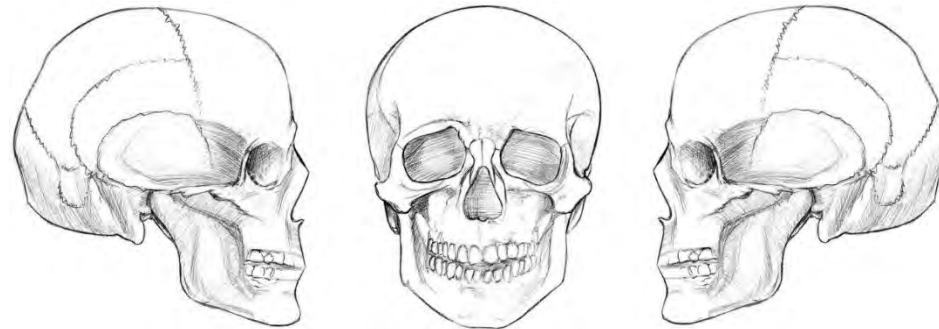


Evaluation prospective de la prévalence et des **F**acteurs de
risques de **L**ésions **I**ntra-**C**érébrales à la suite d'un TCL des
patients ≥ 65 ans admis aux urgences
EFLIC



Dr Xavier DUBUCS
Pr CHARPENTIER, Dr HOULES, Pr SCHMIT, Pr LAUQUE

C@MU 5-6 février 2020

Rationnel

Traumatisme crânien léger : première cause de recours traumatique des personnes âgées aux urgences

65 ans : limite établie dans les recommandations internationales

90 % des TDMc normaux

< 1 % PEC chirurgicale

⇒ **Evaluation prospective en SU de la prévalence de LIC**

⇒ **Identification FDR de LIC**

Etude descriptive observationnelle prospective monocentrique

Durée : **6 mois**

Critère d'inclusion :

Patients \geq **65 ans**

Admis au service des urgences de Toulouse

Victime d'un **traumatisme crânien léger (Glasgow 13-15)**

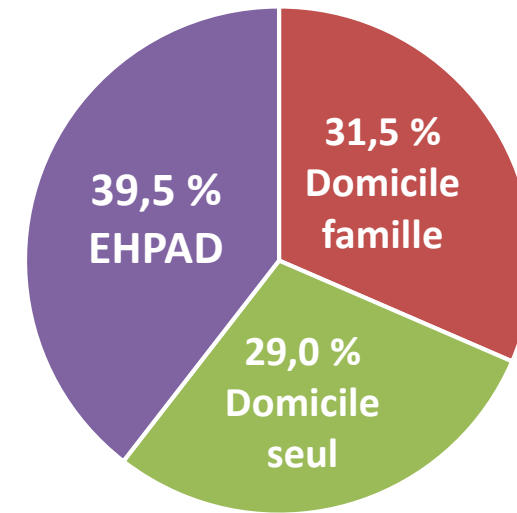
Critère d'évaluation primaire :

Mise en évidence d'une **lésion intracérébral sur TDMc**



Definition of mild
traumatic brain injury

- Âge moyen : 86,5 ans
- 66,8 % de femmes (p=0,05)
- 34,5 % Troubles cognitifs
- 53,1 % Psychotropes



Prévalence de lésions intracérébrales : 7,2 %

26/365 patients

- **50 %** Hématomes sous durs
- **34,6 %** Hémorragies sous arachnoïdienne
- **15,4 %** Hématome intra-parenchymateux

	Population (N=365)	LIC+ (N=26)	LIC- (N=339)	P-value
<i>Traitement antiagrégant (n, %)</i>				
Aspirine	112 (30,7)	11 (42,3)	101 (29,8)	0,18
Clopidogrel	27 (7,4)	1 (3,8)	26 (7,7)	0,40
Aspirine + Clopidogrel	2 (0,55)	0 (0,0)	2 (0,59)	0,86
<i>Traitement anticoagulant (n, %)</i>				
AVK	60 (16,4)	5 (19,2)	55 (16,2)	0,69
AOD	61 (16,7)	3 (11,5)	58 (17,1)	0,34
Anticoagulant sous cutané	7 (1,9)	1 (3,8)	6 (1,8)	0,40



