

Talk and die syndrome, diagnostic et prise en charge du traumatisme crânien léger et modéré

S. Benbernou

gsoumia@hotmail.com

Introduction

- Le niveau de conscience après un traumatisme crânien en général correspond au pronostic global d'un individu.
- Des malades capables de parler sont attendus comme avoir un bon pronostic.
- Il existe cependant un sous-ensemble des patients qui, bien qu'ils aient parlé après un traumatisme, se détériorent soudainement et succomber
- Le traumatisme crânien mineur est un problème de santé publique .
- Il est souvent sous estimé dans nos structures et par nos praticiens
- Il est à l'origine de décès chaque année.

Epidémiologie

- Trauma Brain Injury (TBI) est un problème de santé publique grave problème, souvent désigné comme une épidémie silencieuse en raison à un manque de sensibilisation du public .
- TBI est toujours le leader cause de mortalité et de morbidité dans le monde entier pour personnes de moins de 45 ans .
- 1,4 million de personnes ont subi des TBI au Royaume-Uni
- On estime que 5,3 millions d' Américains vivent avec un handicap résultant de TBI.
- Le TCC léger seuls coûts de la nation 17 milliards de dollars chaque année .

Définition du traumatisme crânien

- *Toute agression mécanique directe ou indirecte responsable soit d'une fracture du crâne, soit de trouble de conscience, soit de l'apparition secondaire ou retardée de signes traduisant une souffrance encéphalique diffuse ou localisée.*

Un tel événement a été qualifié de "parler et mourir" par Reilly et coll. en 1975.

Le terme "parler et mourir" n'est pas qu'une fantaisie combinaison de mots, mais il mais il représente tout un événement qui vient dans l'attention dans son dénouement lamentable.

Le « parler et mourir » ou « parler et « détériorer »
est le témoin d'une augmentation de la pression intracrânienne secondaire à un saignement

**PATIENTS WITH HEAD INJURY
WHO TALK AND DIE**

PETER L. REILLY J. HUME ADAMS
DAVID I. GRAHAM BRYAN JENNETT

*University Departments of Neuropathology and
Neurosurgery, Institute of Neurological Sciences, Glasgow*

Summary Of 66 patients with head injuries who had talked at some time after injury, 25% did not have intracranial hæmatoma at necropsy. Most of these had raised intracranial pressure (I.C.P.), and the commonest finding was local swelling related to contusions. Almost half of the non-hæmatoma cases had ischaemic or hypoxic brain damage, usually without contusions; 5 were children who had had status epilepticus. Fatality without raised I.C.P. was most often due to meningitis. In deteriorating patients without hæmatoma mortality and morbidity might be reduced by more accurate diagnosis and treatment, particularly of raised I.C.P.

Introduction

CONCERN about the possibility of serious complications is the main reason why each year many thousands of patients are admitted to hospital for observation

talked after head injury were the neuropathological features of diffuse immediate-impact injury found.¹

Where "talking" was so normal that the patient had not been admitted to hospital at first or had not even sought medical advice immediately he was regarded as having been "completely" lucid. A "partial" lucid interval ranged from confused speech to a few muttered words. Talking is often equated with consciousness, but patients who appear fully conscious may subsequently prove to have no memory of a period during which they were talking. For this reason we prefer to define these patients as having talked, rather than to claim that they have been conscious, at some stage between injury and death. The age range for the full series was seven months to eighty-six years. 2 infants, aged seven months and eight months, did not, of course, talk but they were considered to have been lucid. Although there was clinical evidence (from monitoring or operative findings) of raised intracranial pressure (I.C.P.) in many cases we decided to judge a high I.C.P. on the basis of neuropathological evidence, as previously reported.²

Results

Neuropathological Findings

Cases with intracranial hæmatoma.—There were 44 cases with an intracranial hæmatoma, of which 41 (93%) were intradural. 40 cases were identified at operation; 1 was dead on arrival at the institute; 1

TIARET

Jeune âgé de 18 ans

Victime de coup et blessures volontaires

A l'arrivée aux Urgences d'un
Hôpital périphérique à 20 heures



Patient conscient



GCS **15** (Y= **4**, V= **5**, M= **6**)



Pupilles :isocores reactives



**Le malade a été mis sortant à 00 h
Les parents le ramènent à 04 heures
du matin en arrêt cardiaque.**

Tlemcen

Homme âgé de 79 ans

Chute d'un escabeau de 2 mètres à 10 heures

ATCDS : HTA, ACFA sous sintron

A l'arrivée aux Urgences d'un
Hôpital périphérique à 11 heures

Patient consciente

GCS 15 (Y= 4, V= 5, M= 6)

Pupilles : isocores reactives

**Le malade a été mis sortant à 14 h
Décès le lendemain .**

Etat neurologique rassurant

- *Délai long pour l'obtention du Scanner ou pas de TDM.*
- *Absence de demande d'avis neurochirurgical*
- *Retard dans le transfert des patients*
- *Sortie précoce du patient de l'hôpital*
- *Non correction des troubles de la coagulation*

Review

Brain injury: the pathophysiology of the first hours. 'Talk and Die revisited'

