de contention pelvienne en milieu préhospitalier et au service d'urgence.
- Dans le cadre du processus d'amélioration de la qualité, fournir une évaluation sur la pose de la ceinture de contention pelvienne dans le service d'urgence et collaborer avec ANB sur les processus connexes en matière d'éducation et d'amélioration de la qualité destinés au personnel paramédical.

Populations particulières :

- L'utilisation d'un drap au lieu d'une ceinture commercial est recommandée pour tous les patients pesant moins de 23 kg (50 lb).
- Pendant l'application d'un dispositif de contention pelvienne chez un enfant ou chez un adulte de petite taille pesant plus de 23 kg (50 lb), il est possible de le couper à la longueur voulue pour obtenir l'écart nécessaire entre la ligne médiane et le corps du patient.
- Pour les patientes enceintes, l'utilisation de la ceinture de contention pelvienne reste sûre et appropriée tant que les points de repère pour l'application puissent être identifiés.

- Chez les patients bariatriques, deux ceintures de contention pelvienne peuvent être raccordées ensemble pour créer une très grande ceinture.
- Les personnes âgées ayant subi un traumatismes présentent un indice de soupçon élevé de fractures pelviennes, même pour les traumatismes à basse énergie.

Niveau de preuve selon la démarche « GRADE » : Niveau B - recommandation

- En règle générale, les cliniciens devraient suivre les recommandations tout en demeurant attentifs aux nouveaux renseignements et sensibles aux préférences des patients.

Annexe A

Résumé de l'orientation clinique :
Blessures pelviennes et acétabulaires

Trauma NB

Annexe A
Résumé des Recommandations Cliniques
Blessure Pelvienne et Acétabulaire
Mise à jour : Octobre 2026

Blessure Pelvienne Soupçonnée

Utilisation d'une ceinture pelvienne

Stabilité sur le plan hémodynamique ?

Oui

Examens d'imagerie

Fracture pelvienne complexe ou blessure acétabulaire

Luxation:
- Consulter l'orthopédiste et
- Réduire si possible, ou
- Appeler la ligne de traumatologie

Nécessite une admission aux soins intensifs

Non

Service d'orthopédie disponible sur place

Oui

Hospitaliser le patient localement:
- Consulter l'orthopédiste sur place
- Admettre en orthopédie
- Pendant les heures de travail, le chirurgien orthopédiste sur place doit consulter le chirurgien orthopédiste sur appel de l'Hôpital régional de Saint John afin d'établir un plan de soins chirurgicaux définitif

Non

Appeler la ligne de traumatologie pour organiser le transfert

Oui

Niveaux 3 et 5
Appeler la ligne de traumatologie

Soins intensifs disponibles sur place

Oui

- Hospitaliser le patient localement
- Consulter le chirurgien orthopédiste sur place
- Pendant les heures de travail, le chirurgien orthopédiste sur place doit consulter le chirurgien orthopédiste de garde de l'Hôpital régional de Saint John afin d'établir un plan de soins chirurgicaux définitif

Non

Appeler la ligne de traumatologie pour organiser le transfert

Transfert entre établissements requis pour fournir des soins intensifs. Coordination effectuée par l'entremise de la ligne de traumatologie.

Non

Niveau 3 ou 5

- Soins de réanimation
- Envisager le protocole d'hémorragie massive
- Examens d'imagerie
- Consultation en orthopédie si possible (envisager une pré-alerte)

Appeler la ligne de traumatologie pour organiser le transfert

À envisager, si possible :
- Radiologie interventionnelle ou chirurgie vasculaire

Niveau 1 ou 2

- Soins de réanimation
- Envisager le protocole d'hémorragie massive
- Examens d'imagerie
- Consultation en orthopédie si possible (envisager une pré-alerte)

À envisager :
- Radiologie interventionnelle

Transfert entre établissements pour radiologie interventionnelle & ou une chirurgie vasculaire

Appeler la ligne de traumatologie pour organiser le transfert

Avec une ceinture pelvienne ou une fixation externe, la plupart des patients présentant une fracture du bassin et dont l'état hémodynamique est stable peuvent être pris en charge en toute sécurité dans un centre de traumatologie de niveau III disposant de compétences locales en orthopédie, jusqu'à ce qu'une prise en charge chirurgicale définitive soit planifiée.

