

Guide de pratique clinique pour les lésions cérébrales traumatiques légères et les symptômes persistants

Shawn Marshall MD MSc FRCPC Mark Bayley MD FRCPC Scott McCullagh MD FRCPC
Diana Velikonja PhD CPsych Lindsay Berrigan PhD

Résumé

Objectif Présenter les nouvelles lignes directrices sur la prise en charge des lésions cérébrales traumatiques légères (LCTL) et les symptômes persistants post-commotion (SPPC) afin de renseigner et d'orienter les médecins qui prennent en charge des patients qui se remettent d'une LCTL.

Qualité des données On a effectué une recherche des guides de pratique clinique existants portant sur les LCTL et une synthèse critique des ouvrages scientifiques évaluant le traitement des SPPC. Étant donné la rareté des conseils sur la prise en charge des SPPC dans les travaux sur les lésions cérébrales traumatiques, une deuxième recherche documentaire a été faite pour recenser les guides de pratique clinique et les synthèses critiques concernant la prise en charge de ces symptômes communs dans la population en général. On a convoqué des professionnels de la santé provenant de différentes disciplines et régions du Canada et de l'étranger à une conférence consensuelle d'experts pour examiner les lignes directrices et les données probantes existantes et élaborer un guide complet pour la prise en charge des LCTL et des SPPC.

Message principal À l'aide d'un processus Delphi modifié, on a produit 71 recommandations portant sur le diagnostic et la prise en charge des LCTL et des SPPC. De plus, on a inclus dans le guide de nombreuses ressources et des outils pour faciliter la mise en œuvre des recommandations.

Conclusion Un guide de pratique clinique a été élaboré pour aider les professionnels de la santé à fournir des soins fondés sur les données probantes et les pratiques exemplaires à la population complexe de personnes qui ont des SPPC à la suite d'une LCTL.

De nouvelles lignes directrices canadiennes ont été élaborées pour aider les professionnels de la santé à donner des soins fondés sur des données scientifiques et des pratiques exemplaires à la population complexe de personnes qui ont des symptômes persistants post-commotion (SPPC) à la suite d'une lésion cérébrale traumatique légère (LCTL). Les critères de diagnostic d'une LCTL sont indiqués à l'Encadré 1¹. La lésion cérébrale traumatique légère, aussi appelée traumatisme crânien léger ou commotion, est l'un des troubles neurologiques les plus fréquents de nos jours et le public s'y intéresse de plus en plus en raison des initiatives de prévention des commotions cérébrales dans les sports², ainsi que les médias qui suivent les dossiers des blessures causées par le souffle des explosions chez les militaires³. Une étude récente portant à la fois sur les cas de LCTL en milieu hospitalier et ceux soignés par des médecins de famille estimait que l'incidence des LCTL en Ontario se situait entre 493 et 653 par 100 000 habitants⁴. Même si on s'attend dans la plupart des cas à ce que les patients victimes d'une LCTL se rétablissent complètement en quelques jours ou quelques mois, selon les Centers for Disease Control and Prevention, jusqu'à 15 % des patients ayant un diagnostic de LCTL peuvent avoir des problèmes incapacitants persistants⁵. Quoique ce soit une minorité de patients, étant donné la forte incidence des LCTL, leur nombre reste considérable.

POINTS DE REPÈRE La lésion cérébrale traumatique légère (LCTL) compte parmi les troubles neurologiques les plus fréquents observés de nos jours. Des symptômes persistants à la suite d'une LCTL peuvent se produire chez 10 % à 15 % des patients, notamment sous forme de céphalées post-traumatiques, de troubles du sommeil, de problèmes d'équilibre, de déficience cognitive, de fatigue et de troubles de l'humeur. Les symptômes persistants post-commotion peuvent causer une incapacité fonctionnelle, du stress et des absences au travail ou à l'école. Ces lignes directrices cherchent à combler le manque de renseignements et de conseils, jusqu'à présent, exception faite de ceux traitant des commotions d'origine sportive, qui sont accessibles aux médecins pour prendre en charge le rétablissement d'une LCTL.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.
Can Fam Physician 2011;57:e128-40



Cet article donne droit à des crédits Mainpro-M1.
Pour obtenir des crédits, allez à www.cfp.ca et cliquez sur le lien Mainpro.