Peter L Reilly MD FRACS

Dr
'Talk and Die' patients presenting to a major trauma centre over a 10 year period: A critical review
Tony Goldschlager^{*}, Jeffrey V. Rosenfeld,
Departments of Neurosurgery and Surgery, Monash University, The Alfred Hospital, Commercial Rd, Prahran, 3181, Victoria, Australia
Received 17 December 2005; accepted 5 February 2006

and prognosis of a patient with brain injury

¹Dr, Kisei HAMADA², K...
Medical School, Saga 840
State University

BRIEF COMMUNICATION

'Talk and Die' patients presenting to a major trauma centre over a 10 year period: A critical review

Tony Goldschlager^{*}, Jeffrey V. Rosenfeld, Craig D. Winter

Departments of Neurosurgery and Surgery, Monash University, The Alfred Hospital, Commercial Rd, Prahran, 3181, Victoria, Australia

Received 17 December 2005; accepted 5 February 2006

**Mild TBI
/Concussion**

Moderate TBI

**Severe
TBI**

**Un-survivable TBI/
Death**

Criteria

Initial Glasgow Coma Scale of 13-15

Loss of consciousness up to 30 minutes

Antegrade/Retrograde amnesia not greater than 24 hours

Criteria

Initial Glasgow Coma Scale of 9-12

Loss of consciousness from 30 minutes to 24 hours

Antegrade amnesia between 1-7 days

Criteria

Initial Glasgow Coma Scale of 1-8

Loss of consciousness of more than 24 hours

Antegrade amnesia of more than 7 days

Adapted from Management of Conscious/mTBI Working Group (1)

'Talk and Die' patients presenting to a major trauma centre over a 10 year period: A critical review

Tony Goldschlager *, Jeffrey V. Rosenfeld, Craig D. Winter

Departments of Neurosurgery and Surgery, Monash University, The Alfred Hospital, Commercial Rd, Prahran, 3181, Victoria, Australia

Received 17 December 2005; accepted 5 February 2006

Journal of Clinical Neuroscience 14 (2007) 618–623

Etude rétrospective Juin 1994 – Décembre 2003
 Trauma crâniens modérés 569
 Incidence « Talk and Die » 2.6 % (15/569)

Table 1
 Summary of the clinical details of the 'talk and die' patients

Patient	Age	Mechanism of injury	Initial GCS	Lucid interval (hours)	Cause of death	Patient transferred	Contributing factors	Operation
1	87	Fall	14	<1	ASDH	No	Nil	No operation
2	80	Fall	14	5	ASDH	No	INR 1.4	Craniotomy
3	82	Fall (>2m)	14	No deterioration	ASDH + ICH	No	Intraoperative hypertension	Craniotomy
→ 4	30	MVA	13	0.5	EDH/ ASDH	No	INR 1.4	Craniotomy
→ 5	30	? Assault or fall	14	10	ASDH	Yes	Thrombocytopenia	Craniotomy
6	52	Fall	13	4	ASDH	Yes	INR 2.7, delay for CT	Craniectomy
7	53	? Assault	13	6	ASDH + contusions	Yes	Thrombocytopenia	Craniectomy
8	81	Fall (>2m)	14	12	Contusions + swelling	Yes	Low sats	No operation
9	80	Assault	14	1	Contusions + swelling	No	Nil	No operation
→ 10	27	Assault	15	0.5	Isolated haem cont/ ICH	Yes	Delay in transfer	Craniotomy + 2nd craniectomy
11	78	MVA	13	2	Isolated haem cont/ ICH	Yes	Nil	No operation
12	70	Fall	15	<6	Contusions + swelling	No	Low sats, INR 2.0	No operation
13	49	Fall	14	3	Contusions + swelling	Yes	INR 2.0	Craniectomy
→ 14	22	Fall (moving car)	13	5	Contusions + swelling	Yes	Delay in transfer	Craniectomy
15	94	Fall	14	1	Contusions + swelling	No	Nil	No operation

Abbreviations: ASDH, acute subdural haematoma; EDH, acute extradural haematoma; ICH, intracerebral haematoma; INR, international normalized ratio; MVA, motor vehicle accident; haem cont, haemorrhagic contusion; sats, oxygen saturation.

Le TC mineur

- Perte de connaissance et/ou amnésie post-traumatique et un score de Glasgow de 14 à 15 au moment de l'admission.
- L'incidence du TC mineur est la plus forte chez les hommes entre 15 et 24 ans et dans les deux sexes au-delà de 75 ans