***Les options de prise en charge définitive peuvent inclure une consultation auprès d'un chirurgien spécialisé dans la chirurgie du bassin pendant les heures ouvrables.**

Annexe B

Ceintures de contention pelvienne – FAQ

Ceintures de contention pelvienne – FAQ

Date : Le 1 novembre 2021 Version : 2.0

Référence : Déclaration de consensus de Trauma NB sur la gestion des traumatismes pelviens

CEINTURES DE CONTENTION PELVIENNE

Pour le patient non stabilisé sur le plan hémodynamique ayant une fracture pelvienne instable soupçonnée ou confirmée, la compression circonférentielle offerte par la ceinture de contention pelvienne assure une stabilisation hémodynamique précoce. La stabilisation du bassin réduit le volume pelvien, ce qui permet de tamponner le saignement. Elle permet également de réduire le mouvement de la fracture, ce qui amoindrit la douleur et aide à diminuer le risque de cisaillement des principaux vaisseaux sanguins durant le transport.

Quelles sont les indications pour l'utilisation d'une ceinture de contention pelvienne?

Patients instables sur le plan hémodynamique présentant une fracture pelvienne instable soupçonnée ou confirmée.

Quand est-ce l'utilisation d'une ceinture de contention pelvienne contre-indiquée?

La ceinture de contention pelvienne est contre-indiquée si sa pose risque de recouvrir un objet logé sous la peau. Si le patient présente à la fois une fracture du fémur et une instabilité pelvienne, l'immobilisation du fémur (des fémurs) doit être effectuée avant la pose de la ceinture pelvienne. Il ne faut pas oublier que les attelles à traction nuisent à l'utilisation de la ceinture de contention pelvienne. Dans ces cas, le recours à l'immobilisation classique des membres inférieurs est recommandé.

Quelles sont les recommandations quant à l'utilisation de la ceinture de contention pelvienne sur une patiente qui est de toute évidence enceinte?

Pourvu qu'il soit possible de déterminer les points de repère en vue de la pose de la ceinture, il est tout à fait sécuritaire d'utiliser la ceinture pelvienne.

Quel matériel est disponible pour la fixation du bassin?

Ambulance Nouveau-Brunswick et tous les services d'urgence du N.-B. utilisent la ceinture pelvienne *T-Pod Responder*. Si ce dispositif n'est pas disponible immédiatement, un simple drap peut être utilisé pour fixer le bassin; toutefois, il doit être appliqué par deux personnes et solidement sécurisé.

Qui peut poser la ceinture de contention pelvienne ou le drap?

Depuis juin 2016, tous les véhicules d'ANB sont équipés de ceintures de contention pelviennes. Les ambulanciers paramédicaux ont reçu la formation nécessaire pour poser ce dispositif sur tout patient admissible aux soins préhospitaliers. Trauma NB assure une formation et un enseignement pratique sur la ceinture de contention pelvienne aux infirmières et aux infirmiers. Si un complément de formation est nécessaire, veuillez communiquer avec l'Infirmière-ressource en traumatologie de Trauma NB dans votre établissement.

Pour les infirmières, l'application de la ceinture ou du drap pelvien doit être ordonnée par un médecin. Assurez-vous que l'ordonnance est fournie par écrit et que le nom du médecin est documenté.

Quand faut-il insérer une sonde urinaire?