The English translation of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the March 2012 issue on page 257.

Des symptômes physiques, émotionnels, comportementaux et cognitifs, comme les maux de tête, les troubles du sommeil, les problèmes d'équilibre, la fatigue,

Encadré 1. Critères pour le diagnostic d'une lésion cérébrale traumatique légère selon l'American Congress of Rehabilitation Medicine

Un patient ayant une lésion cérébrale traumatique légère a eu une interruption physiologique de la fonction cérébrale à la suite d'un traumatisme, telle que manifestée par 1 ou plusieurs des éléments suivants:

- une perte de conscience pouvant durer jusqu'à 30 min.
- une perte de mémoire des événements immédiatement avant ou après l'accident pouvant durer jusqu'à 24 h
- une altération de l'état mental au moment de l'accident (p. ex. étourdissement, désorientation ou confusion), ou
- un déficit neurologique focal qui peut ou non être transitoire, mais lorsque la gravité de la blessure ne se caractérise pas par:
- une perte de conscience de plus de 30 min.
- une amnésie post-traumatique de plus de 24 h
- un score à l'échelle du coma de Glasgow de moins de 13 après 30 min.

Adaptation d'un document du Mild Traumatic Brain Injury Committee de l'American Congress of Rehabilitation Medicine¹

Encadré 2. Symptômes courants de la lésion cérébrale traumatique légère

Physiques

- Mal de tête
- Nausée
- Vomissements
- Vision embrouillée ou double
- Voir des étoiles ou des lumières
- Problèmes d'équilibre
- Étourdissement
- Sensibilité à la lumière ou au bruit
- Acouphène

Comportementaux et émotionnels

- Somnolence
- Fatigue ou léthargie
- Irritabilité
- Dépression
- Anxiété
- Dormir plus que d'habitude
- Difficulté à s'endormir

Cognitifs

- Se sentir «au ralenti»
- Se sentir «dans la brume» ou «sous le choc»
- Difficulté à se concentrer
- Difficulté à se souvenir

Adaptation de Willer et Leddy⁶

l'irritabilité et les problèmes de mémoire et de concentration se produisent communément après une LCTL. Ces symptômes courants sont expliqués à l'Encadré 2⁶. Même si le diagnostic du syndrome post-commotion selon le Manuel international de classification statistique des maladies (Encadré 3)⁷ et celui du trouble post-commotion selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (Encadré 4)⁸ sont controversés⁹, il reste évident que les symptômes persistants à la suite d'une LCTL peuvent causer une incapacité fonctionnelle considérable qui empêche les patients de retourner au travail ou aux études et se traduire par une faible satisfaction de leur qualité de vie¹⁰. Selon une évaluation de la qualité des lignes directrices publiées sur les LCTL, les conseils à cet égard se sont faits plus nombreux au cours des 2 dernières années, notamment 4 guides de pratique clinique (GPC) consacrés exclusivement à ce sujet publiés durant cette période¹¹. Par ailleurs, très peu de conseils sont donnés sur l'évaluation et la prise en charge des symptômes qui persistent au-delà de la période habituelle de rétablissement aigu. Les lignes directrices élaborées par des groupes militaires sont la seule exception à cette constatation. L'étude a permis de conclure qu'il existait un besoin évident de recommandations pour la pratique, élaborées systématiquement, pour guider les professionnels de la santé dans l'identification et la prise en charge des patients qui éprouvent des symptômes persistants à la suite d'une LCTL.