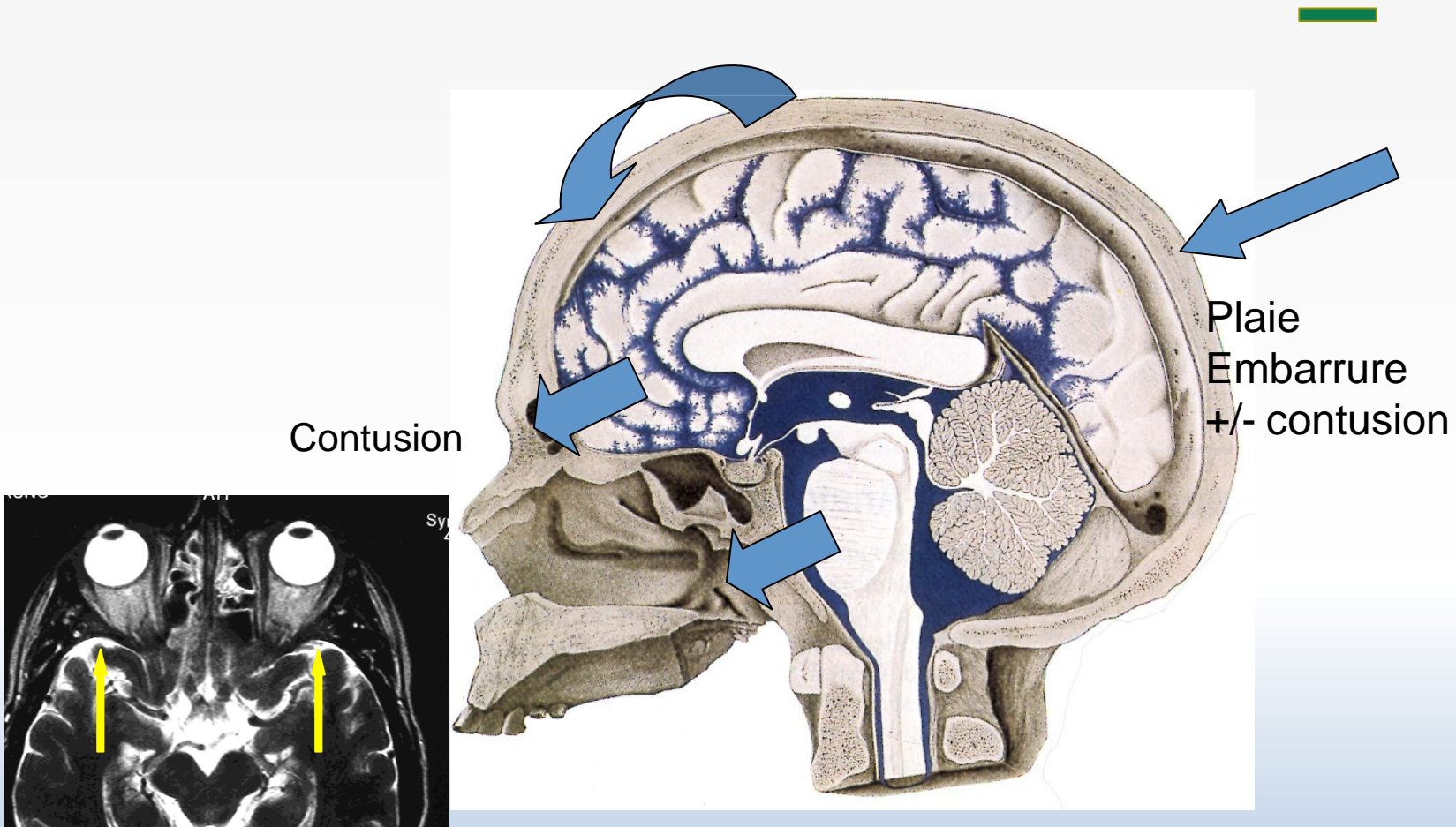
af Geijerstam JL, Britton M. Mild head injury — mortality and complication rate: meta-analysis of findings in a systematic literature review. *Acta Neurochir (Wien)* 2003;145:843—50

Attention TC mineur

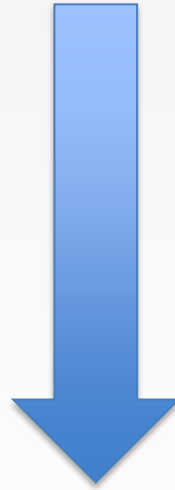
- Ces patients peuvent avoir:
- Des lésions intracérébrales dans 8 à 10 % des cas
- le recours à une indication neurochirurgicale évacuatrice dans 1 % des cas
- Le risque de décès estimé à 1 %

Haydel MJ, Preston CA, Mills TJ, Luber S, Blaudeau E, DeBlieux PM. Indications for computed tomography in patients with minor head injury. N Engl J Med 2000;343:100—5

Effet d'inertie: « le coup et le contre coup »



Traumatisme crânien mineur



Saignement :
Hypertension intracrânienne : décès

Drapeaux rouges: Situation grave

Red flags

- Neck pain/tenderness
 - Vomiting (>1)
 - Severe or increasing headache
 - Weakness/numbness in arms or legs
 - Double vision
 - Loss of consciousness
 - Seizures
 - Deteriorating level of consciousness
 - Increasing restlessness (indicating raised intracranial pressure)
-

Aggravation neurologique précoce (Avant 48 heures post traumatique)

Patients ayant un score initial de Glasgow élevé :

- « *patients who talk and deteriorate into coma* ».
- *L'incidence de cette aggravation est très variable, entre 1 et 30 % selon les études.*
- La cause principale de cette aggravation est une lésion hémorragique intracrânienne exerçant un effet de masse : contusion, hématome intracérébral, hématome sous-dural, hématome extradural.

Clinical signs of concussion immediately following the injury include any of the following:

1. Any period of loss of or a decreased level of consciousness less than 30 min.
2. Any lack of memory for events immediately before or after the injury (post-traumatic amnesia) less than 24 hours.
3. Any alteration in mental state at the time of the injury (e.g., confusion, disorientation, slowed thinking, alteration of consciousness/mental state).
4. Physical Symptoms (e.g., vestibular, headache, weakness, loss of balance, change in vision, auditory sensitivity, dizziness).
5. Note: No evidence of Intracranial lesion on standard imaging (if present, suggestive of more severe brain injury)

Clinical symptoms most commonly experienced following concussion are listed in [Table A](#).

