



COLLEGE DE MEDECINE D'URGENCE DE BOURGOGNE

Procédure N° 002

<i>Rédacteurs</i>	Dr D. HONNART (Dijon)
<i>Date</i>	22/05/00
<i>Validation</i>	P. JL. SAUTREAUX, P. KL MOURIER (Neurochirurgie)
<i>Approbation</i>	
<i>Source</i>	Recommandations Société Française de Neurochirurgie, 1998
<i>Applicable</i>	Médecins urgences

PRISE EN CHARGE DES TRAUMATISMES CRANIENS LEGERS

Objet : Préciser le recueil des données, les indications de scanner et d'hospitalisation des traumatismes crâniens légers.

Tout TC même bénin peut se compliquer dans les premières heures. L'examen clinique initial est essentiel pour détecter les patients à risque et décider de l'indication du scanner et de l'hospitalisation.

L'examen clinique initial doit noter :

- les circonstances du traumatisme, les antécédents,
- la notion de PCI et d'amnésie post-traumatique,
- les signes fonctionnels : céphalées, vertiges, nausées et vomissements, troubles visuels,
- le niveau de conscience et de vigilance par le score de Glasgow,

CMUB.		Procédure Médecins	
N° de version: 01	Date d'application: 01062000	Réf.: CMUB-	Pagination 2 / 5 pages

- des signes focaux : déficit moteur, asymétrie des ROT, RCP,
- l'état et la réactivité pupillaires, l'oculo-motricité,
- la mimique faciale (manœuvre de Pierre Marie et Foix),
- les constantes vitales : PA, Fc et Fr,
- la présence d'une otorragie, d'une otorrhée, d'une rhinorrhée.

La palpation du crâne est systématique, de même toute plaie du cuir chevelu doit être explorée avant fermeture à la recherche d'une embarrure. La radiographie du crâne qui ne modifie pas la prise en charge des TC est inutile sauf pour éliminer une embarrure en cas de large plaie d'exploration difficile. En l'absence de signe clinique d'appel chez un blessé à l'interrogatoire fiable, les radiographies systématiques du rachis cervical ne sont pas indiquées. Le fond d'œil et l'EEG sont sans intérêt pour ces TC légers.

Répondent à la définition du TC léger les traumatisés dont le score de Glasgow est de 14 ou 15, sans signe focal, sans fistule de LCR, sans embarrure. Plusieurs groupes peuvent être individualisés, avec chacun une conduite à tenir propre selon la présence ou non de facteurs de risque qui sont : l'alcoolisme, la prise de drogue, d'anticoagulants, l'épilepsie, un entourage non fiable ou absent (personne âgée) ne permettant pas le retour à domicile.

La qualité de la surveillance permet de détecter toute aggravation et donc autorise sans risque le scanner différé dans des cas bien ciblés.

CMUB.	Procédure Médecins		
N° de version: 01	Date d'application: 01062000	Réf.: CMUB-	Pagination 3 / 5 pages

Groupe 0

- pas de PC, pas de facteur de risque, pas de signe d'accompagnement
- douleur au site du trauma (contusion cutanée)
- observation brève, retour domicile avec document écrit, pas d'arrêt de travail systématique

Groupe 0 à risque

- hospitalisation 24h et TDM différée

Groupe 1

- GCS 15, PC et amnésie post-traumatique, céphalées qui s'aggravent, vertiges, vomissements, large plaie crânienne
- hospitalisation 24h et TDM dans les 2 heures si les signes persistent (systématique si facteurs de risque ou anesthésie générale prévue)

Groupe 2

- GCS 14 à plus de 30 min du TC (donc à l'entrée au SAU)
- Somnolence ou confusion sans signe déficitaire
- PC et amnésie des faits
- TDM en urgence, hospitalisation jusqu'à récupération complète

Groupe 3

- GCS 14 et 15 avec fracture du massif facial (OPN, malaire, mandibule)
- TDM en urgence si GCS14 ou anesthésie prévue, différée si GCS15 et hospitalisation

En cas de lésion au scanner, avis neurochirurgical ; contrôle obligatoire si troubles de la coagulation.

