

- Anamnèse détaillée des circonstances et mécanisme
- Examen clinique : status neuro complet + examen ORL
- Signes vitaux : TA, FC, FR, SaO2



- Amnésie rétrograde >30 minutes ou antérograde
- Déficit neurologique focal
- OH
- Âge > 65 ans
- Cinétique (piéton/cycliste/éjection voiture/ force impact/chute >1m ou > 5 marches
- Convulsions post-traumatiques
- Vomissements post-traumatiques
- Vomissements > 1 épisode
- Céphalées sévères
- Fracture massif facial, crâne, base du crâne
- Prise d'anticoagulant, antiagrégant, coagulopathie connue

<sup>2</sup> : Patient en GCS 13-14 à son arrivée à l'hôpital avec retour à un état de conscience normal <2 heures après l'évènement.

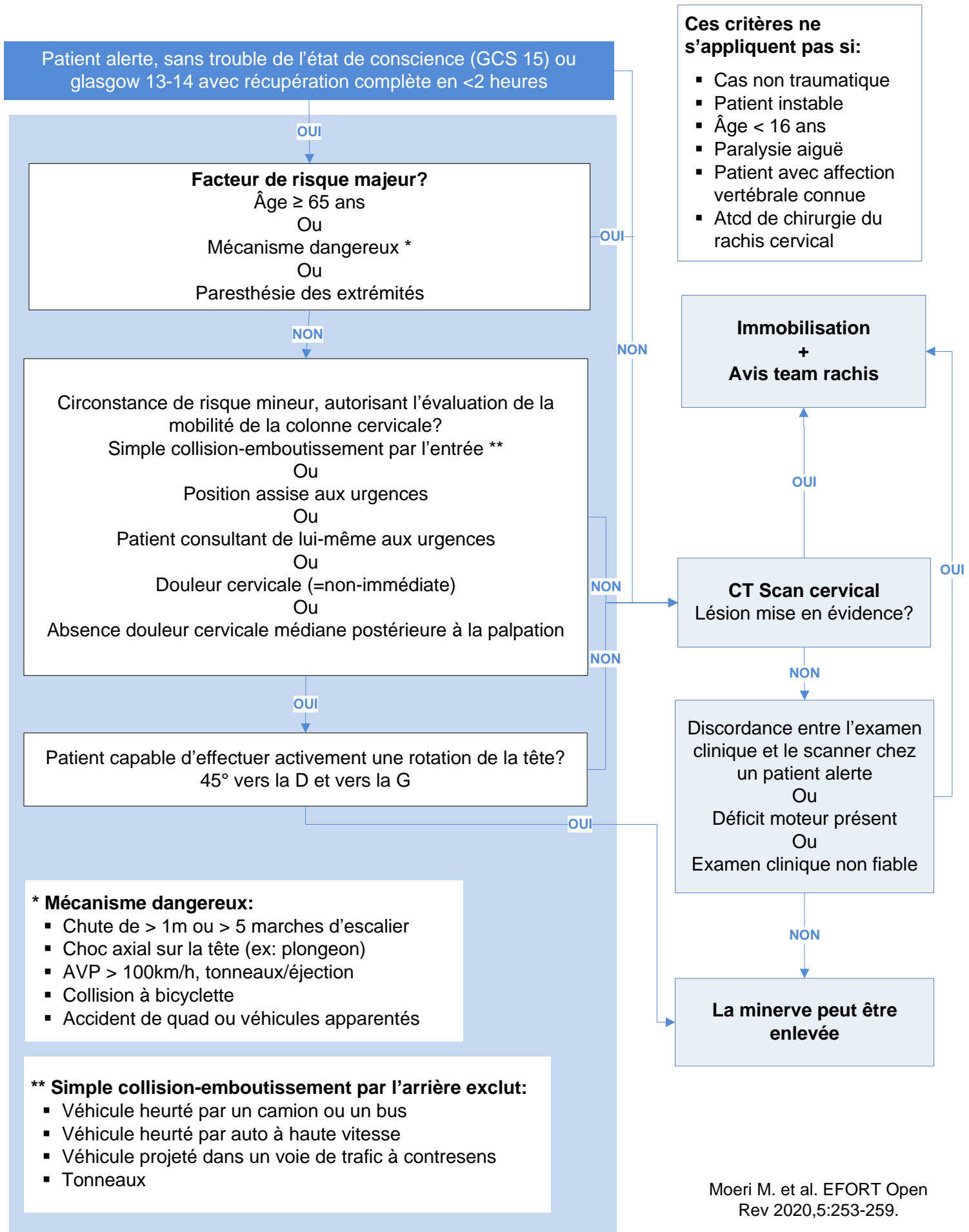
<sup>3</sup> : Hb, Ht, Thrombos, Gluc., Na, K, Créat.,  
+/- alcoolémie/recherche toxiques  
+/- crase selon le contexte clinique

