

ETUDE D'UNE PRISE EN CHARGE NEUROPSYCHOLOGIQUE PRECOCE CHEZ DES PATIENTS AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRANIEN LEGER

IRME (Institut pour la Recherche sur la Moelle Epinière et l'Encéphale) – Professeur Nozar AGHAKHANI neurochirurgien - service de Neurochirurgie de l'Hôpital Bicêtre, PARIS XI,

Thème : Expérimenter une prise en charge précoce des TC léger – Améliorer QVA

150 000 cas de traumatismes crâniens légers ou modérés en France sont estimés par an. Ces patients ne justifient pas une hospitalisation ou une prise en charge médicale spécialisées. C'est généralement trois à six mois plus tard que certains d'entre eux consultent de nouveau pour des douleurs, des troubles de mémoire et des capacités attentionnelles ou des troubles de l'humeur. Ils se manifestent chez environ 20% des personnes ayant subi un TCL.

L'objectif de cette étude est d'étudier l'efficacité à 6 mois d'une prise en charge neuropsychologique précoce de patients victimes d'un traumatisme crânien léger considéré à « risque ».

Cette étude devrait permettre d'établir des recommandations ciblées sur la prise en charge des patients traumatisés crâniens légers, de pouvoir définir un bilan de référence qui permettrait une orientation du patient vers un centre référent de prise en charge.

Justificatif :

Chaque année, on compte 150 000 nouveaux cas de traumatisme crânien léger ou modéré en France. Les signes présentés d'emblée par ces patients aux examens standard (examen clinique et scanner) ne justifient pas d'une hospitalisation ou d'une prise en charge médicale spécialisée. Ils ont parfois un scanner en urgence et regagnent leur domicile.

C'est généralement 3 à 6 mois plus tard que certains d'entre eux consultent de nouveau pour des douleurs (céphalées, troubles de l'équilibre, cervicalgies), et des troubles cognitifs de la mémoire, des capacités attentionnelles ainsi que des troubles de l'humeur. L'ensemble de ces symptômes s'appelle « le syndrome post-traumatique du traumatisé crânien léger (SPT) ». Le syndrome post-traumatique (SPT), encore appelé "syndrome post-commotionnel"¹, est au coeur de la problématique des TCL. Il comprend tout un ensemble de symptômes qui apparaissent dès la phase aiguë du traumatisme.

Ces symptômes recouvrent trois dimensions distinctes : la dimension somatique, cognitive et émotionnelle ou comportementale (*Rimel et al., 1981*). Elles sont relativement stéréotypées, d'un degré d'intensité variable et sont souvent nombreuses. Levin et al. (1987), a détaillé les symptômes principaux, classés en fonction de leur prévalence : *Céphalées/douleurs, Fatigue, Vertiges, Troubles du sommeil, Troubles de la mémoire, Dépression, Sensation de tête vide ou pleine, Troubles de l'équilibre, Troubles sensoriels (phosphènes, acouphènes), Intolérance au bruit, Troubles du sommeil (hypersomnie, insomnies), Difficultés de concentration, Modification du caractère (irritabilité, apathie, désintérêt pour l'environnement)*.

Le taux de TCL ayant un SPT, est estimé selon une fourchette de 15 à 25 % de TCL dont la persistance des plaintes peut s'étendre au-delà de 3 mois jusqu'à plusieurs années.

Ces troubles peuvent rendre ces patients inaptes à la poursuite d'une vie socioprofessionnelle normale, entraver une reprise de travail et altérer leur vie personnelle et familiale. Indifférents, dépressifs et irritables, ils disent « qu'ils ne sont plus eux-mêmes », ce que confirme leur entourage familial et professionnel. Actuellement aucune prise en charge spécifique n'est entreprise pour lutter contre cette cause majeure de handicap et ce n'est bien souvent qu'à un stade trop tardif que les blessés d'évolution peu favorable bénéficient d'une prise en charge qui se révèle moins efficace dans la mesure où les symptômes se sont enkystés.

C'est pourquoi, la question d'une intervention thérapeutique le plus tôt possible, adaptée, multidisciplinaire et basée sur l'identification précoce de facteurs pronostics se pose donc de façon urgente.

Des études ont proposé des résultats allant dans le sens de la pertinence d'une prise en charge précoce des TCL quant à son efficacité (*Paniak et al., 1998 ; Relander et al., 2002 ; Carroll et al., 2004*). Il est important de retenir de ces études l'impact direct de la réassurance, des informations sur le TCL promulguée aux blessés, mais également de l'efficacité d'une adaptation fine du ou des types de prise en charge spécifiques aux troubles et plaintes des blessés dit « à risque ».