Signes d'un traumatisme crânien modéré

Signes physiques	Troubles du comportement	Cognitive
<ul style="list-style-type: none">- Céphalées- Nausées- Vomissements- Troubles visuels- Voir des étoiles ou des lumières- Troubles de l'équilibre- Sensibilité au bruit et à la lumière- Vertiges- bourdonnements	<ul style="list-style-type: none">- Somnolence- Fatigue- Irritabilité- Dépression- Anxiété- Dormir plus que d'habitude- Difficulté à trouver le sommeil	<p>Se sentir ralenti</p> <p>Se sentir dans le brouillard</p> <p>Difficulté de concentration</p> <p>Difficulté de remorisation</p>

Circuit de tout patient victime d'un traumatisme

A l'admission

Examen physique

- Examen cuir chevelu avec recherche de plaies ou embarrure.
- Examen otoscopique à la recherche d'un hémotympan.
- La recherche d'une rhinorrhée et d'une otorrhée.
- L'examen du rachis cervical.
- Lésions associées.
- Examen neurologique rigoureux avec l'évaluation du niveau de conscience par l'échelle de glasgow.

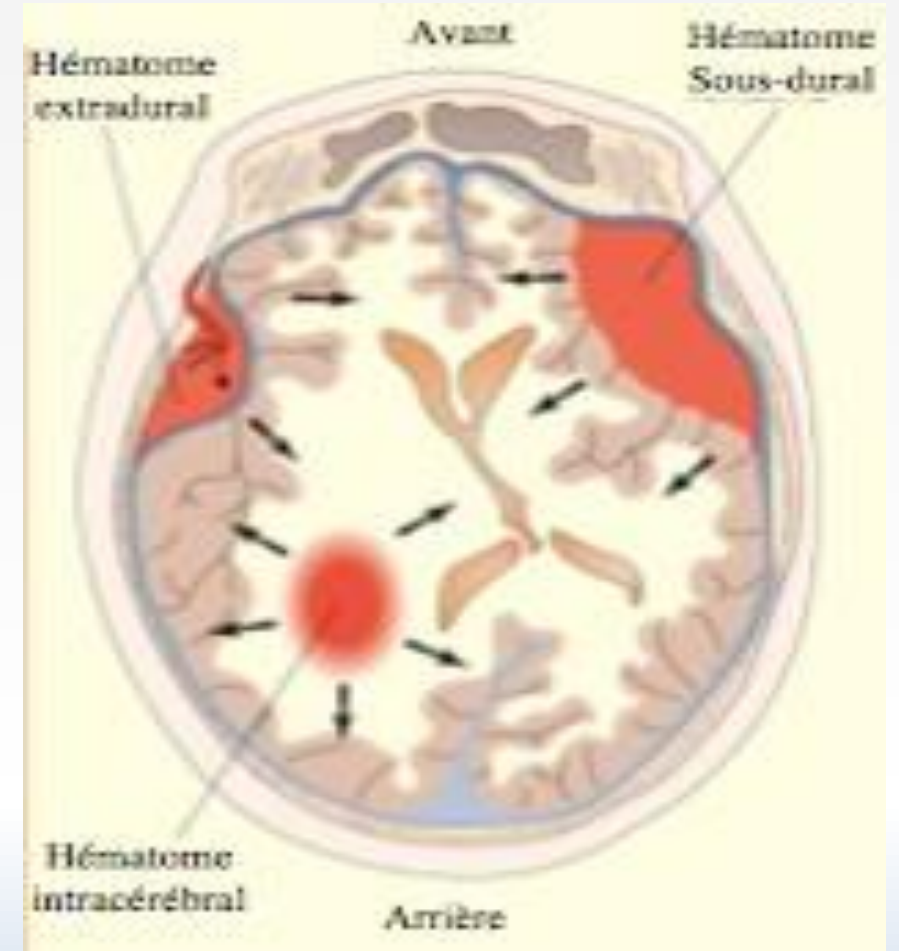
- **L'accident** : heure, lieu, circonstances et mécanismes, conditions de ramassage,
- **L'accidenté** : âge, antécédents, tares, prise de médicaments (anti-épileptiques, anticoagulants), état d'ivresse au moment de l'accident.
- **L'état** du polytraumatisé jusqu'à la réalisation du bilan radiologique
- **LÉSIO** exhaustive

Évaluer l'intérêt d'un scanner immédiat

- Lorsqu'un patient est admis en SAU pour cette étiologie, l'objectif principal de l'urgentiste est d'identifier les patients à risque de lésions crânio-cérébrales en se fondant sur des critères anamnestiques et cliniques.
- L'examen de référence pour la détection de ces lésions est le scanner (recommandation grade A)