Portée

Ces lignes directrices ont pour but d'aider les professionnels de la santé dans l'évaluation et la prise en charge des SPPC à la suite d'une LCTL. Il convient d'utiliser ce guide de pratique dans le cas d'adultes (≥ 18 ans) victimes d'une LCTL de causes diverses. Les lignes directrices ne portent pas sur les lésions cérébrales

Encadré 3. Critères pour le diagnostic du syndrome post-commotion selon le Manuel international de classification statistique des maladies (ICD-10)⁷

A. Antécédents de traumatisme crânien avec perte de conscience ayant précédé l'apparition des symptômes d'au plus 4 semaines

B. Symptômes dans 3 ou plusieurs des catégories de symptômes suivantes:

- céphalée, étourdissement, malaise, fatigue, intolérance au bruit
- irritabilité, dépression, anxiété, fragilité émotionnelle
- difficultés subjectives de concentration, de mémoire ou intellectuelles sans évidence neuropsychologique d'une déficience marquée
- insomnie
- tolérance réduite à l'alcool
- préoccupation à propos des symptômes ci-dessus et crainte d'un dommage cérébral avec inquiétude hypochondriaque et adoption du rôle de malade.

Encadré 4. Critères pour le diagnostic des troubles post-commotion selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^e édition⁸

- A. Antécédents d'un traumatisme crânien ayant causé une commotion cérébrale considérable*
- B. Présence éprouvée par tests neuropsychologiques ou évaluation cognitive quantifiée de troubles de l'attention (concentration, changer de cible d'attention, effectuer des tâches cognitives simultanées) ou de la mémoire (apprendre ou se rappeler l'information)
- C. Trois (ou plus) des situations suivantes se produisent peu après le traumatisme et durent au moins 3 mois:
- se fatiguer facilement
 - trouble du sommeil
 - céphalée
 - vertige ou étourdissement
 - irritabilité ou agressivité avec peu ou pas de provocation
 - anxiété, dépression ou instabilité affective
 - changements de la personnalité (p. ex. inconvenance sociale ou sexuelle)
 - apathie ou manque de spontanéité
- D. Les symptômes dans les critères B et C apparaissent après un traumatisme crânien ou alors ils représentent une aggravation considérable de symptômes préexistants.
- E. Les problèmes causent une dégradation considérable du fonctionnement social ou au travail et représentent un déclin important par rapport à un niveau antérieur de fonctionnement. Chez les enfants d'âge scolaire, la dégradation peut se manifester par une baisse considérable du rendement à l'école et des résultats scolaires qui remonte au traumatisme.
- F. Les symptômes ne répondent pas aux critères de démence en raison d'un traumatisme crânien et ne sont pas mieux décrits dans les critères d'un autre trouble mental (p. ex. trouble amnésique dû à un traumatisme crânien, changement de personnalité dû à un traumatisme crânien).

*Au nombre des manifestations d'une commotion, on peut mentionner la perte de conscience, l'amnésie post-traumatique et, moins communément, l'apparition post-traumatique de convulsions. Il faut faire d'autres travaux de recherche pour établir une méthode précise de définition de ce critère.

causées par pénétration, les dommages cérébraux dus à un AVC ou à d'autres accidents cérébrovasculaires, le syndrome du bébé secoué ni sur les lésions cérébrales de modérées à graves. On y parle, mais dans une moindre mesure, de la prise en charge aiguë initiale des LCTL, parce qu'on insiste davantage sur l'évaluation et la prise en charge des SPPC. On a cependant inclus les éléments les plus critiques de la prise en charge immédiate, car cette dernière peut influencer le développement et la persistance des symptômes. Le guide de pratique sera utile à divers professionnels de la santé, notamment aux médecins de famille, neurologues, physiatres, psychiatres, psychologues, spécialistes du counseling, physiothérapeutes, ergothérapeutes et infirmières.

