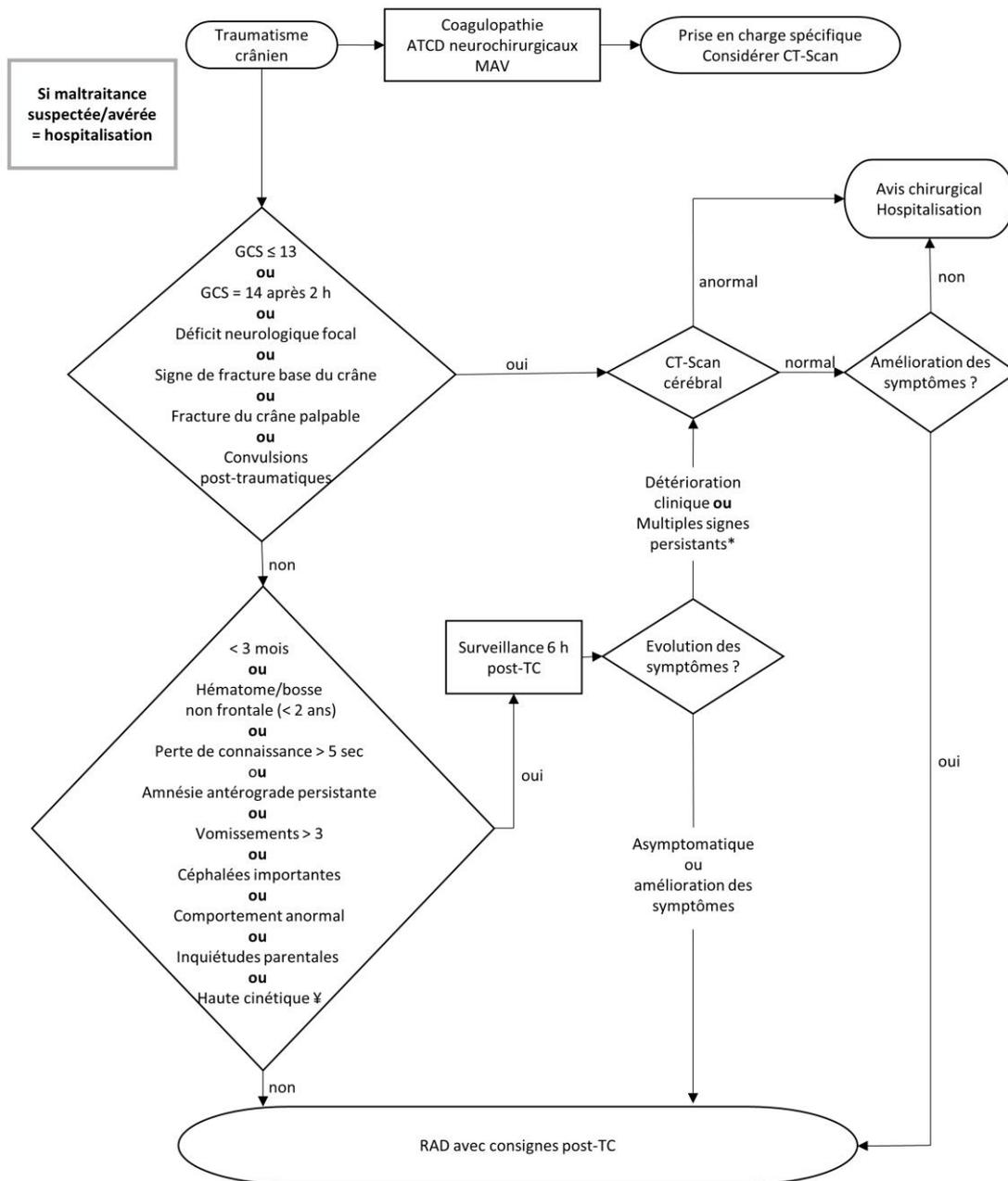


TC/TCC

Algorithme



- ¥ haute cinétique (non exhaustif) :
- Chute > 0.9 m si < 2 ans ou > 1.5 m si ≥ 2 ans > 5 marches
 - AVP > 30 km/h
 - Chute à vélo/trottinette non casqué