Le besoin possible d'insérer une sonde urinaire n'a aucune incidence sur la décision des ambulanciers paramédicaux d'appliquer une ceinture pelvienne sur un patient admissible aux soins préhospitaliers. Si une ceinture pelvienne doit être posée chez le patient au service d'urgence, une sonde urinaire devrait être insérée préalablement. Avant l'insertion de la sonde, le médecin traitant doit être informé de toute présence de sang au méat urinaire ou d'autres signes de blessures urétrales ou vésicales. Si la sonde urinaire est contre-indiquée en raison de sang au méat urinaire ou de lésions urétrales ou vésicales, la ceinture de contention pelvienne doit être posée et l'urgentologue doit orienter le patient vers le service d'urologie local pour une consultation immédiate. Si aucun service d'urologie n'est disponible au niveau local, une consultation avec le traumatologue au moyen du Système d'aiguillage sans frais des patients victimes de traumatismes est recommandée.

Si un patient portant une ceinture pelvienne posée par des ambulanciers paramédicaux arrive au service d'urgence, quelles sont les principales responsabilités des infirmières?

1. S'assurer que la date et l'heure de la pose de la ceinture ou le drap sont notées sur le dispositif et paraphées par l'ambulancier paramédical.
2. Demander au personnel paramédical si des lésions sous-jacentes ont été notées sous la ceinture avant la pose.
3. Si la ceinture ou le drap a été posé sur les vêtements du patient, demander au personnel paramédical si les poches avaient été préalablement vérifiées et vidées.

Si un patient portant une ceinture de contention pelvienne ou un drap pelvien arrive d'un autre service d'urgence ou établissement de santé ou d'une autre unité infirmière, quelles sont les principales responsabilités des infirmières?

1. S'assurer que la date et l'heure de la pose de la ceinture sont documentées sur la ceinture et paraphées.
2. Demander au personnel chargé du transfert si la ceinture ou le drap est en place depuis plus de 12 heures. Si oui, confirmer si la ceinture ou le drap a été détaché pour vérifier l'intégrité de la peau; dans l'affirmative, confirmer l'heure du détachement. Si la ceinture ou le drap est en place depuis plus de 12 heures sans vérification de l'intégrité de la peau, une consultation auprès du service de chirurgie orthopédique est recommandée. Si le service de chirurgie orthopédique n'est pas disponible, une consultation avec le traumatologue au moyen du Système d'aiguillage sans frais des patients victimes de traumatismes est recommandée.

Dès l'arrivée au service d'urgence ou à l'unité infirmière du patient portant une ceinture pelvienne ou un drap pelvien, faut-il détacher immédiatement ce mécanisme de contention afin de réévaluer la stabilité pelvienne?

Non. Le mécanisme de contention ne doit être détaché qu'à condition qu'un chirurgien orthopédique soit présent et demande la réévaluation du bassin. Pour assurer la maîtrise adéquate de l'hémorragie externe d'une plaie sous la ceinture pelvienne ou pour faciliter l'accès au patient et l'évaluation continue de ce dernier, le relâchement temporaire de la ceinture pelvienne est également justifié, sous

la surveillance directe d'un médecin. Dans un cas comme dans l'autre, documenter sur la ceinture l'heure et la date de son détachement et parapher. De plus, documenter sur le dossier du patient la durée en minutes du détachement et la réponse du patient au détachement temporaire.

Quels documents sont requis au moment de mettre fin à l'utilisation de la ceinture de contention pelvienne?

Après confirmation d'un ordre d'arrêt écrit, l'infirmière doit consigner la date et l'heure du retrait de la ceinture pelvienne, la réponse du patient, l'ensemble des signes vitaux et l'évaluation de l'intégrité cutanée de la région pelvienne.

Comment poser une ceinture de contention pelvienne?

Des ressources pédagogiques sont accessibles en ligne à l'adresse suivante :
https://www.youtube.com/watch?v=aCJWhdQ37Xc&t=9s

Comment poser un drap pelvien? Voici deux bonnes ressources :

https://www.youtube.com/watch?v=K45pODWw534
https://www.youtube.com/watch?v=FieMnAze4s8

Peut-on utiliser sans risque des appareils de radiographie (c.-à-d. tomodensitomètre, IRM) si le patient porte une ceinture de contention pelvienne?

Oui, la ceinture pelvienne est entièrement radiotransparente.

Que faire si le patient est trop gros pour une ceinture pelvienne?