Élaboration

Leadership. Une équipe formée de cliniciens ayant une vaste expertise du traitement des LCTL, ainsi qu'une expérience antérieure dans la conception de GPC a dirigé l'élaboration des lignes directrices. L'équipe du projet a convoqué une conférence consensuelle d'experts en LCTL. Le recrutement des membres du groupe consensuel s'est fait de manière à assurer une représentation équilibrée des divers professionnels de la santé desservant la population des patients victimes d'une LCTL, des domaines d'expertise et des régions. En ce qui a trait aux professions de la santé, diverses disciplines étaient représentées, y compris la médecine d'urgence, la neurologie, la médecine physique et réadaptation, la radiologie, la psychiatrie, la psychologie, la physiothérapie et l'ergothérapie. De plus, des représentants d'organisations concernées pertinentes, comme la Fondation ontarienne de neurotraumatologie, l'Ontario Brain Injury Association et l'International Brain Injury Association, ainsi que des personnes ayant éprouvé des SPPC à la suite d'un LCTL ont aussi participé aux travaux. Se sont ajoutées au groupe des personnes spécialisées en symptômes physiques, cognitifs et affectifs, ainsi qu'en diagnostic, en évaluation de la qualité de vie, en mesure des résultats et en transposition du savoir. Les diverses causes des LCTL étaient représentées de manière semblable au sein du panel, comptant des personnes ayant de l'expertise dans les domaines du sport, des accidents de la route et de l'armée. Les membres du groupe consensuel d'experts ont été recrutés dans toutes les régions du pays et à l'étranger.

Recherche documentaire. On s'est servi du Practice Guidelines Evaluation and Adaptation Cycle (cycle d'évaluation et d'adaptation des guides de pratique clinique)¹² comme modèle de processus d'élaboration. La première étape consistait à faire une recherche et un examen des lignes directrices existantes portant sur les LCTL afin de cerner des recommandations de grande qualité qui pourraient être adaptées afin de minimiser la duplication de travaux effectués auparavant. Une recension exhaustive a été menée pour trouver des GPC en français ou en anglais publiés au cours des 10 dernières années (1998 à 2008) qui sont pertinents aux lésions cérébrales traumatiques et qui incluent des recommandations sur les soins aux personnes ayant eu une blessure légère. Pour ce faire, on s'est servi de bases de données bibliographiques (p. ex. Cochrane, National Guidelines Clearing House), de MEDLINE, de PsycINFO. On a aussi fait une recherche générale dans le web et dans les sites web d'organisations pertinentes (p. ex. Association médicale canadienne, National Institute for Health and Clinical Excellence). On a identifié 23 guides de pratique qui ont fait l'objet d'un tri. Ceux qui dataient de plus de 10 ans, ceux qui ne portaient pas sur les LCTL,

ceux qui n'étaient qu'une synthèse sans recommandations pour la pratique, ceux qui ne se penchaient que sur les soins aigus ou préhospitaliers ou ceux qui ne concernaient que les soins pédiatriques ont été exclus d'un examen plus approfondi. Sept guides de pratique rencontraient les critères d'inclusion (Tableau 1¹³⁻¹⁹) dont a extrait les recommandations pertinentes aux LCTL.

La prochaine étape était de faire une recherche documentaire systématique pour cerner toutes les recherches publiées évaluant l'efficacité des traitements et des interventions visant à prévenir ou à prendre en charge les symptômes persistants à la suite d'une LCTL. On s'est fié à une synthèse critique complète effectuée par Borg et ses collaborateurs²⁰ pour les ouvrages publiés jusqu'en 2001. Il a donc fallu faire une recherche dans les bases de données MEDLINE et PsycINFO pour la période allant de 2001 à 2008. La recension dans MEDLINE a produit 9 435 résultats et celle dans PsycINFO, 8 432 résultats. Tous ont été examinés par des évaluateurs indépendants et 36 se conformaient aux critères d'inclusion.