- * Signes persistants :
- Comportement anormal
 - Irritabilité / agitation
 - Vomissements persistants
 - Céphalées significatives (après antalgie adéquate)

Re consulter en urgence si :

- Céphalées persistantes ou s'aggravant
- Vomissements répétés
- Dysarthrie
- Altération état de conscience
- Marche instable, troubles de l'équilibre
- Dysmétrie
- Comportement inhabituel
- Troubles de la vue, diplopie
- Saignement ou écoulement clair de l'oreille

Nourrisson : vomissements répétés, irritabilité, agitation importante, pleurs inhabituels, comportement inhabituel

Abréviations

AVP : accident voie publique ; **GCS** : Glasgow coma scale ; **MAV** : malformation artério-veineuse ;
RAD : retour à domicile ; **TC** : traumatisme crânien ; **TCC** : traumatisme crânio-cérébral

Définitions/remarques

Suivi post-TCC

TC simple : contusion de la calotte crânienne **sans** symptôme neurologique associé.

TCC : traumatisme crânien **avec** répercussion neurologique.

TCC léger : GCS 14-15 / **TCC modéré** : GCS 8-13 / **TCC sévère** : GCS 3-7

TCC léger : traumatisme crânio-cérébral induit par des forces biomécaniques engendrant une altération des fonctions neurologiques* dont la résolution est spontanée après quelques secondes, minutes ou heures et absence de lésion au CT-cérébral (si effectué).

Syndrome post-commotionnel : persistance de symptômes ** de degré variable durant plusieurs jours à plusieurs semaines après un TCC (en moyenne 14 jours mais peut durer jusqu'à 4 semaines chez l'enfant et l'adolescent).

* **perte de connaissance, amnésie circonstancielle**, convulsion, ralentissement, fatigue, confusion, somnolence, désorientation, irritabilité, trouble de la coordination ou de l'équilibre, vomissements (non exhaustif).

Ces symptômes ne sont pas spécifiques d'une commotion et le diagnostic différentiel d'une lésion intra-parenchymateuse (ou d'une autre cause) doit toujours être évoqué.

** Troubles mnésiques, difficulté de concentration, céphalées, fatigue, vertiges, nausées, troubles visuels, photo-phonophobie, labilité émotionnelle, troubles du sommeil.

Consignes de retour à domicile après TCC léger :

- Toujours avertir les parents et l'enfant que les symptômes peuvent durer jusqu'à 4 semaines.
- Min. 24-48 h d'arrêt scolaire/sportif puis reprise progressive de l'école et du sport selon A. et B.

A. Reprise scolaire

| Minimum 24 h entre chaque étape. | | Etapes | Exemples |
|--|-----------------------------------|---|---|
| Informer corps enseignant (p.ex. via certificat) que l'enfant peut présenter une fatigue ou difficulté de concentration sur les 4 prochaines semaines. | | 1. Activités quotidiennes à domicile qui n'occasionnent pas ou qu'une faible exacerbation des symptômes (24 h-48 h) | Etape 1 recommandée à tous les patients. Lecture, interactions sociales, jeux de société. Minimiser les temps d'écran. |
| | | 2. Activités scolaires hors cadre scolaire | Devoirs, lecture nécessitant concentration ou autres activités cognitives. Reprise des écrans comme habituellement. |
| | | 3. Retour à l'école à temps partiel | P.ex. : demi-journée |
| | 4. Retour à l'école à temps plein | | |

- Si l'enfant est asymptomatique à 24-48 h du TCC un retour à l'école complet peut être envisagé d'emblée
- Si persistance de symptômes même légers : contrôle chez pédiatre à 48 h pour évaluation d'un retour graduel cf. étapes 2. à 4.
- La progression dans les étapes 2 à 4 doit se faire sans occasionner plus qu'une exacerbation légère des symptômes.**