En cas de doute sur la prise en charge, tél. au neurochirurgien de garde 24h/24h aux HUG : 079 55 33 810

Article de référence:  
*Traumatisme crânien et cervical : recommandations pour la pratique clinique aux urgences ; B. Vermeulen, A. Reverdin, P.-A. Poletti, Médecine et Hygiène 2003*



# Evaluation du rachis cervical





# Score de Glasgow



**Identifier** : les lésions ou tous facteurs présents avant le début de l'évaluation pouvant interférer sur la communication ou la capacité à répondre



**Observer** : l'ouverture des yeux, contenus du discours et les mouvements des parties droites et gauches du corps.



**Stimuler** : Parler ou crier, pression sur l'ongle (lunule), sur les trapèzes ou sur l'incisure supra orbitaire.



**Evaluer** : puis attribue selon les meilleures réponses observées.

Ouverture des yeux			
Critères	Evaluation	Score	
Ouverts avant stimulus	Spontanée	4	
Après stimulation verbale ou cris	Au sons	3	
Après stimulation sur l'ongle, les trapèzes	A la pression	2	
Aucune ouverture, sans facteur interférant sur l'ouverture des yeux	Aucune	1	
Fermés par un facteur local (p.ex. œdèmes palpébrales)	Non testable	NT	
Réponse verbale			
Critères	Evaluation	Score	
Donne correctement son nom lieu et date	Orienté	5	
Pas orienté mais communique de manière cohérente	Désorienté	4	
Mots simples intelligibles	Mots	3	
Uniquement des sons ou gémissements	Sons	2	
Aucune réponse audible sans facteur interférant la communication	Aucune	1	
Facteurs interférents la communication	Non testable	NT	
Meilleure réponse motrice			
Critères	Evaluation	Score	
Obéit aux ordres	Obéit aux ordres	6	
A la stimulation du l'incisure supra orbitaire ou du trapèze.	La main dépasse les clavicules	Localisée	5
	Plie le bras rapidement sans mouvement anormal	Flexion normale	4
	Plie le bras avec mouvement clairement stéréotypé	Flexion anormale	3
	Extension du bras	Extension	2
	Aucun mouvement des bras/jambes sans facteur interférent sur la mobilisation des membres	Aucun	1
Paralysé ou facteurs interférents sur la mobilisation des membres.	Non testable	NT	

Stimulation de l'ongle

Stimulation du trapèze

Stimulation de l'incisure supra orbitaire

Flexion normale

Flexion anormale





## Facteurs imposant de garder un patient en surveillance pendant 12 heures après un TCC mineur

---

- Anomalie significative au CT
- Patient qui reste en GCS < 15 (même si CT normal)
- Patient chez lequel il y a une indication à faire un CT et chez lequel l'examen n'a pas encore pu être réalisé pour des raisons logistiques
- Patient sous traitement anticoagulant et/ou sous anti-aggrégants plaquettaires
- Intoxication alcoolique, médicamenteuse ou autre
- Persistance de vomissements et/ou de céphalées importantes
- Isolement social, surveillance non fiable



