



Chapitre 74

Prise en charge d'un traumatisme crânien non grave chez un patient sous antithrombotiques

K. TAZAROURTE, J.B. GARRE¹, B. GOHIER¹

Points essentiels

- Le pronostic des TCL sous anticoagulants est corrélé à la survenue ou non d'une hémorragie intracrânienne et à la rapidité de la réversion de l'hémostase.
- Lors d'un TCL sous anticoagulants, la réalisation d'une TDM immédiate même en l'absence de signes neurologiques objectifs est impérative pour détecter des lésions intracrâniennes minimales.
- La constatation d'une hémorragie intracrânienne, même minimale, impose de réverser l'hémostase en urgence.
- Chez un patient sous AVK l'objectif est d'obtenir un INR < 1,5 avec l'administration de CCP (25 UI/Kg) et vitamine K 10 mg. Un INR postréversion immédiat puis à H6 est obligatoire.
- Chez un patient sous AOD (antill, antiX), en l'absence d'antidotes spécifiques, il est recommandé d'administrer une dose de 50 UI/Kgs de CCP.
- Chez un patient sous antiagrégants plaquettaires, aucune stratégie de réversion n'est validée.

Correspondance : K. Tazarourte, Service des Urgences, CHU Édouard-Herriot, Lyon.
E-mail : Karim.tazarourte@chu-lyon.fr

TDM uniquement si critere ci dessous? Pas clair!!!

Les traumatismes crâniens légers (TCL) sont un motif de recours fréquents dans les structures d'urgences avec une incidence estimée entre 150 et 300 pour 100 000 habitants. Ils sont caractérisés par l'association d'un traumatisme crânien avec l'objectivation d'au moins un élément sur les quatre suivant :

- 1) une période d'altération de l'état de conscience ou pareil non?
- 2) une perte de conscience de moins de 30 minutes ou
- 3) une amnésie posttraumatique de moins de 24 heures ou bien
- 4) tout autre signe neurologique transitoire comme un signe neurologique localisé, une convulsion ou une lésion intracrânienne ne nécessitant pas une intervention chirurgicale ; ainsi qu'un score de Glasgow allant de 13 à 15, lors d'une évaluation à 30 minutes ou plus après l'accident. Ces manifestations ne doivent pas être dues à une intoxication alcoolique ou à d'autres drogues ; ni être causées par un traitement mis en place à la phase initiale du traumatisme.

La survenue d'un TCL chez une personne prenant un traitement par anticoagulant est une situation fréquente qui concernerait en France de 6 à 12 000 personnes chaque année. Le pronostic d'un TCL est principalement lié au risque de survenue de lésions hémorragiques intracrâniennes. La fréquence d'apparition d'une hémorragie posttraumatique varie de 5 à 20 % selon que le score de Glasgow soit coté de 15 à 13. Un traitement préalable par AVK avec un INR > 1,5 multiplie par 2,5 le risque de survenue de lésions intracrâniennes à score de Glasgow comparable : les lésions intracrâniennes surviennent chez 15 à 50 % des patients et la mortalité varie alors de 10 à 60 %.

Chez un patient sous AVK, la constatation au scanner d'une hémorragie intracrânienne impose une réversion en urgence de l'hémostase par l'administration de concentrés de complexes prothrombiniques (CCP) (25UI/Kg) associée à 10 mg de vitamine K. Il n'y a pas lieu d'attendre une valeur d'INR initial. Un INR dans les minutes qui suivent la fin de la réversion et 6 heures après permettent de s'assurer de l'obtention de la valeur d'INR cible (< 1,5) et de faire un complément thérapeutique si besoin. Chez un patient sous anticoagulants directs (AOD), la constatation d'une hémorragie intracrânienne justifie une réversion par CPP à la dose de 50 UI/Kg. Le risque thrombotique est globalement faible après administration de CCP et concerne moins de 1 % des patients traités.

Il n'existe pas de stratégie validée chez les patients qui présentent une hémorragie intracrânienne sous antiagrégants plaquettaires.

Références

1. Menditto V.G., Lucci M., Polonara S., Pomponio G., Gabrielli A. Management of Minor Head Injury in Patients Receiving Oral Anticoagulant Therapy: A Prospective Study of a 24-Hour Observation Protocol. Ann Emerg Med 2012.
2. Tazarourte K., Riou B., Tremey B., Samama M., Vicaut E., Vigué B. For the EPHAK group study. Early urgent reversal by prothrombic complexe concentrate In VKA Hemorrhage. Crit Care 2014 ; 18 : R81.