B. Reprise des activités sportives

| Minimum 24 h entre chaque étape. | | Etapes | Exemples |
|---|----------------------------|--|---|
| Étapes 1 à 3 : sans occasionner plus qu'une exacerbation légère des symptômes. | | 1. Activités quotidiennes de base | Pas d'activité physique mais activités de la vie quotidienne (p.ex. : marche). |
| | | 2. Exercices légers | P.ex. : marche ou vélo à rythme lent. |
| | | 3. Exercices modérés | P.ex. : course à pied, vélo avec rythme soutenu sans risque de contact/collision. |
| Étapes 4 à 6 : uniquement si asymptomatique. Si symptômes post-commotionnels retourner à l'étape 3. | | 4. Exercices d'entraînement sans contact | P.ex. : reprise du sport à haute intensité en évitant les risques de collision. |
| | | 5. Exercices d'entraînement avec contact | P.ex. : reprise du sport avec activités habituelles. |
| | 6. Retour à la compétition | Match/compétition ou amélioration des performances personnelles. | |

Reprise progressive du sport selon B. pour les activités sportives extra-scolaires.

Pour l'école : arrêt de sport 1 semaine, puis réévaluation chez pédiatre à 1 semaine si patient encore symptomatique.

Proposer un suivi d'emblée chez le pédiatre chez les enfants très sportifs / athlètes.

| | |
|---|--|
| <p>Pour les TCC modérés à sévères :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repos complet minimum 48 h • Etapes plus longues pour reprise scolaire ET sportive • Reprise forcément progressive • Contrôle d'office chez pédiatre à 48 h | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Contrôle chez pédiatre à 1 mois si persistance de symptômes. ➤ Contrôle aux urgences <u>uniquement</u> si péjoration des symptômes. |
|---|--|

Références/liens

- Lumba-Brown, A., Yeates, K. O., et al. (2018). Centers for Disease Control and Prevention Guideline on the Diagnosis and Management of Mild Traumatic Brain Injury Among Children. *JAMA Pediatr*, 172(11), e182853. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.2853>
- Powell, E. C., Atabaki, S. M., et al. (2015). Isolated linear skull fractures in children with blunt head trauma. *Pediatrics*, 135(4), e851-857. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-2858>
- Osmond, M. H., Klassen, T. P., et al. (2010). CATCH: a clinical decision rule for the use of computed tomography in children with minor head injury. *CMAJ*, 182(4), 341-348. <https://doi.org/10.1503/cmaj.091421>
- Abid, Z., Kuppermann, N., et al. (2021). Risk of Traumatic Brain Injuries in Infants Younger than 3 Months With Minor Blunt Head Trauma. *Ann Emerg Med*, 78(3), 321-330 e321. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2021.04.015>
- Patricios, J. S., Schneider, K. J., et al. (2023). Consensus statement on concussion in sport: the 6th International Conference on Concussion in Sport-Amsterdam, October 2022. *Br J Sports Med*, 57(11), 695-711. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2023-106898>
- Reed, N.*, Zemek, R.*, et al. (2023). *Living Guideline for Pediatric Concussion Care*. www.pedsconcussion.com. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/3VWN9>
- Pediatric Emergency Care Applied Research Network. <https://pecarn.org/>

Mots-clés

Traumatisme crânien, traumatisme crânio-cérébral, commotion cérébrale

| Domaine | Auteurs | Date de validation | Date de révision |
|-------------------|---|--------------------|------------------|
| Ped-Ro* /Urgences | Kevin Comte Ludivine Coulon Sergio Manzano Aude Tonson La Tour | 24.06.2024 | 24.06.2026 |

*Ped-Ro, les recommandations du réseau romand de pédiatrie : Centre Hospitalier du Valais Romand - Sion, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois - Lausanne, Ensemble Hospitalier de la Côte - Morges, Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois - Yverdon, Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique - Nyon, Hôpital cantonal - Fribourg, Hôpital de la Tour - Meyrin, Hôpital du Jura - Delémont, Hôpital Intercantonal de la Broye - Payerne, Hôpital Riviera-Chablais - Rennaz, Hôpitaux Universitaires de Genève, Réseau Hospitalier Neuchâtelois