## Post-TCC: Conditions à remplir pour un retour à domicile

---

- 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.
- Absence des critères suivants :
  - Symptômes tels que vomissements ou céphalées importantes
  - Intoxication (alcool, médicaments, autres...) non résolue
- Situation sociale permettant une surveillance fiable après la sortie
- Patient informé (document information remis)



Département de  
médecine aiguë (DMA)  
Service des urgences

Professeur T. Desmettre  
Médecin chef du Service  
des urgences

Département de  
médecine de premier  
recours (DMPR)  
SMPR - UUA

Professeur I. Guessous  
Médecin chef du Service  
de médecine de premier  
recours

## Instructions aux patients ou aux proches d'un patient ayant subi un traumatisme crânien

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous, votre proche, venez d'être victime d'un traumatisme crânien.

Le bilan réalisé aux urgences, de même que votre évolution clinique favorable, nous permettent d'envisager votre retour à domicile.

La survenue de complications ultérieures, même si elles sont rares, ne peut cependant pas être totalement exclue.

Nous vous recommandons aussi de prendre les précautions suivantes :

- **Eviter de prendre de l'aspirine ou des anti-inflammatoires ces prochaines semaines (sauf si un médecin vous l'a autorisé, en raison d'une autre maladie).**
- **Reste accompagné(e) durant les 48 premières heures après votre sortie de l'hôpital.**

Si vous notez l'apparition d'un ou plusieurs de ces symptômes :

- **Maux de tête en aggravation significative**
- **Somnolence**
- **Nausées ou vomissements**
- **Apparition d'une vision double**
- **Impression de faiblesse d'un ou plusieurs membres**

→ Prenez immédiatement contact avec votre médecin traitant ou consultez dans un service d'urgences.

Dans les jours qui suivent un traumatisme crânien mineur, des symptômes de commotion peuvent également survenir :

- **Maux de tête persistants**
- **Sensation de d'être au ralenti/brouillard**
- **Vue floue**
- **Perte de mémoire/concentration**
- **Vertiges, perte d'équilibre**
- **Fatigue importante, et/ou trouble du sommeil**
- **Hypersensibilité à la lumière et/ou au bruit**
- **Emotivité inhabituelle (anxiété, irritabilité)**

Pour récupérer, votre cerveau a besoin de repos relatif :

- **Diminuer le temps passé derrière un écran**
- **Eviter les activités sportives intenses mais privilégiez la marche / mobilité douce**
- **Eviter l'alcool/drogues**
- **Eviter la conduite**
- **Au besoin diminuer l'activité scolaire et professionnelle**

Si les symptômes persistent plus d'une semaine, nous vous recommandons une nouvelle consultation médicale.



## Suspicion de commotion cérébrale

---

### A considérer lorsque:

1) Patient se présentant directement après un TC:

- ✓ Prise en charge selon protocole standard TCC
- ✓ Lui expliquer que les symptômes peuvent se développer dans heures et les jours qui suivent (cf symptômes du SCAT 5)
- ✓ Eviter la surstimulation durant la 1ère semaine:
  - Réduction/arrêt des écrans (surtout dans les premières 48h)
  - Eviter les efforts intenses et sports avec contact
  - Eviter les stimulations psychiques importantes (adapter au besoin le temps de travail ou le temps scolaire)

2) Patient se présentant à distance d'un TC ou reconsultant dans un 2ème temps

- ✓ Evaluer la nécessité d'une imagerie selon protocole TC
- ✓ En cas de bilan normal, évoquer le diagnostic de commotion:
  - Poser les questions du SCAT 5
  - Si score élevé (>15-20), diagnostic de commotion très probable
    - Réévaluation médicale nécessaire à J7-10 (médecin traitant)
  - Donner les consignes identiques à PEC aigüe à tout le monde
- ✓ Si symptômes persistants > 2-4 semaines, adresser à consultation spécialisée (neurologues, neuropsychologues spécialisés)



# Echelle de symptômes post-commotion (PCSS)

**Consigne :** ci-dessous, vous trouverez une liste de symptômes fréquemment retrouvés chez des patient-e-s ayant eu un traumatisme crânien. Ces symptômes sont classés sur une échelle de sévérité allant de 0 (aucun) à 6 (sévère). Veuillez entourer le numéro qui correspond le mieux à votre état actuel.