	GCS	Signes associés	Scanner	Mise en observation
Groupe 0	15	Pas de PC	NON	NON
Groupe 1	15	PC, amnésie céphalées, vertiges	Si signes persistants	< 24 heures
Groupes 0-1	15	Facteurs de risque	Systematique	Systematique
Groupe 2	14	Confusion, amnésie Vomissements	Systematique	Systematique
Groupe 3	14-15	Trauma massif facial	Systematique	Systematique

**Référence : Guide-lines concernant les traumatismes crâniens légers de l'adulte
F Lapierre et la Société Française de Neurochirurgie
Neurochirurgie, 1998, 44, 55-56**

CMUB.	Procédure Médecins		
N° de version: 01	Date d'application: 01062000	Réf.: CMUB-	Pagination 5 / 5 pages

Surveillance des TC en UHCD

- conscience (GCS), pupilles, déficit, pouls, pression artérielle
- de H0 à H8 : par heure
- de H8 à H20 :
 - par 3 heures si patient stable
 - par heure si aggravation (et prévenir garde)
- après H20 : par 6 heures

Bilan à faire

- aucun en règle générale
- si patient GCS 14 ou présence d'une lésion au scanner : au minimum groupage sanguin 2 déterminations + ACI, plaquettes, TP et TCA

Les traumatismes crâniens graves et modérés ne relèvent pas de ce protocole.

TC modérés

Ils rassemblent les TC dont le score de Glasgow est entre 9 et 13 inclus et ceux dont le score est de 14 ou 15 mais sont accompagnés de signes focaux, d'une plaie pénétrante ou d'une embarrure.

Les données de l'examen neurologique initial doivent être consignés par écrit avant une éventuelle sédation en cas d'agitation, pour permettre un scanner sans artéfact. Le scanner est obligatoire en urgence. Un avis neurochirurgical doit être sollicité.

CMUB.	Procédure Médecins		
N° de version: 01	Date d'application: 01062000	Réf.: CMUB-	Pagination 6 / 5 pages

TC graves d'emblée

Ce sont les TC dont le score de Glasgow est inférieur ou égal à 8.

Le scanner doit être demandé en urgence. Il faut s'assurer que le bilan biologique avec le groupage, les ACI, la coagulation soit prélevé et acheminé au laboratoire. Le patient, en règle amené par le SMUR, doit être pris en charge par un anesthésiste-réanimateur. Le conditionnement et les thérapeutiques se feront conformément au guide des bonnes pratiques cliniques de l'ANAES. Un avis neurochirurgical doit être sollicité.

CMUB.	Procédure Médecins			
N° de version: 01	Date d'application: 01062000	Réf.: CMUB-	Pagination	7 / 5 pages

Recommandations écrites à donner aux patients non hospitalisés.

Madame, Monsieur,

Vous avez été victime d'un **traumatisme crânien léger** dont l'évolution sera favorable. C'est conformément aux recommandations scientifiques actuelles que vous n'avez pas eu de radiographies du crâne. Afin d'éviter une hospitalisation inutile, votre sortie a été autorisée ; cependant une surveillance s'impose dans les 24 heures qui suivent et il est nécessaire que vous ne restiez pas seul.

Voici la liste des symptômes qui doivent conduire votre entourage à rappeler le service :

- **somnolence excessive** : s'il est normal de ressentir une certaine fatigue après l'accident, la personne doit rester réveillable
- **vomissements persistants** : il est habituel de vomir après un traumatisme crânien mais les vomissements ne doivent pas se répéter plus de deux ou trois fois ni reprendre après avoir cessé
- **troubles visuels** : l'apparition d'une vision double avec des yeux qui ne se déplacent pas de façon symétrique, une pupille qui devient plus large que l'autre sont des signes anormaux
- **difficulté à bouger un membre** : le blessé n'arrive plus à utiliser un bras ou une jambe ou éprouve des difficultés à marcher
- **troubles de la parole** : les paroles deviennent incompréhensibles ou le blessé n'arrive plus à parler
- **mal de tête** : fréquent après un traumatisme crânien il ne doit pas augmenter d'intensité et doit s'atténuer avec le traitement prescrit ; vous ne devez pas prendre d'aspirine
- **convulsions** : une crise d'épilepsie peut parfois se produire après un traumatisme crânien même bénin ; il faut veiller à ce que le malade ne se blesse pas (l'allonger sur le sol, veiller à ce que la tête ne heurte rien) et appeler le SAMU.

En cas d'apparition des symptômes ci-dessus, vous devez :

- appeler votre médecin traitant ou le service ☎
- soit appeler le SAMU (☎ 15) en cas de signes de gravité

Je soussigné, _____, déclare avoir pris connaissance des recommandations écrites ci-dessus dont je garde un exemplaire.