

TCC

Evaluation initiale
ABC-Cspine

>2 ans / ADULTE GCS

Réponse oculaire

4 Ouverts
3 A la demande
2 A la douleur
1 Fermés

Réponse verbale

5 Orienté
4 Confus
3 Mots inappropriés
2 Sons incompréhensibles
1 Aucune

Réponse motrice

6 Aux ordres
5 Localisation douleur
4 Retrait à la douleur
3 Flexion à la douleur
2 Extension à la douleur
1 Aucune

Léger
GCS > 12

Modéré
GCS 9-12

Sévère
GCS < 9

CAVE post critique (amélioration progressive GCS)

Noter:
Réactivité et taille des pupilles
Motricité sensibilité.

Perméabilité VAS

NON

Libération manuelle VAS

efficace

Inefficace

Intubation avec induction
Cf 5.2 Gestion VAS

Intubation avec induction
Cf 5.2 Gestion VAS

Suivi ACSOS
Page 2

Relève
Transfert

TCC Modéré à sévère

Modéré
GCS 9-12Sévère
GCS < 9

CAVE post critique (amélioration progressive GCS)

Maintien VAS perméable

Si péjoration/chute GCS
Evaluer indication IOTIntubation avec induction
Cf 5.2 Gestion VAS

A

B

C

D

Oxygénation

Oxygénation
MHCSi SpO₂ < 90%Évaluer indication
Intubation
Cf 5.2 Gestion VAS

SI IOT

Ventilation
6-8mL/kg
PEEP max 5 si
SpO₂ > 92%Maintien EtCO₂
35mmHg-40mmHg
4.6 KPa-5.3 KPa

Curariser

Maintien PPC
[TAM-PIC]TAS > 110mmHg
TAS < 150mmHg

NON

NaCl 0.9% : 500mL

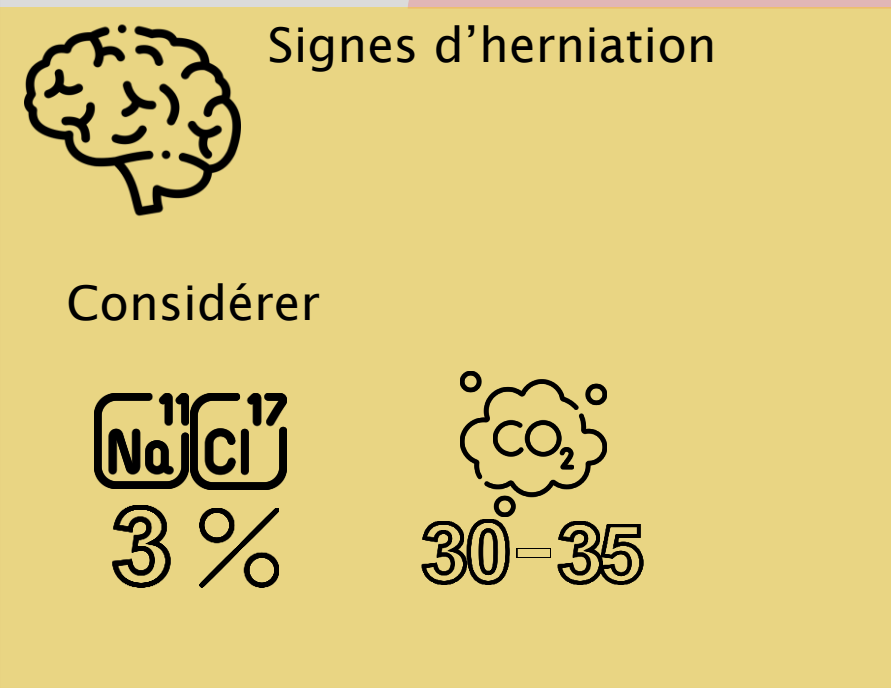
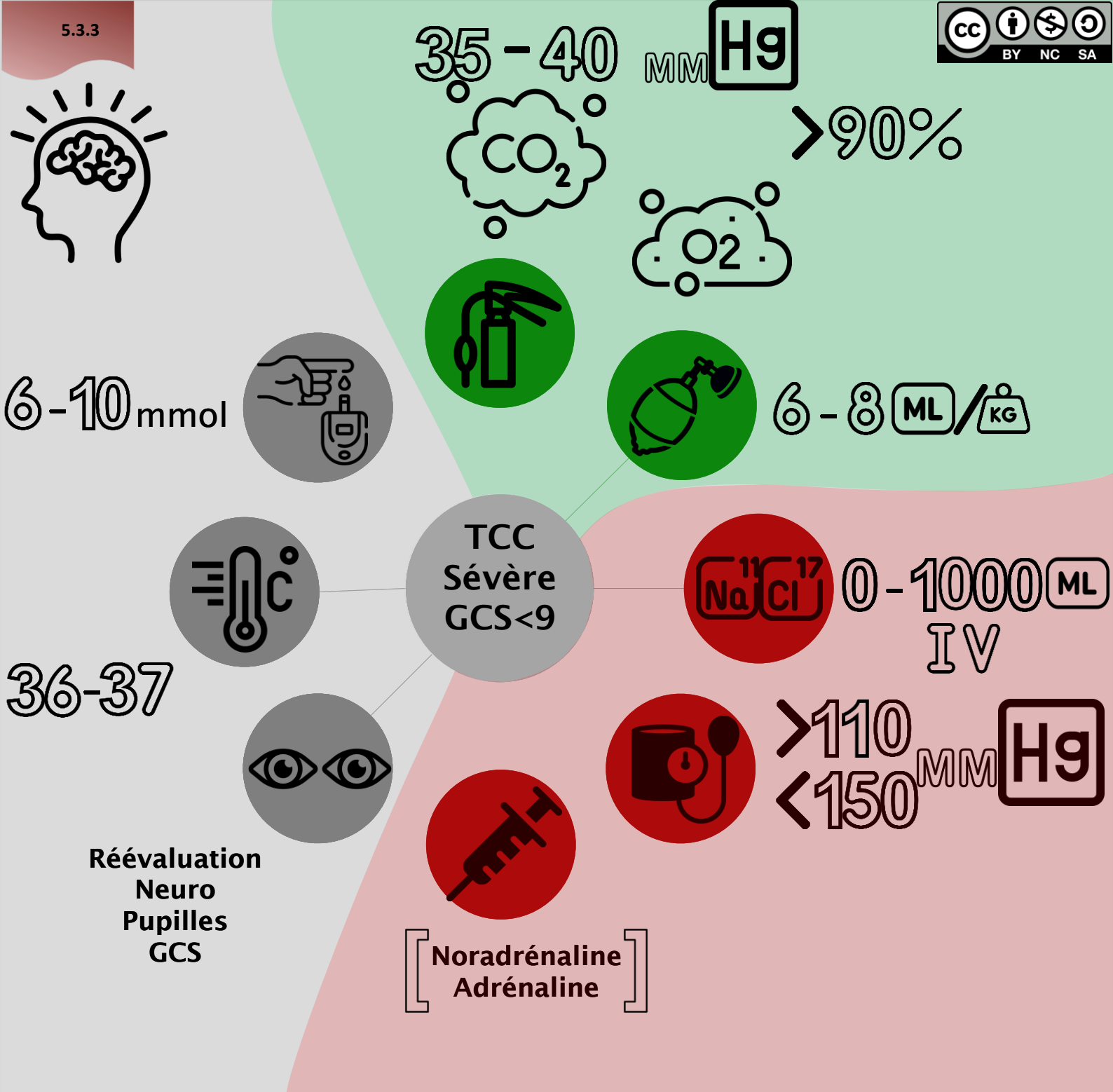
TAS < Cible