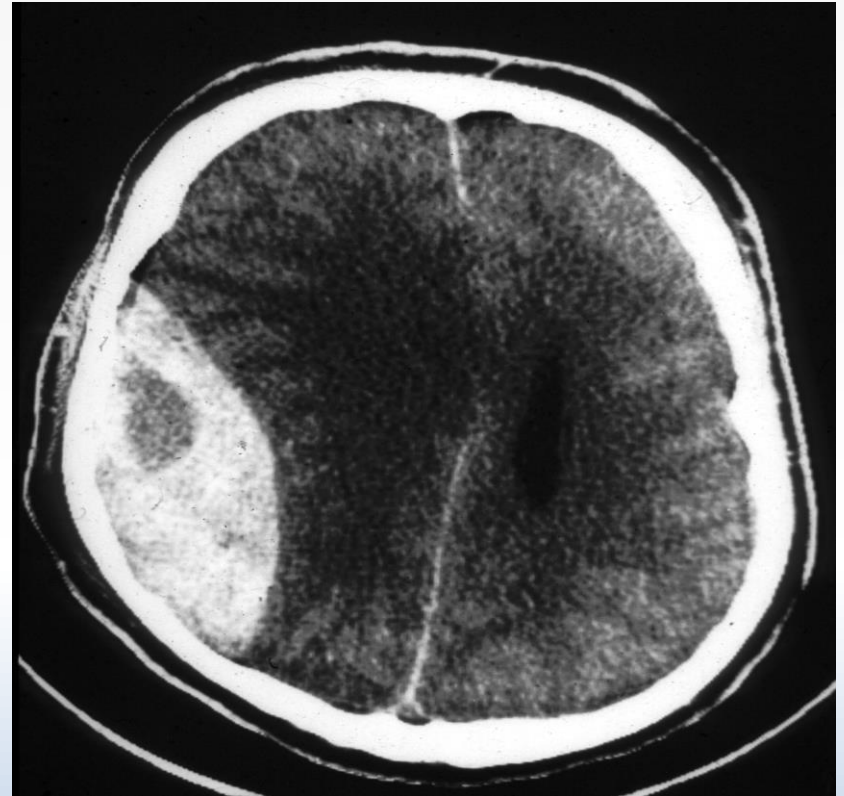
Complications

- Hématome extra-dural.
- Hématome sous-dural chronique.
- Symptômes post-commotionnels et troubles cognitifs:
 - Troubles du sommeil, de la mémoire, irritabilité, anxiété, difficulté de se concentrer, de traiter de nombreuses tâches simultanément...
 - Céphalées, vertiges, asthénie...



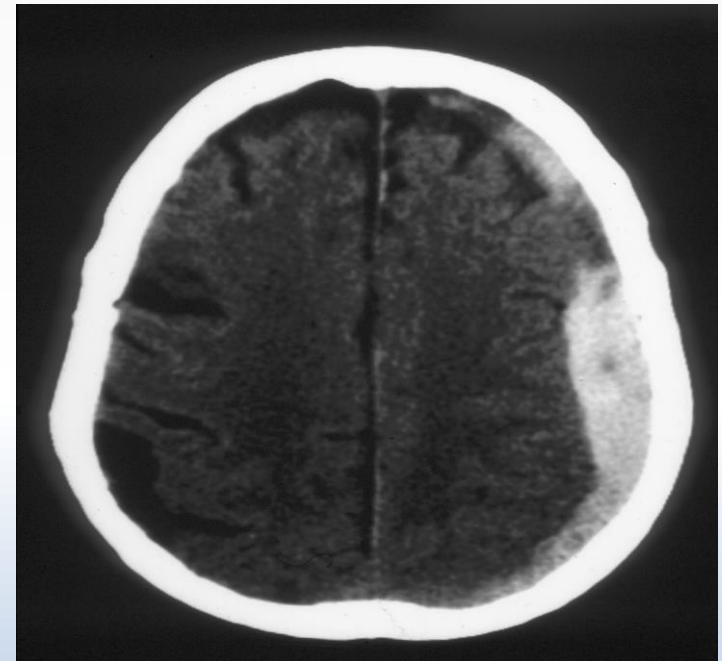
L'hématome extra-dural

- Rare dans sa forme typique
- HED exceptionnel dans sa forme typique sans fracture du crâne.



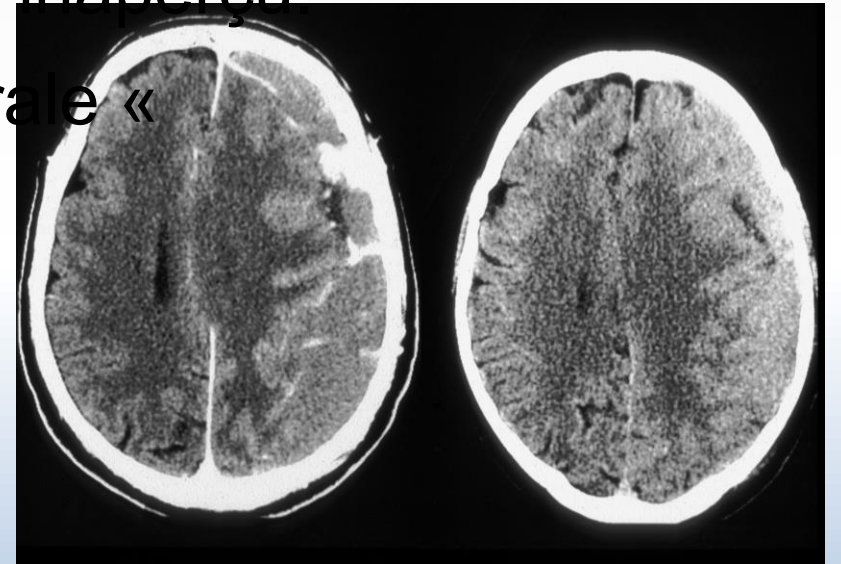
L'hématome sous dural sub-aigu

- Apanage du sujet âgé sous antiagrégants ou anticoagulants; plus fréquent que l'hématome extradural aigu.
- Même clinique que l'HED.