	Symptômes	Grades						
		Aucun	Modéré				Sévère	
Physiques	Céphalées	0	1	2	3	4	5	6
	Nausées	0	1	2	3	4	5	6
	Vomissements	0	1	2	3	4	5	6
	Problèmes visuels	0	1	2	3	4	5	6
	Engourdissement ou fourmillements	0	1	2	3	4	5	6
	Vertiges	0	1	2	3	4	5	6
	Troubles de l'équilibre	0	1	2	3	4	5	6
	Fatigue	0	1	2	3	4	5	6
	Photophobie (Sensibilité à la lumière)	0	1	2	3	4	5	6
	Sonophobie (Sensibilité au bruit)	0	1	2	3	4	5	6
Cognitifs	Sensation de ralentissement	0	1	2	3	4	5	6
	Sensation de brouillard	0	1	2	3	4	5	6
	Difficultés de concentration	0	1	2	3	4	5	6
	Troubles de la mémoire	0	1	2	3	4	5	6
Émotionnels	Plus émotionnel que d'habitude	0	1	2	3	4	5	6
	Irritabilité	0	1	2	3	4	5	6
	Tristesse	0	1	2	3	4	5	6
	Nervosité	0	1	2	3	4	5	6
Sommeil	Somnolence	0	1	2	3	4	5	6
	Sommeil réduit	0	1	2	3	4	5	6
	Sommeil prolongé	0	1	2	3	4	5	6
	Problèmes d'endormissement	0	1	2	3	4	5	6
Score total :							/132	

## Cotation

Le facteur **CMF** comprenait des items tels que :

- *Physiques* = céphalées, vertiges, fatigue, sensibilité à la lumière/au bruit
- *Cognitifs* = sensation de ralentissement, brouillard mental, difficulté de concentration et difficulté à se souvenir.
- *Sommeil* = somnolence

Dans les 7 jours suivant la commotion :

- Un score total à la PCSS  $\geq 39$  est associé à un risque accru de récupération prolongée.
- Un score  $\geq 23$  dans le facteur **CMF** (cognitif/migraine/fatigue) est également un prédicteur significatif.

Entre 8 et 21 jours après la commotion :

Un score total à la PCSS  $\geq 35$ , avec une prédominance de symptômes émotionnels, est associé à une récupération prolongée.