91,8 % chute de sa hauteur

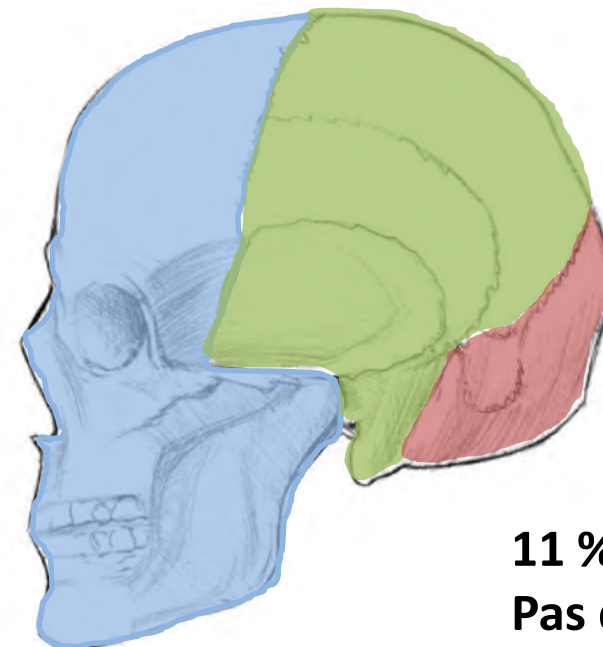
- mécanique
50,1 %
- lipothymie/syncope
11,0 %

Non connus :

- Heure du TCL 32,1 %
- Mécanisme de la chute 38,9 %
- Signes fonctionnels aux décours 13,5 %

- **Céphalées**, 11,8 % (43/365),
 $p < 0,001$
- **Vomissement(s)**, 3,0 % (11/365),
 $p = 0,004$
- **Glasgow 14**, 9,9 % (36/365),
 $p = 0,002$
- **Signe de localisation** 0,8 % (3/365),
 $p < 0,001$

64,8% (237/365) = 0,76

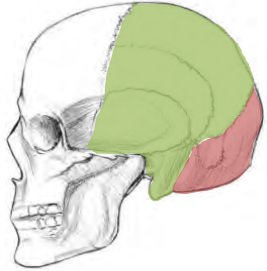


14,3 % (52/365), $p = 0,01$

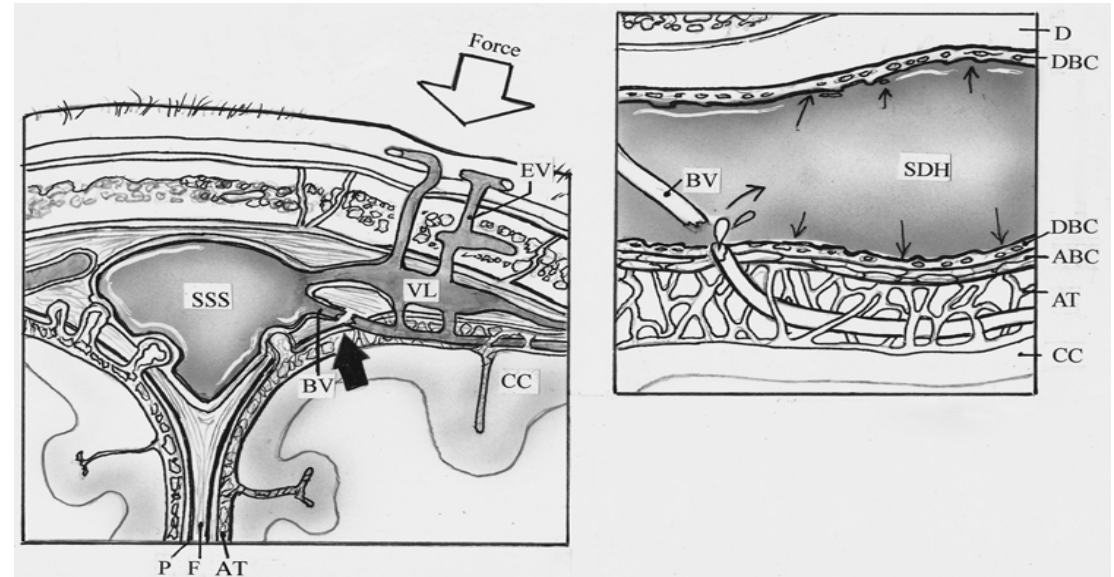
10,1 % (37/365), $p = 0,003$

11 % (40/365), $p = 0,04$
Pas de point d'impact

- **Prévalence faible 7,2 %**
 - *Riccardi et al. 2013*, rétrospectif, **2,2 %**
 - *Timler et al. 2015*, rétrospectif **8,0 %**



- **Localisation de l'impact :**
 - simple,
 - objectif,
 - outil de régulation ?



Miller et al.

- **Anti agrégation** : surrisque de LIC discuté. **Anticoagulation** : surrisque probable.
 - 8,9 % *Moustafa et al. 2018*, rétrospectif
 - 10,3 % *Versmée et al. 2015*, prospectif
- **Age**
 - Fournier et al. 2018, repousser âge à 75 ans ?

Forces :

- Prospectif
- En soins courants

Limites :

- Pas de suivi en cas de RAD (29 % d'hospitalisation)
=> Risque hémorragie retardée sous AVK, *Versmée et al. 2015*
 - Pas de suivi à moyen terme
=> 35 % de réadmission J30, *Brito et al, 2019*

**Validation de ces
facteurs de risques
spécifiques à la
population âgée**



**Definition of mild
traumatic brain injury**

=> dubucs.x@chu-toulouse.fr