

# Traumatisme crânien grave GCS $\leq 8$ de l'adulte

T  
R  
A  
N  
S  
F  
E  
R  
T  
  
V  
E  
R  
S  
  
N  
I  
V  
E  
A  
U  
  
1

## Evaluation clinique

- Heure et circonstances du traumatisme
- Traitement anti-agrégant ou anti-coagulant ?
- Score de Glasgow et examen pupillaire répété, recherche déficit moteur.
- Recherche lésions extra-crâniennes

## Mise en condition

- Monitoring cardio-respiratoire
- Pose de 2 VVP de 18G minimum
- Collier cervical rigide 3 points
- Rétablir hémodynamique avant induction et anticiper risque d'hypotension +++
- IOT après ISR en tenant compte du risque de lésion cervicale (Eschmann)

## Hémodynamique: Objectif PAS > 110mmHg

- Expansion volémique par cristalloïdes isotoniques (Sérum salé 0,9%, Isfondine)
- Noradrénaline sur VVP selon protocole si objectif non atteint malgré remplissage  $\geq 30\text{mL/kg}$ .

## En cas d'hémorragie associée : Objectif PAM $\geq 80\text{mmHg}$

- Contrôle des hémorragies accessibles (suture de plaie, compression, garrot, méchage nasal)
- Objectifs transfusionnels : Hb  $\geq 9\text{ g/dL}$ ; Plaquettes  $> 100\ 000/\text{mm}^3$ ; TP  $> 60\%$
- Antagonisation des tts anticoagulants : AVK = 10mg Vit K+ PPSB 1mL/kg; AOD = PPSB 2mL/kg

## Ventilation Mécanique en mode VAC

- $V_T$  : 6 à 8mL/kg de poids idéal théorique
- $\text{FiO}_2$  qsp pour  $\text{SpO}_2 > 95\%$
- FR qsp  $\text{PaCO}_2$  entre 35 et 40mmHg ( $E_T\text{CO}_2$  30-35mmHg en l'absence de GDS)
- PEP jusqu'à 8 cmH<sub>2</sub>O sauf si pneumothorax non drainé

## Neurologique

- Position proclive 15 à 30° selon état hémodynamique
- Examen pupillaire répété toutes les 30mn sous sédation (15mn si anomalie)
- En cas d'anomalie pupillaire aréactive
  - Mannitol 20% : 250mL en 20mn puis 5 fois volume perfusé en NaCl 0,9%
  - SSH 7,5% : 100mL en 20mn (si instabilité HD ou échec du mannitol)
  - Vérifier l'absence de compression jugulaire par collier cervical
  - Vérifier la réalisation des objectifs hémodynamiques et ventilatoires
  - Majorer la sédation