

TCC, scanner ...?

Dre A. Potric

Le 13.12.2017

HUG

Plan

- Vignettes cliniques
- Présentation protocole HUG
 - définition et éléments physiopathologiques
 - prise en charge initiale
 - indication au CT cérébral
 - attitude en fonction du résultat du CT
 - RAD
- Protocole RUG
- Conclusion

Vignettes clinique 1

- Patient B. P. 43 ans
- Chute accidentelle 24 h avant cst, réception sur le visage, TC sans PC
- ATCD: OH chronique, tt par Méthadone
- Xarelto arrêté la veille de la chute
- Présente hématome en lunette
- Examen neuro dans la norme
- Parti de la VV - longue attente
- Revenu lendemain pour CT

Vignettes clinique 2

- Patiente F.H ,77 ans TC sans PC
- Chute accidentelle de sa hauteur contre une barre métallique
- TT: Aspirine
- GC 13 récupération complète après 50 minutes
- Examen clinique normal
- Vit seule à domicile

Vignettes clinique 3

- Patient S.B. 23 ans
- reçoit un coup de poing sur le visage
- pas de PC
- examen clinique normal
- plaie de l'arcade
- pas de consommation d'OH ni substances

Vignettes clinique 4

- Patient 54 ans, BSH, pas de ttt
- Chute dans les escaliers
- PC et amnésie circonstancielle.
- Glasgow 14/15 (Y4, V4, M6)
- Divers: Il rapporte avoir consommé une demi bouteille de vin

Scanner ou pas?

TRAUMATISME CRÂNIEN

- Le protocole s'applique à tout traumatisme crânien datant de < 24 heures

Les critères d'impact à haute vélocité (IHV)

- Vitesse avec impact
 - Voiture ≥ 64 Km/h
 - Moto ≥ 35 Km/h
 - Piéton/cycliste frappé à plus de 8 km/h
- Chute ≥ 6 mètres Autre(s)
- Autre(s) occupant(s) décédé(s) lors de l'accident
- Éjection, tonneaux
- Déformation/intrusion de l'habitacle
- Désincarcération ≥ 20 min

ref: Urgences Santé, août 2010

Définition et éléments physiopathologiques

- TC (traumatisme crânien simple)
 - GCS 15, pas de PC ni d'amnésie
- TCC mineur (traumatisme crânien léger)
 - GCS 15 avec altération transitoire en pré-hosp
 - GCS 13-14 avec récupération complète <2 h
- TCC modéré : GCS 9-12
- TCC sévère : GCS < 9

Définition et éléments physiopathologiques

- Facteurs favorisants:
- Amnésie rétrograde >30 minutes
 - Déficit neurologique focal
 - OH
 - Age > 65 ans
 - AC, antiagrégants, coagulopathie
 - Cinétique
 - Convulsions post-traumatiques
 - Céphalées sèvres
 - Fracture massif facial, crâne, base du crâne

Définition et éléments physiopathologiques

- Lésion cérébrale primaire > conséquence directe du traumatisme
 - Lésion axonale diffuse.
 - Contusion cérébrale focale, hématome intra-parenchymateux.
 - Lésion extra-axiale hématome épidural

Définition et éléments physiopathologiques

- **lésion cérébrale secondaire :**
 - aggravation dans les heures ou les jours
- sous influence de divers facteurs :
 - hypotension
 - hyperthermie
 - hypoxémie
 - convulsions

Prise en charge initiale, prescriptions et surveillance

- **TC simple**
 - voie ambulatoire
- **TCC mineur :**
 - VVP, Perfusion de NaCl 0,9% (pas de glucose!)
 - surveillance dans un box pendant 4 heures
 - si pas de CT cérébral, surveillance de 12 heures
 - Examens de laboratoire

Prise en charge initiale, prescriptions et surveillance

- **TCC modéré / sévère : Trauma team**
 - à l'hôpital : trieur de chir, neurochir, anesth
 - prise en charge selon les principes de l'ATLS.
 - CT cérébral + cervical (ou Total Body Scan)
 - surveillance du patient en attente

Indication au CT cérébral

- présence de critères de gravité
- **Faut-il faire un CT de la colonne cervicale?**
 - critères de NEXUS
 - mécanisme à risque:
 - chute > 1 mètre
 - collision à haute énergie
 - impact sur la tête

