

Traumatismes Crâniens

Recommandations générales

Cf. conférence de consensus SRLF (Tours. 1990).

En Général

- 1 Tout traumatisme crânien doit être classé selon son risque évolutif d'après les groupes de Masters .
- 2 Cette classification est une aide indispensable pour la demande des examens d'imageries et pour la conduite à tenir qui prend en compte également d'autres éléments : notion de perte de connaissance certaine, amnésie post-traumatique, agitation, troubles mnésiques ...
- 3 La tomodensitométrie crânienne rapide est particulièrement utile pour décision d'un transfert et/ou d'un geste neurochirurgical et d'une sortie rapide du malade. Un Score de Glasgow inférieur à 13 classe le malade en groupe 3 de Masters et implique une tomodensitométrie en urgence.

Attention

- Une éthanolémie élevée n'est pas suffisante pour porter le diagnostic de coma éthylique. Chez un éthylique chronique, une éthanolémie de l'ordre de 2 à 3 g/l n'explique pas un trouble de vigilance.
- Les malades qui ne sont pas gardés en hospitalisation (y compris après tomodensitométrie crânienne) doivent recevoir un document concernant leur surveillance .
- Les crises comitiales doivent être traitées. Le patient doit garder une tête droite en position à 30° par rapport à l'horizontale. Il faut limiter les agressions nociceptives.
- En cas d'agitation, rendant la prise en charge difficile, une sédation doit être utilisée. Il vaut mieux utiliser des benzodiazépines (Midazolam HYPNOVEL® qui ont l'avantage d'avoir leurs effets sédatifs annulés par l'injection de flumazénil (Anexate®) .

A Retenir

Tout patient du groupe 3 de Masters doit avoir un scanner crânien le plus rapidement possible... Ne faut pas attendre une sémiologie d'hématome extradural avant de demander un scanner crânien.

Tout traumatisé crânien est potentiellement un traumatisé du rachis cervical.

Un patient traumatisé crânien qui présente une agitation doit être calmé par des médicaments si cette agitation comporte un risque pour lui-même . ou les autres ou si elle rend sa prise en charge difficile.

Les Trois Groupes de Masters

Groupe 1 (risques faibles)

- Patient asymptomatique.
- Céphalées.
- Sensations ébrieuses.
- Hématome, blessure, contusion ou abrasion du scalp.
- Absence de signe des groupes 2 et 3.

Groupe 2 (risques modérés)

- Modification de la conscience au moment de l'accident ou dans les suites immédiates (" perte de connaissance ").
- Céphalées progressives.
- Intoxication (drogue, alcool).
- Histoire peu fiable des circonstances de l'accident (par ex : perte de connaissance indéterminée).
- Crise comitiale après l'accident.
- Vomissements.
- Amnésie post-traumatique.
- Polytraumatisme.
- Lésions faciales sévères associées.
- Signes de fracture basilaire.
- Possibilité de fracture avec dépression ou lésion pénétrante.
- Enfant de moins de 2 ans ou suspicion de maltraitance.

Groupe 3 (risques élevés)

- Altération du niveau de conscience (à l'exclusion d'une cause toxique, d'une comitialité) c'est-à-dire un Score de Glasgow inférieur à 13/15.
- Signes neurologiques focaux.
- Diminution progressive de l'état de conscience.
- Plaie pénétrante.
- Embarrure probable.

Conduite Pratique

1. Groupe 1 de Masters

Radiographies du crâne inutiles.

Retour à domicile avec instructions écrites de surveillance, remises au patient. En cas de surveillance à domicile est impossible : hospitalisation brève.

2. Groupe 2 de Masters

Dans les centres disposant de scanners : **radiographies du crâne inutiles.**

Deux attitudes sont possibles :

- surveillance, habituellement de 48 heures (en dehors d'éventuelles lésions associées), et scanner crânien en fonction de l'évolution.
- scanner crânien pour tous les patients et retour à domicile si le scanner est normal, avec instructions écrites de surveillance (en dehors d'éventuelles lésions associées).

Dans les centres ne disposant pas de scanner : radiographies du crâne possibles (la constatation d'une fracture crânienne étant un argument de transfert).

3. Groupe 3 de Masters

Radiographies du crâne inutiles. Scanner crânien en urgence et transfert en milieu spécialisé en fonction du résultat. Tout patient du groupe 3 ne nécessite pas de transfert en neurochirurgie. Ce transfert se discute avec les équipes concernées au cas par cas et en fonction des données scanographiques.

ECHELLE DE GLASGOW

Ouverture des yeux		Réponse verbale		Meilleure réponse motrice	
				6	Obéit (à l'ordre oral)
		5	Orientée	5	Orientée (à au moins 2 endroits - tend à faire disparaître la douleur)
4	Spontanée	4	Confuse (signes de confusion et de désorientation)	4	Évitement (pas de réponse orientée - flexion rapide du coude avec évitement)
3	Au bruit (parole)	3	Inappropriée (conversation impossible)	3	Décortication (flexion lente du MS - extension du MI)
2	A la douleur (Stimuli nociceptif au niveau des membres ou du tronc)	2	Incompréhensible (gémissements - grognements)	2	Décérébration (rotation interne et hyperextension du MS - extensio et flexion plantaire au MI)
1	Jamais	1	Rien	1	Rien

Instructions de sortie - Conseils aux traumatisés crâniens

Madame, Monsieur.

Vous (ou un de vos proches) venez d'être victime d'un traumatisme crânien a priori bénin. Il n'y a pas lieu de vous faire de radiographie du crâne qui n'apporterait aucun renseignement utile. ni de poursuivre une hospitalisation.

Il convient toutefois de vous surveiller pendant quelques jours. Cette surveillance sera effectuée au mieux par vous-même ou votre entourage.

L'apparition de :

- maux de tête,
 - somnolence,
 - vomissements,
 - difficultés à bouger un bras ou une jambe,
 - sensation anormale d'un membre,
 - trouble de la vision,
 - démarche anormale ou instable,
 - perte de connaissance, trouble de la conscience
- doit vous faire regagner l'hôpital rapidement pour y être examiné et avoir un scanner crânien si nécessaire.

Au moindre doute, vous pouvez toujours appeler votre médecin traitant ou consulter dans un service d'Urgences qui est à votre disposition 24 h/24 h.

Signature