# Les 5 sous types de commotion

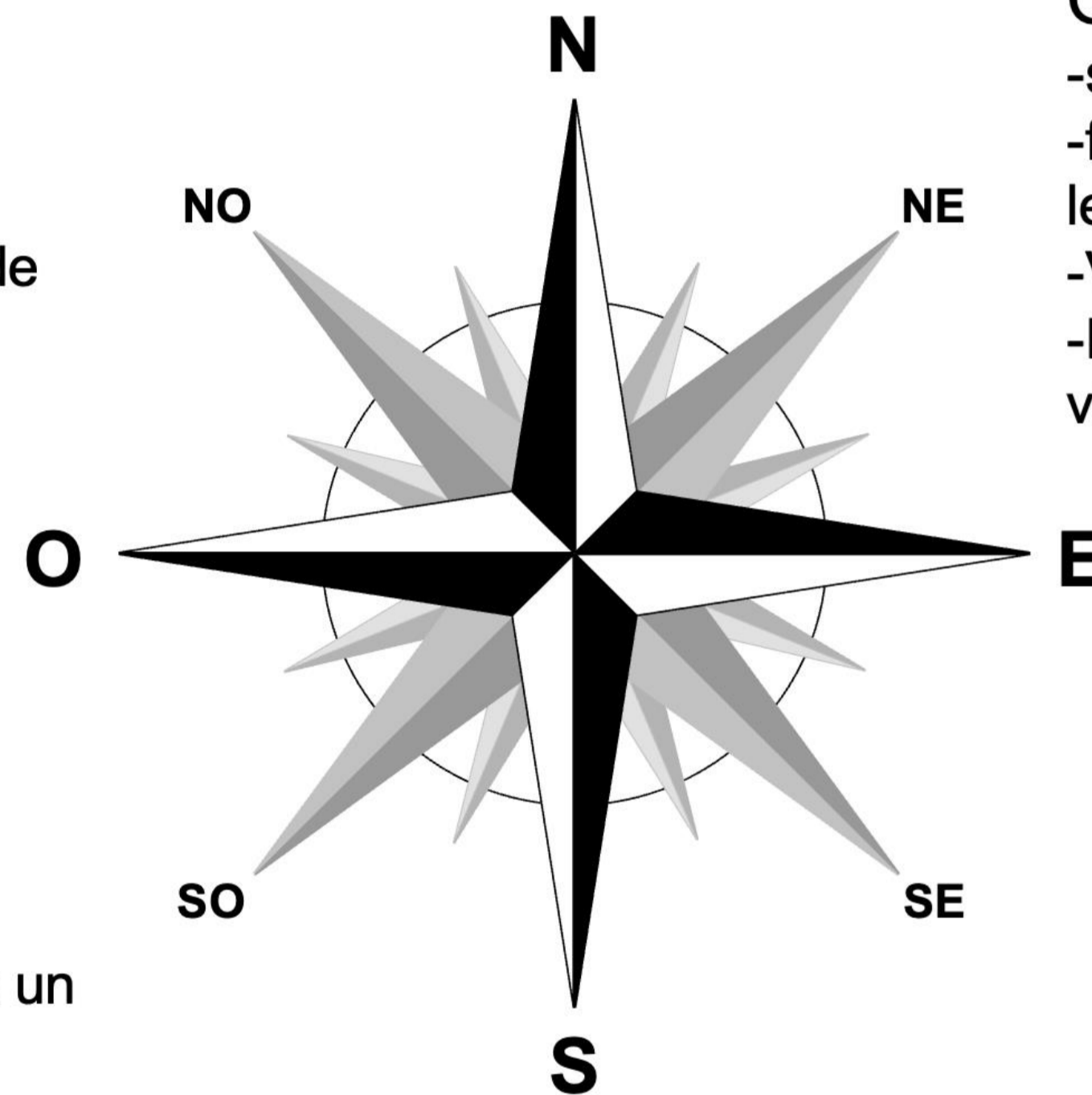
**Céphalées/Migraines:**  
le + fréquent (surtout chez l'enfant)

## Cognitif:

- tr. attention/mémoire
- diminution performance cognitive
- Intérêt d'avoir une ligne de base (ImPACT Test)

## Anxiété/Humeur:

- Symptômes ressemblant à un état dépressif
- Origine directe mais aussi indirecte découlant des autres symptômes



## Oculo-moteur:

- souvent associé au tr vestibulaire
- fatigue oculaire, intolérance écran, lecture
- Vison floue/photophobie
- Difficulté à tolérer un environnement visuel complexe

## Vestibulaire:

- Sensation de vertige/déséquilibre
- nausées
- sensation de brouillard/confusion

2 conditions associées:

- Trouble du sommeil
- Entorse cervicale

Lumba-Brown A et al, Concussion Guidelines Step 2: Evidence for Subtype Classification. Neurosurgery. 2020 Jan 1;86(1):2-13

**Prise en charge spécifique selon le sous type**