L'hématome sous-dural chronique (1)

- Collection liquidienne sous durale de caillots sanguins lysés ou en voie de l'être.
- Manifestation après un intervalle libre de 15 jours à 2-3 mois.
- Succède un TC souvent bénin voire passé inaperçu
- Apanage du sujet âgé lié à l'atrophie cérébrale « encéphale plus mobile ».
- Attention scanner cérébral
Normal au départ, d'où...



L'hématome sous-dural chronique: manifestations

- Installation progressive de céphalées, troubles du comportement, syndrome confusionnel, troubles de la marche.
 - Perte de d'autonomie.
 - *D'où*
- *Information de l'entourage.*
- *Hydratation importante.*





RECOMMANDATIONS DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES

De la **Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)**

En association avec la **Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR)**

*Avec la participation de la **Société Française de Biologie Clinique (SFBC)**,
de la **Société Française de Radiologie (SFR)**,
et de la **Société Française de Médecine Physique et Réadaptation (SOFMER)***

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PRESENTANT UN TRAUMATISME CRÂNIEN LEGER DE L'ADULTE

Management of patients suffering from mild traumatic brain injury

2022

Les experts proposent de stratifier le risque d'aggravation clinique ou de lésion intracrânienne selon la classification suivante :

R2.1 - Les experts proposent de stratifier le risque d'aggravation clinique ou de lésion intracrânienne selon la classification suivante :

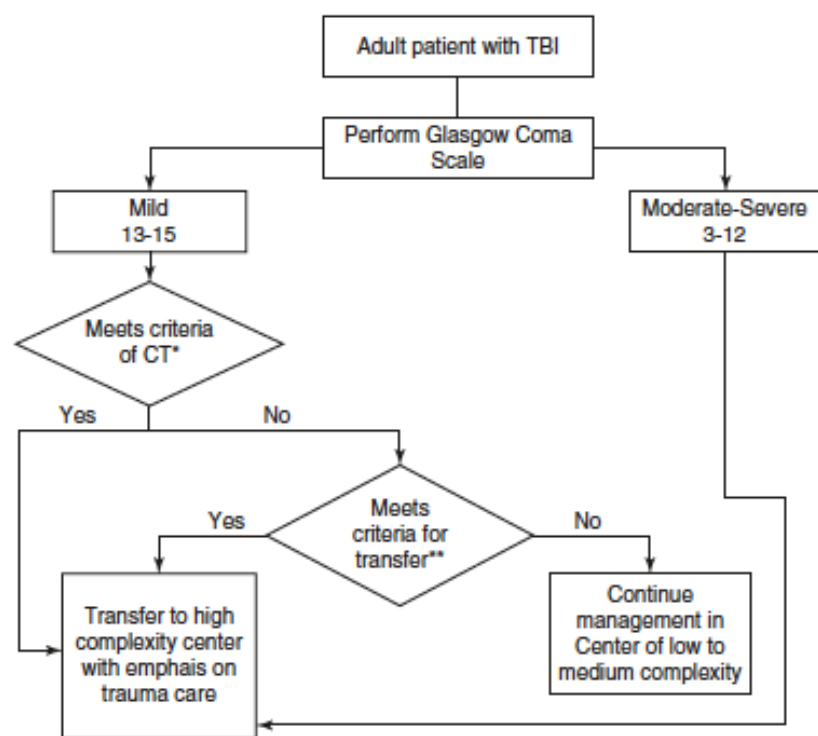
- **Risque élevé :**
 - **Éléments anamnestiques :**
 - **Troubles de l'hémostase : anticoagulants, bithérapie antiplaquettaire ou maladie hémorragique congénitale (hémophilie, maladie de Willebrand...)**
 - **Éléments cliniques :**
 - **Signes cliniques évoquant une fracture de la voûte du crâne ou de la base du crâne (*Tableau 2*)**
 - **Score de Glasgow inférieur à 15 à 2 heures du traumatisme sans intoxication**
 - **Plus d'un épisode de vomissements**
 - **Convulsions post-traumatiques**
 - **Déficit neurologique focalisé**
- **Risque intermédiaire :**
 - **Éléments anamnestiques :**
 - **Âge supérieur ou égal à 65 ans avec mono-antiagrégation plaquettaire**
 - **Score de Glasgow inférieur à 15 à 2 heures du traumatisme avec intoxication**
 - **Traumatisme avec une cinétique élevée (*Tableau 3*)**
 - **Éléments cliniques :**
 - **Amnésie des faits survenus plus de 30 min avant le traumatisme**

Tableau 2 : Signes cliniques évocateurs d'une fracture de la base ou de la voûte crânienne

Base du crâne	Otorrhée ou rhinorrhée, ecchymose mastoïdienne, ecchymose périorbitaire, hémotympan ou saignement extériorisé par le conduit auditif
Voûte du crâne	Discontinuité palpable de la voûte, suspicion d'embarrure ouverte ou fermée du crâne

