



TRAUMATISME CRANIEN

Orateur : Thomas Geeraerts
(CHU Toulouse)

Cas Clinique introductif :
Martin Pham (CH Castres-Mazamet)

SESSION 3

Modérateurs :

Sandrine Charpentier (CHU Toulouse)

Mathieu Oberlin (CH Cahors)



Journées scientifiques de médecine d'urgence Nord-Occitanie – Cahors les 24 et 25/11/2017

Collège Midi-Pyrénées de Médecine d'Urgence

CAS CLINIQUE

- Monsieur Thierry N, 59 ans, exploitant agricole à Saint Amans Sout 22 km de Castres, 33 minutes par la route

- **ATCD :**

HTA

Dyslipidémie

ACFA depuis 2014 découverte
sur poussée d'IC

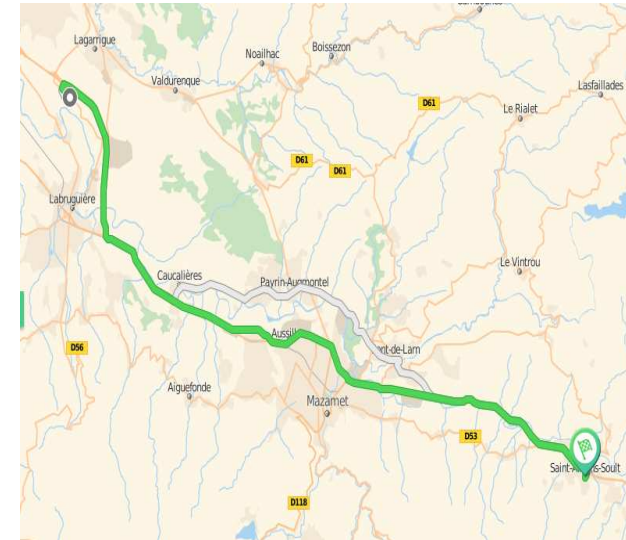
- **Traitement :**

COUMADINE 2 : 0-0-1

TAHOR 40 : 0-0-1

METOPROLOL 100 : 1-0-1

SPIRONOLACTONE ALTIZIDE 25/15 : 1-0-0



Bilan du VSAB

- Le 30/04/2017, vers 10h30, chute en descendant d'un engin agricole, impact frontal sur sol caillouteux.
- Accident devant témoin : TC avec PCI de 5 minutes
- Confus à la PEC des pompiers, réactif à la voix
- Déformation du poignet droit hyperalgique et douleurs dans la poitrine
- Le Smur de Castres est déclenché à 11h

Bilan pré hospitalier du SMUR

- A l'arrivée du Smur :

GCS:12 (Y2V4M6)

TA :160/91 mm de Hg, FC entre 95 et 115 bpm (scope)

SaO2:96% (AA), Dextro :1.09

Confusion persistante. Hématome frontal droit et plaie de l'arcade

Céphalées, douleurs cervicales

Pupilles symétriques, réactives de taille intermédiaire

Pas de signe de focalisation. Pas de convulsion. Pas de vomissement

Poignet droite déformé avec dermabrasion

Douleurs costales sans plaie du thorax

- ECG : ACFA; INR la semaine précédente à 2.4

PEC du patient

- VVP : Nacl 0.9 %
- Perfalgan 1g
- Morphine : 0.05 mg/kg en bolus puis 2 mg toutes les 5 minutes
- Collier cervical, attelle du poignet droit et coquille
- Bilan standard, TP-INR, NFS-plaquettes, Groupage
- Donner le bilan lésionnel au médecin régulateur 81

Transfériez-vous ce patient
directement au PPR?

Orientation du patient

- Après discussion avec le médecin régulateur du 81 et le réanimateur de garde du PPR : le patient est transféré au CHIC pour la réalisation d'un TDM crâne, cervical et un bilan radiologique sans délai.
- Le service de radiologie et le déchocage sont avertis de l'arrivée du patient.