Chez les patients bariatriques, deux ceintures de contention pelvienne peuvent être liées ensemble pour créer une très grande ceinture. Il suffit d'utiliser l'une des deux unités de force soutenues par des bandes Velcro pour les joindre et d'utiliser l'autre unité de force pour serrer la ceinture.

Que faut-il utiliser chez les adultes de petite taille?

La ceinture pelvienne doit être coupée pour s'adapter à la taille du patient, avec l'écart médian approprié de 15 à 20 cm (6 à 8 pouces).

Que faire dans le cas d'enfants qui pèsent moins de 23 kg (50 livres)?

Pour les patients qui pèsent moins de 23 kg (50 livres), un drap au lieu d'une ceinture pelvienne devrait être utilisé.

Quand faut-il consigner dans le dossier du patient les données sur la ceinture ou le drap pelvien?

C'est au moment où la ceinture est mise en place qu'il faut consigner ces données dans le dossier du patient. Il s'agit des renseignements suivants :

- Le nom de la personne qui l'applique ainsi que la date et l'heure de la pose;
- Tout incident de détachement de la ceinture pour l'évaluation de l'intégrité de la peau et la durée du détachement;
- Enlèvement de la ceinture : par qui, date, heure et intégrité de la peau, après le retrait.

- Documentation de l'état neurovasculaire des membres inférieurs avant l'application et après la mise en place de la ceinture ou le drap, et à intervalles réguliers si le mécanisme de contention reste en place plus de 12 heures.

À quelle fréquence faut-il détacher la ceinture ou le drap pour vérifier l'intégrité de la peau?

Toutes les 12 heures, la ceinture ou le drap devrait être détaché, sous la supervision directe d'un médecin traitant, pour vérifier la présence de lésions cutanées.

Combien de temps la ceinture pelvienne restera-t-elle en place?

Elle restera en place jusqu'au moment où on déterminera que le saignement ne provient pas du bassin et que la fracture est stable, ou jusqu'au transport du patient à la salle d'opération ou au service de radiologie interventionnelle, soit pour une réparation définitive ou l'application d'un fixateur externe. Dans certains cas, la ceinture pelvienne peut rester en place jusqu'au transfert du patient vers un autre établissement effectuant la réparation définitive.

Quels sont les chirurgiens orthopédistes spécialisés dans la réparation des fractures pelviennes complexes?

À ce moment, le Dr James Wagg (HRSJ) et le Dr Abdallah Husseini (HDM) sont les seuls chirurgiens orthopédiques qui possèdent la formation postdoctorale nécessaire pour réparer les fractures pelviennes complexes. Néanmoins, tous les chirurgiens orthopédiques sont en mesure d'évaluer, de diriger la prise en charge initiale et de faciliter la stabilisation dans la phase aiguë. Trauma NB assure la prestation à jour des soins entourant la réparation définitive des fractures pelviennes complexes en autorisant les traumatologues, au besoin, à prendre en charge les transferts aux destinations les plus appropriées.

Quand le transfert en vue de la réparation définitive des fractures pelviennes complexes est-il nécessaire?

Ça dépend! Les patients qui continuent d'être instables sur le plan hémodynamique (patients en hypotension ou ayant besoin de produits sanguins pour stabiliser leur pression artérielle) par suite d'une fracture pelvienne instable doivent être transférés d'urgence à un centre qui peut procéder à l'embolisation des vaisseaux sanguins pour arrêter leur saignement ou mener à bien la réparation orthopédique de manière définitive. Les traumatologues peuvent consulter les chirurgiens généraux locaux s'il semble important de procéder à une chirurgie pour empêcher la dégradation de l'état du patient avant le transfert.

Cependant, les patients atteints de fractures pelviennes complexes qui sont stables sur le plan hémodynamique n'ont pas besoin d'être immédiatement transférés à des fins de réparation définitive. Si la blessure se confine au bassin, on peut prévoir le transfert le lendemain ou quelques jours plus tard. Un appel précoce au Système d'aiguillage sans frais pendant la phase de soins au service d'urgence est toujours encouragé pour discuter du plan de transfert avec le traumatologue.