Étant donné qu'on a trouvé très peu de lignes directrices sur la prise en charge des symptômes à la suite d'une LCTL, on a fait une deuxième recherche pour trouver des GPC et des synthèses critiques portant sur le traitement de symptômes communs (p. ex. insomnie) dans la population en général. Quoique ces lignes directrices n'incluent pas de recommandations spécifiques à la prise en charge des symptômes chez les victimes d'une LCTL, elles donnent une orientation générale sur les meilleures façons de traiter les symptômes qui persistent habituellement après une LCTL. Pour cerner les GPC et les synthèses, on a utilisé une procédure semblable à celle décrite précédemment. Les catégories de symptômes retenues, pour lesquelles les GPC avaient été élaborés, sans qu'elles relèvent spécifiquement du domaine des lésions cérébrales traumatiques, sont les suivantes: dysfonction cognitive (n=1), fatigue (n=1), troubles de l'humeur (n=4) et troubles du sommeil (n=4).

Recommandations pour la pratique

Le groupe consensuel d'experts a convoqué une conférence lors de laquelle des présentations ont été faites sur les facteurs méthodologiques essentiels pour l'élaboration de recommandations fondées sur les données probantes et les pratiques exemplaires et sur l'instrument AGREE (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation) qui évalue les cotes des lignes directrices existantes sur les lésions cérébrales traumatiques. On a communiqué les résultats des synthèses critiques des ouvrages et un résumé des recommandations, accompagnées de leurs niveaux de preuve, extraites des lignes directrices existantes. On a ensuite discuté des sujets associés à la définition, au pronostic et aux facteurs de risque. Les participants ont par la suite travaillé en groupes pour adapter les recommandations de grande qualité déjà existantes et produire de nouvelles recommandations fondées sur la recherche actuelle et l'expertise clinique.

Le groupe a rédigé 152 recommandations initiales. Les recommandations finales ont été produites à l'aide d'un processus Delphi modifié²¹. On a ensuite procédé à un vote, une fois que toutes les recommandations initiales avaient été présentées. Après la conférence, l'ébauche des recommandations et les résultats du vote ont été distribués au panel consensuel pour assurer que tous les membres étaient en accord avec chacune des recommandations. Pour être incluse, une recommandation devait répondre à au moins 1 des critères suivants : elle est fondée sur des preuves de niveau A, elle a reçu au moins 10 votes ou l'aval de 75 % du groupe consensuel d'experts ou elle porte sur un problème important sur le plan thérapeutique (p. ex. sujet pertinent à une large part de la population victime d'une LCTL et lacune actuelle dans les recommandations de traitement). Une fois ces critères pris en compte, 71 recommandations ont été retenues et elles forment le guide de pratique actuel.

Tableau 1. Lignes directrices existantes sur les lésions cérébrales traumatiques évaluées dans l'élaboration du présent guide de pratique

AUTEURS	GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE
New South Wales Motor Accident Authority ¹³	<i>Guidelines for Mild Traumatic Brain Injury Following Closed Head Injury</i>
Defense and Veterans Brain Injury Center ¹⁴	<i>Updated mTBI Clinical Guidance</i>
New Zealand Guidelines Group ¹⁵	<i>Traumatic Brain Injury: Diagnosis, Acute Management and Rehabilitation</i>
State of Colorado Department of Labor and Employment ¹⁶	<i>Traumatic Brain Injury Medical Treatment Guidelines</i>
Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents de travail de l'Ontario ¹⁷	<i>Programme de soins pour lésions cérébrales traumatiques légères</i>
National Institute for Health and Clinical Excellence ¹⁸	<i>Head Injury: Triage, Assessment, Investigation and Early Management of Head Injury in Infants, Children and Adults</i>
Concussion in Sport Group ¹⁹	<i>Summary and Agreement Statement of the 2nd International Conference on Concussion in Sport, Prague 2004</i>

Pour évaluer les niveaux des données probantes et classer les recommandations du GPC, on a utilisé la méthode suivante: pour être classée de niveau A, il fallait au moins une étude aléatoire contrôlée, une méta-analyse ou une synthèse critique; le niveau B exigeait au moins une comparaison de cohortes, une étude de cas ou un autre genre d'étude expérimentale; le niveau C incluait l'opinion d'experts ou l'expérience d'un panel consensuel.