Paramètres de surveillance pendant le transfert

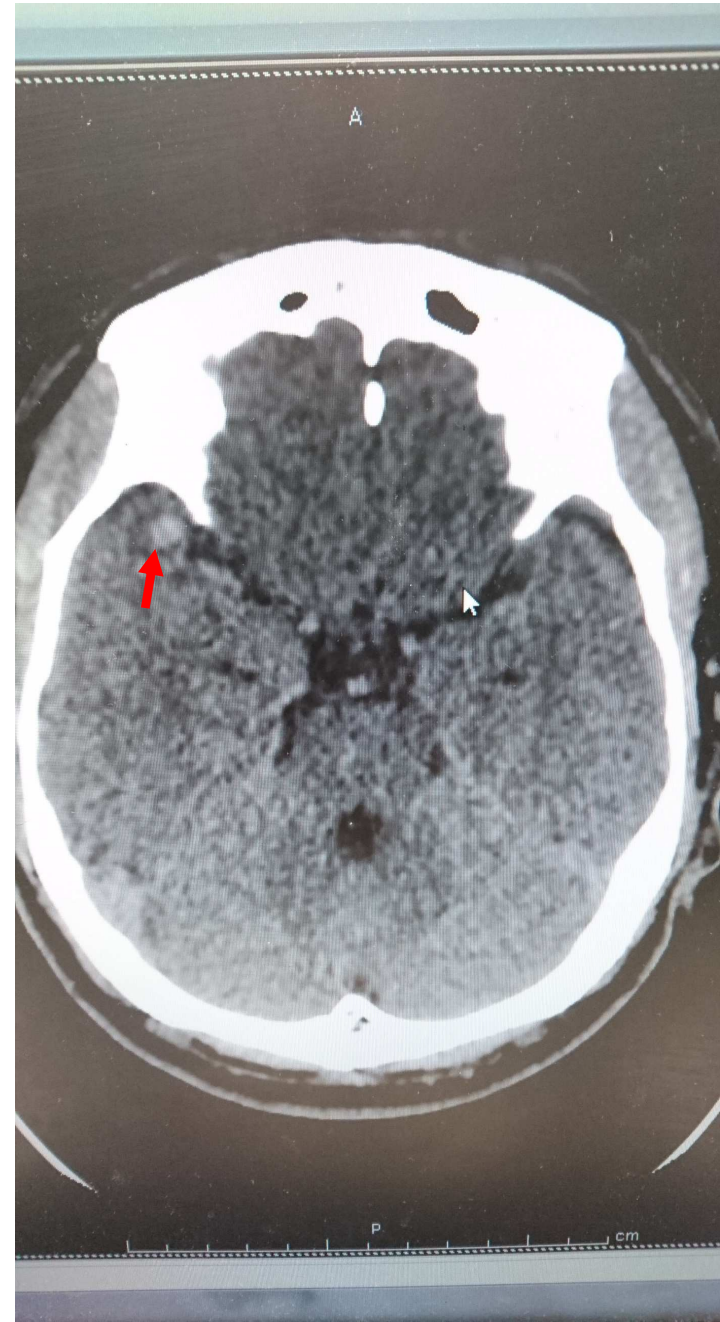
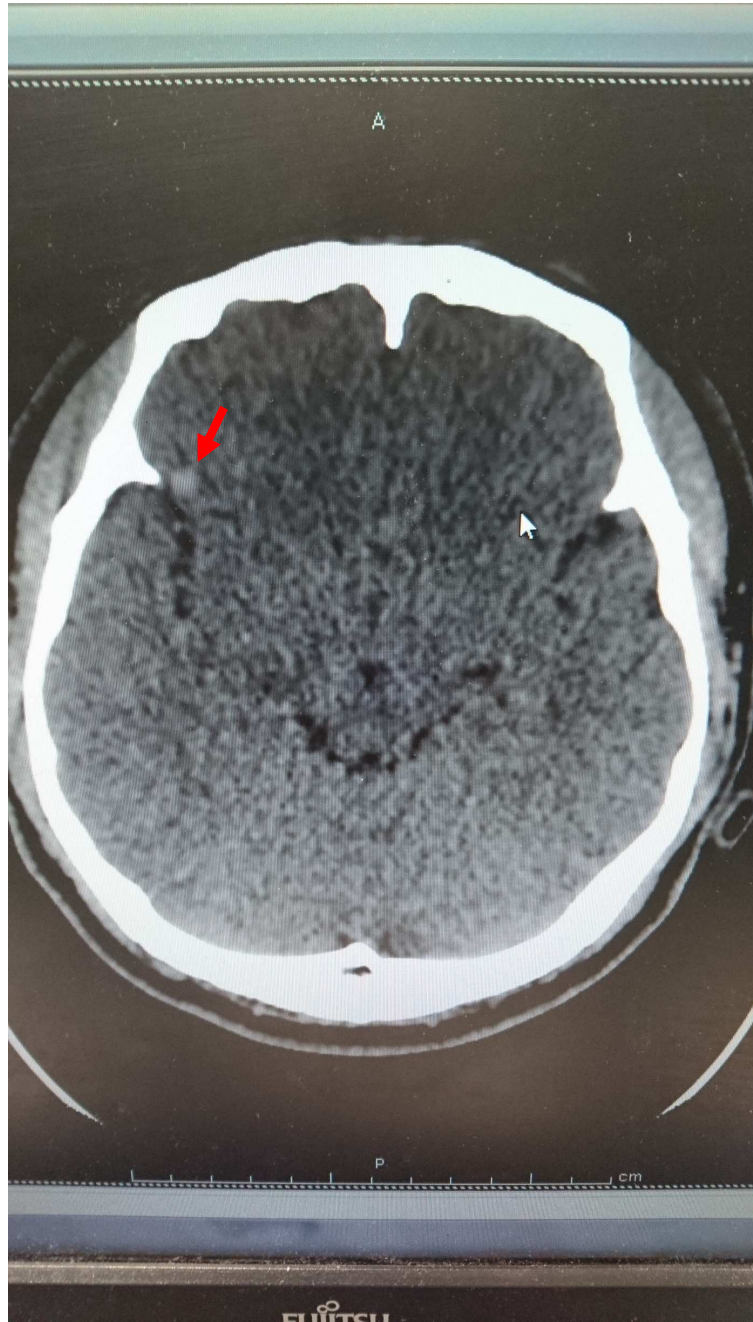
- Clinique :