Vasopresseurs :
Bolus adrénaline 5µg-
20µg

Puis

Noradrénaline
Débuter 0.03-0.05
µg.kg.min
Adapter pour TAS
cibleEvaluation
neurologique GCS /
pupillesSi péjoration GCS
Signe herniationLégère
Hyperventilation
Cible EtCO₂
30-35mmHgConsidérer NaCl
hypertonique 3%
250mLMaintien
Normothermie
NormoglycémieConsidérer
Acide tranexamiqueACSOS Pre Hosp
SpO₂ > 90%
ETCO₂ 35-40mmHg
TAS > 110mmHg
T° : 36-37°
Glycémie : 6-10mmol

Signe herniation :
Mydriase uni/bilatérale
Signe décortication
Triade Cushing : HTA, bradycardie, bradypnée/apnée, FR irrégulière



Références et Recommandations

Références Protocole TBI

- Hawryluk, Gregory W. J. MD, PhD*,†; Lulla, Al MD§; Bell, Randy MD||; Jagoda, Andy MD¶; Mangat, Halinder S. MD, MSc, FNCS, FCCM‡, **, Bobrow, Bentley J. MD‡‡; Ghajar, Jamshid MD, PhD‡. Guidelines for Prehospital Management of Traumatic Brain Injury 3rd Edition: Executive Summary. Neurosurgery 93(6):p e159-e169, December 2023. | DOI: 10.1227/neu.0000000000002672.
- Lulla, A., Lumba-Brown, A., Totten, A. M., Maher, P. J., Badjatia, N., Bell, R., ... Bobrow, B. J. (2023). Prehospital Guidelines for the Management of Traumatic Brain Injury – 3rd Edition. Prehospital Emergency Care, 27(5), 507–538. <https://doi.org/10.1080/10903127.2023.2187905>
- Knapp, J., Doppmann, P., Huber, M. et al. Pre-hospital endotracheal intubation in severe traumatic brain injury: ventilation targets and mortality—a retrospective analysis of 308 patients. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 31, 46 (2023). <https://doi.org/10.1186/s13049-023-01115-8>
- Wiles MD. Management of traumatic brain injury: a narrative review of current evidence. Anaesthesia. 2022 Jan;77 Suppl 1:102-112. doi: 10.1111/anae.15608. PMID: 35001375.

Acide Tranexamique

- CRASH-3 trial collaborators. Effects of tranexamic acid on death, disability, vascular occlusive events and other morbidities in patients with acute traumatic brain injury (CRASH-3): a randomised, placebo-controlled trial. Lancet. 2019 Nov 9;394(10210):1713-1723. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32233-0.
- Song JX, Wu JX, Zhong H, Chen W, Zheng JC. Therapeutic efficacy of tranexamic acid on traumatic brain injury: a systematic review and meta-analysis. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2024 Mar 7;32(1):18. doi: 10.1186/s13049-024-01188-z.
- PATCH-Trauma Investigators and the ANZICS Clinical Trials Group; Gruen RL, Mitra B, Bernard SA, McArthur CJ, Burns B, Gantner DC, Maegele M, Cameron PA, Dicker B, Forbes AB, Hurford S, Martin CA, Mazur SM, Medcalf RL, Murray LJ, Myles PS, Ng SJ, Pitt V, Rashford S, Reade MC, Swain AH, Trapani T, Young PJ. Prehospital Tranexamic Acid for Severe Trauma. N Engl J Med. 2023 Jul 13;389(2):127-136. doi: 10.1056/NEJMoa2215457.