NEXUS rachis cervical

Critère d'inclusion	Tout patient se présentant aux urgences pour un traumatisme cervical non pénétrant
Permet d'exclure	Toute lésion cervicale osseuse hormis: <ul style="list-style-type: none">• fracture de processus épineux ou transverse• avulsion sans lésion ligamentaire associée• fracture-compression avec perte de moins de 25% de la hauteur du mur antérieur• fracture ostéophysaire, fracture de plateau• lésion limitée à l'os spongieux• fracture de l'odontoides type I selon Anderson-d'Alonso
Critères	Une fracture cervicale peut être exclue sans examen radiologique si le patient ne présente pas: <ul style="list-style-type: none">• de douleur à la palpation de la ligne médiane cervicale postérieure• de déficit neurologique focal• un GCS < 15 ou une désorientation• des signes d'intoxication• une autre douleur susceptible de masquer une douleur cervicale
Remarque	Ces critères ont aussi été validés par la suite pour les populations pédiatriques (2-17 ans) ¹ et gériatriques (> 65 ans) ²

Adam-Scott Feiner, Henri Duruz
Quand référer aux urgences un patient présentant un trauma de l'appareil locomoteur ?
Rev Med Suisse 2010;1550-1554

Attitude en fonction du résultat du CT :

- Anomalie au CT Avis neurochirurgical
- Facteurs imposant de garder un patient en surveillance après un TCC mineur

Retour à domicile après un traumatisme crânien

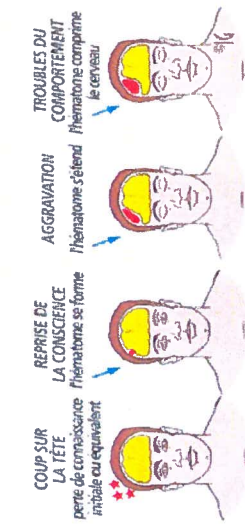
- GCS 15
- Pas d'indication à faire un CT cérébral ou pas d'anomalie au CT
- Présence d'anomalies au CT, avis neurochirurgical autorisant la sortie

Retour à domicile après un traumatisme crânien

- Absence des critères suivants :
 - vomissements ou céphalées importantes
 - Intoxication (OH, médicaments,...) non résolue
- Situation sociale permettant une surveillance fiable après la sortie
- Consignes traumatisme crânien

Symptomatologie persistante à domicile :

- manque de concentration
- fatigue
- céphalée légère



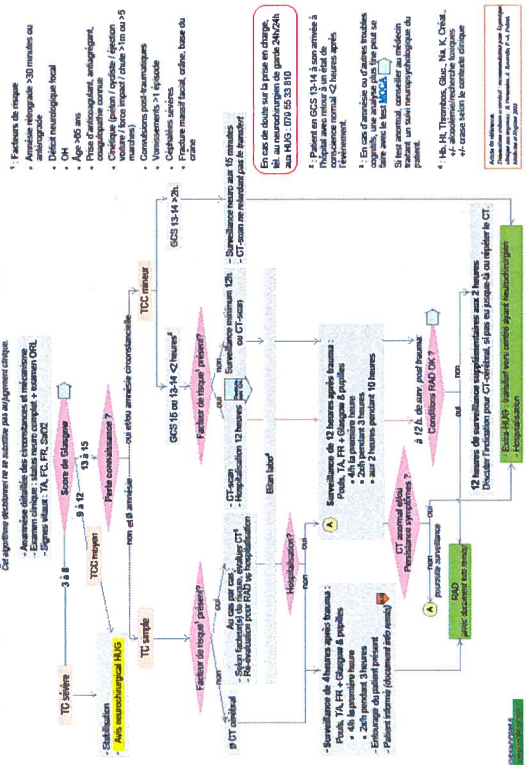
Protocole RUG de TCC

- Attitude appliquée par tous les centres à Genève
- Baser sur les recommandations actuelles
- But: systématiser la prise en charge