Une ébauche du guide a été distribuée à des experts reconnus en la matière qui n'avaient pas participé au processus d'élaboration. On a demandé à ces évaluateurs indépendants de donner leurs commentaires sur la validité et la pertinence du guide. Leur rétroaction a été incorporée dans la version finale.

Points saillants

On présente les 71 recommandations au **Tableau 2**^{13-19,22-30}. Le texte intégral du guide de pratique²²

se trouve sur le site web de la Fondation ontarienne de neurotraumatologie (www.onf.org) et des renseignements détaillés concernant la source de chaque recommandation sont donnés à l'Annexe D du document. Dans ce document, on fournit aussi des renseignements généraux à propos de chaque sujet avant de présenter les recommandations spécifiques à mettre en œuvre. Chaque section comporte en annexes des ressources pertinentes (p. ex. critères du diagnostic d'une LCTL et des troubles post-commotion) et divers outils qui peuvent aider dans l'évaluation et la prise en charge des symptômes (p. ex. fiche de conseils pour les patients, questionnaires normalisés, tableaux d'options thérapeutiques). Des données probantes étayaient plusieurs des outils objectifs de surveillance des symptômes contenus dans le guide, dont on peut se servir avec des victimes d'une LCTL (Rivermead Post-Concussion Symptoms Questionnaire,^{31,32} Abbreviated Westmead Post-Traumatic Amnesia Scale,^{33,34} Fatigue Severity

Tableau 2. Recommandations du guide de pratique clinique : *Les annexes, les tableaux et les figures dont il est question dans le tableau suivant se trouvent dans le texte intégral des Guidelines for Mild Traumatic Brain Injury and Persistent Symptoms*²²

RECOMMANDATION	NIVEAU*
1. Diagnostic et évaluation des LCTL	
Diagnostic et évaluation des LCTL	
1.1. Une LCTL dans le cas d'une blessure fermée à la tête doit être diagnostiquée rapidement, car une détection précoce a des incidences positives sur les résultats en matière de santé du patient ¹³ .	A
1.2. On doit diagnostiquer une LCTL au moyen d'une évaluation combinée des facteurs cliniques et des symptômes ¹³ .	A
1.3. On doit mesurer systématiquement de manière standardisée l'amnésie post-traumatique pour aider dans la surveillance, le diagnostic, la prise en charge initiale et le pronostic des patients victimes d'une LCTL. L'outil A-WPTAS (Annexe 1.1) est un questionnaire standardisé pouvant servir à la surveillance de l'amnésie post-traumatique ¹³ .	A
1.4. L'évaluation médicale doit inclure le dépistage de facteurs de santé et contextuels (signes avertisseurs) pour identifier les patients à risque de symptômes persistants et de complications urgentes, comme un hématome sous-dural. Le Tableau 7 indique les facteurs liés à la santé et les facteurs de risque contextuels (signes avertisseurs) ¹³ .	B
Cliniciens à l'urgence	
1.5. On doit faire une observation clinique à toutes les heures pendant au moins 4 heures après la blessure. On peut envisager de donner au patient son congé s'il répond aux critères recommandés 4 heures après la blessure [†] .	C
1.6. Si, 4 heures après la blessure, le patient a des résultats de 15 sur l'échelle du coma de Glasgow, son état s'améliore sur le plan clinique et a des résultats normaux à la tomodensitométrie ou encore s'il n'est pas indiqué d'en faire une selon les règles canadiennes de tomodensitométrie de la tête (Figure 3), mais que ses résultats au A-WPTAS sont de < 18, il faut alors poser un jugement clinique pour déterminer si le patient devrait retourner à la maison avant d'avoir obtenu un résultat normal selon cette échelle de mesure ¹³ .	C
1.7. S'il n'est pas indiqué de faire une tomodensitométrie en se fondant sur l'anamnèse et l'examen, le clinicien peut conclure que le risque chez le patient est assez faible pour justifier son congé et qu'il peut prendre soin de lui-même à la maison, en autant qu'il n'y ait pas d'autres facteurs qui nécessiteraient une hospitalisation (p. ex. intoxication aux drogues ou à l'alcool, autres blessures, choc, blessure non accidentelle soupçonnée, méningisme, épanchement de liquide céphalorachidien) et que le patient dispose des structures de soutien pour un congé en toute sécurité et pour ses soins subséquents (p. ex. supervision compétente à la maison) [†] .	C
1.8. Tous les patients ayant subi une lésion cérébrale, quelle qu'en soit la gravité, qui sont jugés aptes à recevoir leur congé en toute sécurité de l'urgence ou de l'unité d'observation doivent être avisés verbalement et recevoir une fiche écrite de conseils sur les lésions cérébrales (Annexe 1.2). Il faut discuter avec le patient et ses aidants des renseignements présentés dans la fiche. Au besoin, il faut prendre les moyens nécessaires pour communiquer l'information dans la langue du patient ou par d'autres modes de communication ¹⁸ .	C
1.9. Si le patient revient à l'urgence avec des symptômes reliés à la blessure initiale, il faut prendre les mesures suivantes ¹³ : réévaluation complète, évaluation avec l'A-WPTAS et tomodensitométrie, le cas échéant. Il faut insister auprès du patient qu'il doit voir son médecin de famille pour un suivi après le congé.	C

