



PROTOCOLES THERAPEUTIQUES TRAUMATISME CRANIEN GRAVE

DEFINITION :

Traumatisme crânien avec score de Glasgow \leq 8 après restauration des fonctions vitales
Atteintes primitives crâniocérébrales par effets de contact ou d'inertie, aggravées par :

- l'œdème cérébral, les hématomes intracrâniens
- les agressions cérébrales secondaires d'origine systémique (ACSOS)

PPC = PAM - PIC

Objectif : pression de perfusion cérébrale $>$ 60 mm Hg

DIAGNOSTIC :

Circonstances de survenue, localisation de l'impact

Conscience, Glasgow Coma Score, agitation, signes de localisation (déficit moteur, réflexes du tronc, décérébration, décortication, anisocorie, convulsions focalisées)

Suspicion systématique de lésions rachidiennes, recherche de lésions extra crâniennes associées

Signes de gravité : signes d'engagement = HTIC décompensée

Glasgow \leq 5, mydriase unilatérale aréactive (temporal), mydriase bilatérale (bitemporal ou occipital), myosis serré réactif + polypnée (diencéphalique), intermédiaires aréactives + décérébration (mésencéphalique) = PIC \gg 30 mm Hg

PIEGES :

Mydriase unilatérale + GCS $>$ 10 = suspicion de lésion périphérique du III, du chiasma...

Mydriase pharmacologique aréactive (Etomidate[®], Gamma OH[®], Kétalar[®], adrénaline...)

TRAITEMENT :

Collier cervical systématique, décubitus dorsal strict jusqu'au bilan rachidien

Voie veineuse périphérique

Intubation sous **ISR systématique +++** (attention aux lésions cervicales éventuelles) **VC**

: Vt = 10 ml / kg, F = 15, FiO₂ = 1 et normocapnie (PetCO₂ = 35 - 40 mm Hg)

Objectif tensionnel : PAS $>$ 120 mm Hg ou PAM $>$ 90 mm Hg

Remplissage : HEA en 1^{ère} intention QSP, maximum 1000 ml (pas de Ringer, ni de glucosé)

Si insuffisant :

Poursuite avec **Hyperhes[®]** 250 ml, puis NaCl 9 ‰

Noradrénaline PSE 8 mg / 48 ml, débiter à 0,5 mg / h

Sédation en dehors des signes d'engagement :

Hypnovel[®] / Sufenta[®] QSP : débiter 5 - 10 mg / h et 20 µg / h

En cas de désadaptation / VC : curarisation par **Nimbex[®]** 0,15 mg / kg

Si engagement : importance de la détection précoce et du traitement rapide

En 1^{ère} intention :

Hyperventilation avec objectif de **PetCO₂ = 30 mm Hg et**

- soit **Hyperhes[®]** 250 ml si hypotension

- soit **Mannitol[®]** 20 % jusqu'à régression de la mydriase, maximum 500 ml si normotension

En 2^{ème} intention :

- soit **Nesdonal[®]** bolus de 250 mg jusqu'à 1 g si PAS $>$ 120 mm Hg

- soit **Gamma OH[®]** 60 mg / kg si PAS $<$ 120 mm Hg

Si hyperthermie $>$ 38 °C : refroidissement axillaire et fémoral (poches réfrigérantes **Easy Ice[®]**)

TRANSPORT :

Surveillance : pupilles **toutes les 15 min**, monitoring continu PA, FC, SpO₂, PetCO₂

Position : tête en rectitude +++, décubitus dorsal strict ou léger proclive $<$ 30° après bilan en TIH

ORIENTATION : Déchocage (SAUV) ou réanimation neurochirurgicale d'emblée si crâne pur ou scanner direct