

TRAUMATISME CRANIO-CÉRÉBRAL CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 2 ANS

Généralités

Les traumatismes crâniens sont habituellement secondaires à un impact direct à la tête et plus rarement un impact indirect (décélération rapide par exemple). Environ 10% de ces accidents engendrent une atteinte des fonctions mentales supérieures et provoquent ce qu'on nomme un traumatisme cranio-cérébral (TCC). Les autres 90% n'ont pas d'atteinte cérébrale. On estime qu'au moins 5% des enfants de moins de 2 ans avec traumatisme crânien sans atteinte cérébrale auront une fracture du crâne. Les rares patients ayant une fracture du crâne enfoncée ou avec un large diastasis sont plus à risque de complication

ÉVALUATION

Diagnostique différentiel

Si l'enfant a eu une atteinte des fonctions mentales supérieures, voir le [guide clinique des TCC](#). Dans le contexte où la symptomatologie est impressionnante en comparaison à l'accident décrit, penser à la maltraitance.

Pour les enfants de moins de 2 ans avec traumatisme crânien isolé, voici l'évaluation :

Histoire

Au niveau des antécédents, vérifier :

- Présence de coagulopathie

Décrire l'accident (Heure de l'accident, hauteur de la chute, haute vitesse, etc.)

Rechercher les symptômes suivants :

- Vomissements (ceci n'est pas nécessairement un signe de saignement intra-crânien chez le jeune enfant mais peut mener à la déshydratation)
- Irritabilité

Examen physique ciblé

Examen physique complet avec une attention particulière aux points suivants :

- Score de Glasgow (initial et à répéter souvent)
- Taille et réactivité des pupilles à la lumière (mydriase unilatérale=engagement)
- Signe de fracture de la base du crâne (écoulement clair du nez ou oreilles, Raccoon eyes, Battle sign)
- Présence d'un hématome du scalp et taille/ localisation de ce dernier
- Examen neuro complet

Investigations

L'investigation la plus utile en urgence, pour le TCC est la tomographie axiale cérébrale (CT scan). Par contre, le risque de tumeur cérébrale engendré par un seul examen est décuplé de façon vertigineuse pour les enfants plus jeunes, pouvant atteindre 1/500 chez les moins de 1 ans (Stein et al., *Pediatr Neurosurg.* 2008). Il en découle une utilisation judicieuse du scan en pédiatrie.

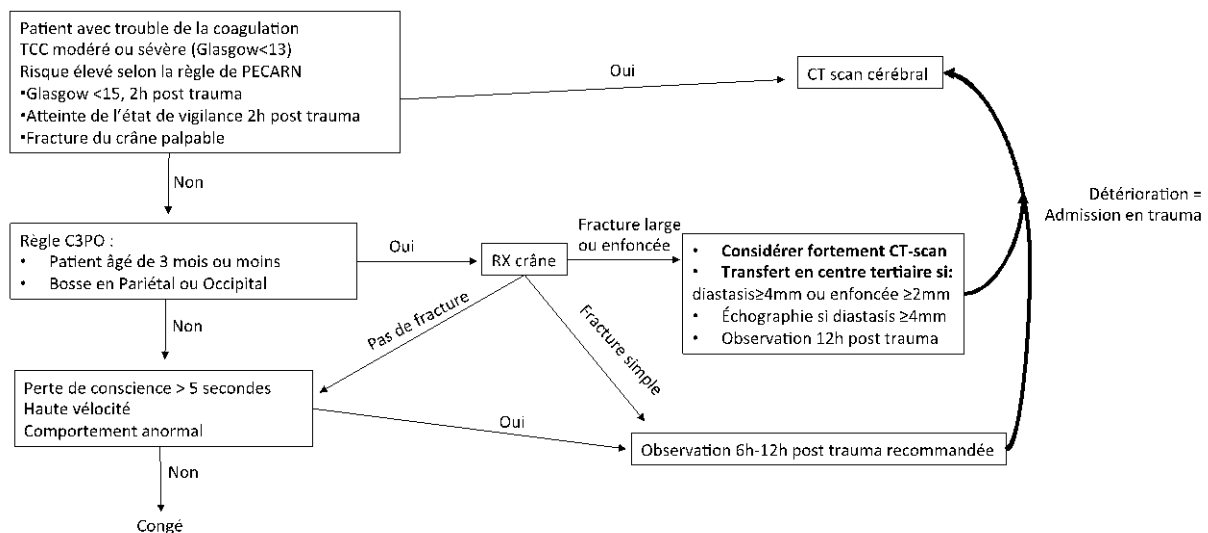
Les CHU Sainte-Justine, de Sherbrooke et du Montreal Childrens' Hospital ont développé une règle de décision clinique pour identifier les enfants de moins de deux ans à risque de fracture du crâne. La **règle C-3PO** stipule qu'il y a un risque de fracture du crâne pour les enfants de 3 mois et moins OU pour ceux avec une bosse en pariétal ou occipital (n'importe quelle taille):

C-3PO rule

Cranial risk fracture for:
3 months old and younger
Parietal hematoma/swelling
Occipital hematoma/ swelling

Voici l'algorithme du CHU Sainte-Justine pour les enfants de moins de 2 ans.

Algorithme décisionnel pour l'investigation radiologique des enfants de moins de 2 ans avec traumatisme crânien



***Toujours garder en tête la possibilité de maltraitance et transférer en centre spécialisé en cas de suspicion raisonnable

TRAITEMENT

- Voir le [guide clinique des TCC](#)

Conseils de départ

- Voir le [guide clinique des TCC](#)

Quand référer?

- Admission de tous les **TCC sévères et certains TCC modérés aux soins intensifs**. Les autres **TCC modérés** sont admis en traumatologie.
- Admission des **TCC légers** qui ont des symptômes importants persistants (vomissements, agitation, confusion, etc.).
- Observation pour au moins 6 heures post trauma pour les fractures du crâne simples
- Considérer transfert en centre tertiaire pour les fractures du crâne enfoncées ou diastasiques (voir algorithme)
- La distance entre les centres hospitaliers et leurs ressources disponibles doivent être considérées dans la décision du transfert.

Suivi possible à la [clinique TCC du CHU Ste-Justine](#) si persistance des symptômes après 6 semaines (Tel : 514-345-4931, poste 5915).

Transfert vers un centre tertiaire

Appelez-nous pour en discuter:

Tel: 514-345-4992 (Centre de Coordination Activités-Réseau)

Guide clinique écrit par:

J Gravel (Urgence), M Beaudin (Chx), L Crevier (Neurochx)

Révisé en novembre 2015