Tableau 3 : Eléments anamnestiques évocateurs d'un traumatisme à cinétique élevée

Occupant éjecté du véhicule, Véhicule retourné	Piéton et cycliste renversé et sans casque Chute d'une hauteur supérieure à 5 marches ou supérieur à 2 m
---------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------



*Criteria of CT

- Skull fracture (clinical or radiological) including signs of fracture of the skull base (periorbital ecchymosis and ecchymosis headpiece, otoliquia, rinoliquia).
- Traumatic seizure
- Focal neurologic deficit
- Persistent vomiting (greater than or equal to two episodes)
- Fall of the Glasgow of at least 1 point
- Previous Craniotomy
- Mechanism of the trauma produced by runover in condition of pedestrian
- History of coagulopathy or pharmacological anticoagulation
- Patient with suspected poisoning
- Fall from height greater than 1.5 meters
- Retrograde Amnesia > 30 minutes and/or anterograde
- Age greater than or equal to 60 years
- Severe headache
- Blurred vision or diplopia

**Transfer criteria

- Glasgow under 15 up to 2 hours after the injury
- Severe headache
- Persistent vomiting (greater than or equal to two episodes)
- Skull fracture (clinical or radiological) including signs of fracture of the skull base (periorbital ecchymosis and ecchymosis headpiece, otoliquia, rinoliquia).
- Age greater than or equal to 60 years
- Blurred vision or diplopia
- Traumatic seizure
- Focal neurologic deficit
- Previous Craniotomy
- Fall from height greater than 1.5 meters
- Retrograde Amnesia > 30 minutes and/or anterograde
- Suspicion of intoxication with alcohol and/or psychoactive substances

Délai de réalisation de la TDM cérébrale

+++++++

diagnostic précoce des lésions

Délai de réalisation de la TDM cérébrale

P : Patient admis aux urgences pour TCL avec indication de TDM

I : Délai de réalisation de la TDM

C : Non respect du délai

O : Aggravation neurologique secondaire

R2.4 - Les experts proposent de réaliser une TDM cérébrale le plus précocement possible pour identifier les lésions intracrâniennes significatives, chez les patients présentant un TCL :

- **Idéalement dans l'heure suivant l'admission en structures des urgences pour les patients à risque élevé d'aggravation clinique ou de lésion intracrânienne.**
- **Au plus tard dans les huit heures pour les patients à risque intermédiaire d'aggravation clinique ou de lésion intracrânienne.**

Avis d'experts (Accord Fort)

Indications du Scanner cérébral dans les traumatismes mineurs

- Déficit neurologique focalisé
- Amnésie des faits de plus de 30 minutes avant le traumatisme (amnésie rétrograde)
- GCS inférieur à 15 à 2 heures du traumatisme
- Perte de conscience ou amnésie des faits associée à
 - un des mécanismes traumatiques suivants : piéton renversé par un véhicule motorisé, patient éjecté d'un véhicule ou chute d'une hauteur de plus d'un mètre
 - ou un âge de plus de 65 ans
- Suspicion de fracture ouverte du crâne ou d'embarrure
- Tout signe de fracture de la base du crâne (hémotympan, ecchymose périorbitaire bilatérale), otorrhée ou rhinorrhée de liquide cébrospinal
- Plus d'un épisode de vomissement chez l'adulte
- Convulsion post-traumatique
- Trouble de la coagulation (traitement AVK, antiagrégant...)

GCS : Glasgow Coma Score

AVK : Antivitamine K

Minor head injury (Glasgow Coma Score 13 to 15): triage, assessment, investigation and early management of minor head injury in infants, children and adults

Indications de la TDM secondaire

P : Patient présentant une lésion intracrânienne sur la TDM initiale

I : TDM de contrôle

C : Pas de TDM de contrôle

O : Aggravation radiologique

R2.5 - Les experts proposent de ne pas réaliser d'imagerie de contrôle aux patients présentant une lésion intracrânienne sur la TDM initiale, en dehors des situations suivantes :

- **aggravation neurologique ;**
- **patient âgé de plus de 65 ans ;**
- **troubles de l'hémostase, en dehors de la prise d'aspirine seule.**

Avis d'experts (Accord Fort)

Quelle est la place des biomarqueurs dans l'évaluation et la prise en charge des patients admis aux urgences pour traumatisme crânien léger?

Experts : Thomas Geeraerts (SFAR), Yann-Erick Claessens (SFMU), Vincent SAPIN (SFBC).

P : Patient admis aux urgences pour traumatisme crânien léger

I : Dosage de biomarqueurs sanguins disponibles en pratique clinique

C : Examen clinique seul

O : Diminution du nombre de TDM

R2.2.1 - Les experts proposent de réaliser un dosage sanguin de la protéine S100B, lorsque celui-ci est disponible, dans les 3 h suivant le traumatisme crânien léger, chez les patients à risque intermédiaire (cf. R2.1) pour limiter le nombre de scanners cérébraux.

R2.2.2 - Les experts proposent de réaliser un dosage sanguin combinant UCH-L1 et GFAP lorsque ceux-ci sont disponibles, dans 12 heures suivant le traumatisme crânien léger, chez les patients à risque intermédiaire (cf. R2.1) pour limiter le nombre de scanners cérébraux.