Vignettes clinique 1

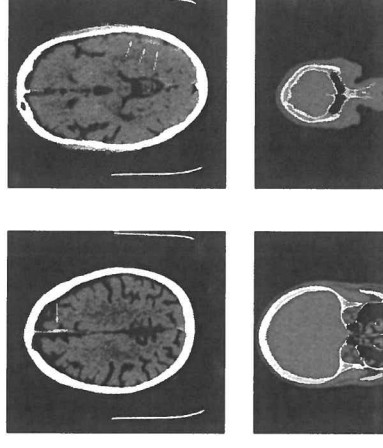
- Patient B. P. 43 ans
- Chute accidentelle 24 avant cst, réception sur le visage, TC sans PC
- ATCD: OH chronique, tt par Méthadone
- Xarelto arrêté la veille de la chute
- Présente hématome en lunette
- Examen neuro dans la norme
- Parti de la VV - longue attente
- Revenu lendemain pour CT

Prise en charge d'un TRAUMATISME CRANIEN en Urgence



PROPOSITION?

Résultat de CT massif facial+cerebral



Résultat de CT massif facial+cerebral

- Hématome sous dural de la convexité gauche, de la faux du cerveau et de la tente du cervelet
- Contusion temporo basale gauche au contact du rocher.
- Fractures du plancher de l'orbite droite, du vomer et des os propres du nez.

Attitude:

- Dg: HSD G aigu et sub-aigu traumatique
CAVE: Absence de signes neuro
- Côté dans 4 semaines par CT et cs neurochir
- hospitalisation pour sevrage OH

Vignettes clinique 2

- Patiente F.H ,77 ans TC sans PC
- Chute accidentelle de sa hauteur contre une barre métallique
- TT: Aspirine
- GC 13 récupération compète après 50 minutes
- Examen clinique normal
- Vit seule à domicile

PROPOSITION?

Résultat de CT

- normal

Attitude:

- TCC mineur
- labo
- Observation de 12 h
- RAD avec les consignes

Vignettes clinique 3

- Patient S.B. 23 ans
- reçoit un coup de poing sur le visage
- pas PC
- examen neuro normal
- plaie de l'arcade
- pas de consommation d'OH ni substances

PROPOSITION?

Attitude:

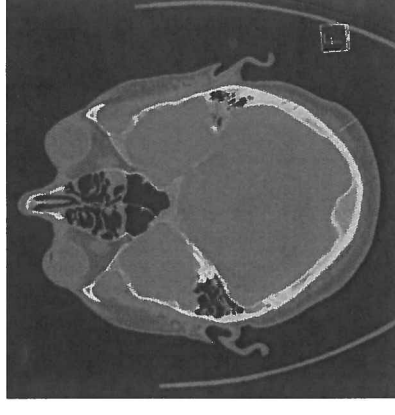
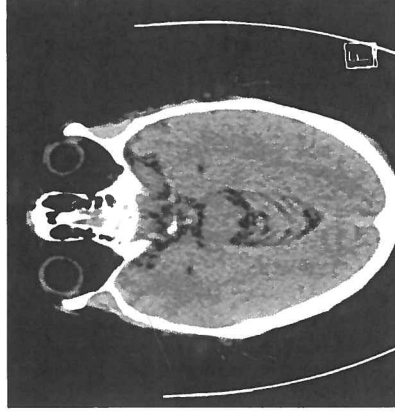
- Suture
- Réassurance du patient
- RAD
- Feuille de TC donnée

Vignettes clinique 4

- Patient 54 ans, BSH, pas de ttt
- Chute dans les escaliers
- PC et amnésie circonstancielle.
- Glasgow 14/15 (Y4, V4, M6)
- Divers: Il rapporte avoir consommé une demi bouteille de vin

PROPOSITION?

Résultat de CT cerebral



Résultat de CT cerebral

- Hémorragie sous-arachnoïdienne traumatique temporal droite (14/11/2017)
- Fracture de l'os occipital gauche, non-deplacée
- Hématome cérébral sous-dural traumatique aigue millimétrique temporo-polaire droit. (14/11/2017)

Attitude

- Hospitalisation au SI
- Le CT scan cérébral de contrôle réalisé à 6h et 72H du premier
- Pas nouveau saignement intracrânien
- Côté dans 6 semaines par CT et cs neurochir

Take home message

- Les recommandations actuelles sont une aide
- Clinique avant tout!!!
- Méfiez vous des AC
- Travaux de recherche nécessaire

MERCI