Diagnostic les patients traumatisés crâniens à risque

Afin de diagnostiquer les patients traumatisés crâniens à risque, des examens spécifiques sont pratiqués qui authentifient les différentes atteintes :

- Un examen neuropsychologique précoce utilisant des critères maintenant validés permet de diagnostiquer d'emblée les patients traumatisés crâniens « à risque ». En effet, l'examen clinique pratiqué durant la première semaine après le traumatisme met en évidence des signes déficitaires sur le plan des fonctions exécutives, des capacités attentionnelles (attention soutenue, attention divisée, attention sélective), de la mémoire à court terme et la mémoire de travail (*Caplain et al., 2010 ; Umile et al., 2002 ; Pardini et al., 2010 ; McAllister et al., 1999 ; Smits et al., 2009 ; Wallesch et al., 2001 ; Konrad et al., 2010 ; Scheid et al., 2006 ; Sterr et al., 2006 ; Vanderploeg et al., 2005 ; Collie et al., 2006*).
- L'examen psychologique permet de mettre en évidence des troubles de l'humeur (anxiété, dépression), une qualité de vie moins satisfaisante et identifie les plaintes et les douleurs.

Objectifs de l'étude :

L'objectif principal de cette étude est d'étudier l'efficacité à 6 mois d'une prise en charge précoce neuropsychologique, psychologique et de la douleur chez des patients victimes d'un traumatisme crânien léger dits « à risque » (de mauvais pronostic) versus des patients à risque bénéficiant d'une prise en charge classique. Ces patients définis comme étant « à risque » seront identifiés de façon précoce d'après des indices de mauvais pronostic clinique, neuropsychologique et d'imagerie validés. Ces critères ont été validés lors d'une précédente étude.

Les objectifs secondaires sont l'apport de connaissances sur l'épidémiologie des TCL et l'élaboration scientifique d'un barème d'évaluation des séquelles

Méthodologie : étude ouverte, prospective, nationale et multicentrique, randomisée, 350 patients inclus sur deux ans et suivi pendant 6 mois.

Dans cette étude ouverte, prospective, nationale et multicentrique, randomisée, 350 patients seront inclus sur deux ans (février 2012 à février 2014). Chaque patient est suivi pendant 6 mois. Parmi ces 350 patients ayant subi un traumatisme crânien léger, seront identifiés, grâce au bilan réalisé entre J8 et J15 du traumatisme (bilan clinique, neuropsychologique et psychologique) :

- 280 patients définis comme étant « non à risque » suivant les critères cliniques, neuropsychologiques (bilans réalisés entre 8 et 15 jours après le traumatisme),
- 70 patients définis comme « à risque » suivant les critères cliniques, neuropsychologiques (bilans réalisés entre 8 et 15 jours après le traumatisme).

Ces 70 patients classés « à risque » selon seront divisés par tirage au sort en deux groupes de 35 patients :

- 35 patients revus à 6 mois du traumatisme avec bilan complet (identique au bilan initial avec examen clinique, neuropsychologie, psychologie)
- 35 patients seront vus régulièrement au cours des 6 mois qui suivent le traumatisme en séance de rééducation et auront à 6 mois du traumatisme le même bilan complet (identique au bilan initial avec examen clinique, neuropsychologie, psychologie).

Une IRM sera prescrite au patient lors du bilan clinique J8 et à 6 mois du traumatisme (cet examen reste **optionnel**). Tous les sujets examinés signeront un formulaire de consentement éclairé.

Le critère de jugement principal est clinique : échelle de qualité de vie (QOLIBRI).

A 6 mois du traumatisme, les 70 patients suivis auront l'évaluation clinique et neuropsychologique et seront classés en évolution favorable ou défavorable.

Ce classement sera établi en fonction du score principal mis en évidence par l'échelle QOLIBRI.

Durée de l'étude

Début : Avril 2012

Fin de l'étude : décembre 2014

Lieu de l'étude

Etude multicentrique : trois centres (MPR Hôpital de la Pitié, La Musse et Propara)

Lieu de recrutement : Les patients seront recrutés dans les services d'accueil des urgences (SAU) de CHU de Bicêtre, de Cochin et de Tenon et le service de neurochirurgie de CHU de Bicêtre pour Paris.

A Rouen et à Montpellier, les patients seront recrutés dans le service d'accueil des urgences (SAU) du CHU et les services de neurochirurgie du CHU.

Les examens neurologiques et le bilan neuropsychologique seront réalisés pour chacun des centres ainsi que les 14 séances externes de rééducation :

- Dans le service de MPR de l'hôpital de la Pitié ou au CHU de Bicêtre, supervisés par le Pr PRADAT DIEHL,
- Au CRRF La Musse (Rouen), supervisés par le Dr PALLADITCHEFF,
- Au CRRF Propara (Montpellier), supervisés par le Dr FATTAL.

Conséquences attendues

Retombées potentielles de l'étude : démontrer l'efficacité d'une prise en charge précoce des patients à type de rééducation et du traitement de la douleur. Diminuer significativement le handicap des traumatisés crâniens légers. Etape préalable à la mise en place de centres spécialisés dans la prise en charge des TCL.