Avis d'experts (Accord Fort)

Chez un patient traité par anticoagulant oral (AOD, AVK) quelles sont les indications et les modalités de réversion de ces thérapeutiques?

P : Patient avec TCL sous anticoagulant (AOD, AVK)

I : Réversion des médicaments anticoagulants

C : Pas de réversion

O : Aggravation neurologique

R2.6.1 - Les experts proposent de réaliser une réversion immédiate des anti-vitamine K chez les patients présentant une lésion hémorragique intracrânienne objectivée par une imagerie après un traumatisme crânien léger pour limiter le risque d'aggravation neurologique.

R 2.6.2 - Les experts proposent de réaliser une réversion immédiate des anticoagulants oraux directs chez les patients présentant une lésion hémorragique intracrânienne objectivée par une imagerie après un traumatisme crânien léger pour limiter le risque d'aggravation neurologique.

R2.6.3 – Les experts proposent de discuter la conduite à tenir de façon collégiale chez les patients porteurs d'une valve cardiaque mécanique.

Avis d'experts (Accord Fort)

Modalités de neutraliser les anti-plaquettaires

Experts : Anne Godier (SFAR), Geoffroy Rousseau (SFMU)

P : Patient avec TCL sous antiagrégant plaquettaire

I : Réversion des antiagrégants plaquettares

C : Pas de réversion

O : Aggravation neurologique

R2.7 - Les experts proposent de ne pas neutraliser l'aspirine chez un patient traité par aspirine avec lésion hémorragique intracrânienne après un traumatisme crânien léger pour limiter le risque d'aggravation neurologique.

R2.8 - Les experts proposent d'autoriser un retour à domicile des patients depuis la structure des urgences même en présence d'anticoagulants ou d'agents antiplaquettaires si au moins un de ces éléments est présent :

- **Le patient est à faible risque de saignement (*cf. R2.1*)**
- **Le dosage d'un biomarqueur sérique est négatif**
- **La TDM initiale ne retrouve pas de saignement**

Avis d'experts (Accord Fort)

Modalités de sortie du service des Urgences

Complications secondaires

Question 3.1 : Quels sont les patients qui doivent être orientés dans une filière de soins post-traumatisme crânien ?

Experts : Pierrick Le Borgne (SFMU), Bernard Vigué (SFAR), Bertrand Glize (SOFMER)

P : Patient victime d'un TCL et admis aux urgences

I : Signe clinique et/ou paraclinique présent

C : Signe clinique et/ou paraclinique absent

O : Qualité de vie

R3.1 - Les experts proposent que la persistance de symptômes jugés invalidants par le patient au-delà de 7 jours après le traumatisme doit amener à une évaluation médicale.

Avis d'experts (Accord Fort)

Madame, Monsieur,

Vous ou l'un de vos proches a été pris en charge pour un traumatisme crânien à priori bénin. Il est nécessaire de surveiller l'apparition éventuelle de signes dans les jours qui suivent le traumatisme. Cette surveillance peut être effectuée par vous-même et votre entourage :

Si un des symptômes suivant (ré)apparaissait dans les 48h suivant votre sortie, il conviendrait de solliciter un avis médical en urgence (SAMU 15) :

- Perte de connaissance, somnolence excessive ou baisse de la vigilance
- Trouble du comportement ou convulsions
- Trouble de la vision, de l'audition ou de la parole
- Trouble de l'équilibre
- Difficulté à mobiliser un membre
- Maux de tête intenses ou résistants aux antalgiques
- Vomissements ou nausées
- Écoulement par le nez ou les oreilles
- Douleurs cervicales

Fréquemment, certains des symptômes que vous avez présenté à la phase initiale peuvent persister et doivent disparaître dans les 7 jours. Il peut s'agir par exemple :

- D'un mal de tête modéré
- De nausées sans vomissement
- De vertiges
- De difficultés de concentration ou de mémoire
- De troubles de sommeil ou de fatigue
- D'un manque d'appétit.

En cas de doute ou de persistance au-delà de 7 jours, vous pouvez consulter votre médecin traitant.

Évitez toute prise médicamenteuse sans avis médical.

Par ailleurs, si vous pratiquez une activité ou un sport à risque de nouveau traumatisme crânien, il est

Messages

- Le patient victime d'un traumatisme mineur ne doit jamais être sous estimé.
- Il rentre dans le cadre de la prise en charge du polytraumatisme
- Il doit bénéficier d'une hospitalisation et d'une prise en charge adaptée
- Mécanisme violent et rechercher toutes manifestations neurologiques
- La réalisation de la TDM est obligatoire initialement et secondairement et à n'importe quel moment en présence d'un signe clinique.
- La prise en charge du Traumatisme crânien mineur concerne tout médecin.
- Ca doit être un objectif de prise en charge dans un pays comme le notre

Conclusion

- Un score de Glasgow de 15 ne garantit pas l'absence de lésions cérébrale.
- L'identification et la gestion du traumatisme crânien mineur est un objectif et un problème de santé publique.
- La prise en charge doit être précoce pour éviter soit l'hospitalisation tardive en réanimation, soit le décès.
- Pourquoi faire compliquée quand on peut faire simple.

Talk and die

Talk and live