- Pupilles, aggravation neurologique, GCS
toutes les 15 minutes

- Douleurs

- Prise de TA toutes les deux minutes : éviter
l'hypo TA (TA > 110 mm de Hg)

- Saturation O2 : éviter l'hypoxie (SaO2 < 90%)



Bilan d'imageries

- Résultats du TDM crâne et cervicales SPC:
 - Deux plages oedémato-hémorragiques cérébrales type pétéchies post traumatique
 - Cortico sous corticale fronto-temporal droit
 - Pas de saignement intra ventriculaire
 - Pas d'HSD ou HED
 - Pas de lésion osseuse traumatique cérébrale ou cervicale
- Résultats télétransmis au neurochirurgien du PPR de garde qui ne retient pas d'indication chirurgicale
- Fracture de Pouteau-Colles droite fermée
- RT normale

La biologie

- INR est à 5 : antagonisation des AVK
- CCP: 25 UI/Kg de facteur IX (soit 1 ml/kg)
- VITAMINE K 10 mg
- INR à la fin de la perfusion de CCP et à H6
- Objectif thérapeutique : INR inférieur à 1.4
- Surveillance : TA, SaO2,GCS

La suite

- Avis chirurgical pour le Pouteau-Colles droit
- Surveillance en unité des soins continus pour la suite de la PEC après discussion avec le réanimateur de garde

Questions à l'expert

- Quels sont les ACSOS à privilégier en pré hospitalier?
- Place du CH périphérique pour la PEC du TC modéré (Glasgow 9-13)
- Quelle place en 2017 pour l'osmothérapie en pré hospitalier? Et quelle molécule?
- Gestion des antiagrégants et des AC : Antagonisation des AC en pré hospitalier?