

## 1. DIAGNOSTIC INITIAL

### 1. Histoire de l'accident

- Mécanismes de l'accident (accélération-décélération, impact sur le crâne, vitesse, protection, éjection, etc.)

### 2. Examen clinique : Critères diagnostiques du TCCL :

- Objectivation d'au moins un élément
  - Période d'altération de l'état de conscience (confusion ou désorientation)
  - Perte de conscience  $\leq$  30 minutes
  - Amnésie post-traumatique  $\leq$  24 heures
  - Signe neurologique transitoire ou signe neurologique localisé, une convulsion ou une lésion intracrânienne ne nécessitant pas une intervention chirurgicale
- Glasgow entre 13 et 15, 30 minutes ou plus après l'accident, lors de l'évaluation à l'urgence

**Glasgow 13<sup>2</sup>: Tous les patients doivent être transférés (sans TDM) ou admis au centre de neurotraumatologie désigné, consultation en neurochirurgie et référence au programme régional de suivi du TCCL approuvé par le MSSS**

## 2. ÉVALUATION DU RISQUE DE COMPLICATIONS MÉDICALES

### FACTEURS DE DANGÉROSITÉ

Si un seul de ces facteurs est présent, demander une TDM\*  
(Compte tenu de la difficulté à obtenir une évaluation neurologique fiable, porter une attention particulière aux enfants de moins de 3 ans)

Règle de CHALICE, Dunning et coll., 2006<sup>1</sup> (règle clinique qui n'a pas encore été validée par la recherche)

- Histoire
  - Perte de conscience objectivée > 5 minutes
  - Amnésie antérograde ou rétrograde > 5 minutes
  - Somnolence anormale
  - $\geq$  3 vomissements
  - Suspicion d'abus
  - Convulsion
- Examen clinique
  - Glasgow < 14 ou < 15 si < 1an
  - Suspicion d'une fracture enfoncée ou fontanelle bombée
  - Signes cliniques de fracture de la base du crâne
  - Signe neurologique focalisé
  - Lacération, céphalématome > 5 cm si < 1an

Consensus québécois d'experts en neurotraumatologie pédiatrique quant aux facteurs de risque

- Mécanisme dangereux de production du trauma (haute vitesse)
- Vomissement > 6 heures
- Céphalée > 6 heures
- Convulsion
- GCS < 15
- Signe neurologique focalisé
- Signes cliniques de fracture de la base du crâne
- Céphalématome (si < 3 ans)
- Plaie pénétrante
- Coagulopathie/coagulothérapie
- Intoxication (alcool ou drogues)
- Suspicion d'abus
- Barrière linguistique

\* L'utilisation de la TDM doit se faire en fonction du risque particulier d'irradiation en lien avec l'âge

## 3. DIAGNOSTIC FINAL (TDM LUE PAR UN RADIOLOGISTE)

- TDM normale : confirme le diagnostic de TCCL simple (Glasgow 13 à 15) ou trivial (Glasgow 15)
- TDM + : devient un TCCL complexe (Glasgow 13 à 15)

## 4. CONDUITE

TDM normale	Glasgow 15	TCCL trivial	Congé avec relance
	Glasgow 15	TCCL simple	Observation et référence au programme régional de suivi du TCCL approuvé par le MSSS
	Glasgow 14	TCCL simple	Observation 6h ou jusqu'à ce que le patient soit orienté, répéter TDM au besoin et référence au programme régional de suivi du TCCL approuvé par le MSSS
	Glasgow 13 <sup>2</sup>	TCCL simple	<b>Centre de neurotraumatologie</b> : admission, consultation en neurochirurgie et référence au programme régional de suivi du TCCL approuvé par le MSSS <b>Autres centres hospitaliers</b> : Le patient a déjà été transféré
TDM +	Glasgow 14-15	TCCL complexe	Transfert ou admission au centre de neurotraumatologie désigné, consultation en neurochirurgie et référence au programme régional de suivi du TCCL approuvé par le MSSS
	Glasgow 13 <sup>2</sup>	TCCL complexe	<b>Centre de neurotraumatologie</b> : admission au centre de neurotraumatologie désigné, consultation en neurochirurgie et référence au programme régional de suivi du TCCL approuvé par le MSSS <b>Autres centres hospitaliers</b> : Le patient a déjà été transféré