Suite du **Tableau 2** de la page e132

Professionnels de la santé	
1.10. Au moment où un patient victime d'une LCTL se présente, le médecin de soins primaires doit procéder à un examen exhaustif. L'évaluation doit inclure un bilan de santé, un examen physique, un dépistage cognitif, une évaluation des symptômes post-commotion et un examen de la santé mentale ¹³ .	A
1.11. Il faut faire une évaluation de la gravité et de l'effet des symptômes post-commotion. Un outil standardisé comme le Rivermead Post-Concussion Symptoms Questionnaire (Annexe 1.3) peut se révéler utile ¹⁵ .	C
1.12. Les cliniciens doivent tenir compte du fait qu'une personne ayant subi une LCTL connaîtra probablement un déclin de la fonction cognitive après la blessure, qui peut disparaître en quelques jours ou persister pendant des mois avant de se régler; il peut s'agir de problèmes de mémoire, de rapidité dans le traitement de l'information, de concentration et d'attention ¹³ .	A
2. Prise en charge d'une LCTL	
Prise en charge d'une LCTL	
2.1. En raison de la diversité des facteurs, y compris des facteurs avant, pendant et après la blessure sur les plans biopsychosociaux, contextuels et temporels, qui influencent les résultats chez les victimes d'une LCTL, les cliniciens doivent tenir compte de ces facteurs dans la planification et la mise en œuvre des plans de prise en charge des patients ¹³ .	A
2.2. Il faut traiter les problèmes mineurs en fonction des symptômes, rassurer la personne et la renseigner sur les stratégies de prise en charge des symptômes ¹⁵ .	C
2.3. Il faut renseigner toutes les personnes qui ont possiblement ou définitivement subi une LCTL sur les symptômes courants et les rassurer qu'on s'attend à ce qu'elles se rétablissent en peu de temps (question de jours ou de quelques semaines) ¹⁵ .	B
2.4. Une personne victime d'une LCTL ne devrait pas conduire pendant au moins 24 heures et pourrait nécessiter une réévaluation médicale. On conseille de prolonger la période recommandée de 24 heures si des symptômes ou des complications se traduisent par une perte de jugement, une capacité intellectuelle amoindrie (y compris un ralentissement de la pensée), des convulsions post-traumatiques, une déficience visuelle ou une perte de motricité. S'il y a des complications, il faut faire une évaluation médicale avant que la personne recommence à conduire ¹³ .	C
2.5. Il faut suivre les patients symptomatiques aux 2 à 4 semaines à partir du contact initial jusqu'à la disparition des symptômes ou jusqu'à ce qu'une autre procédure de réévaluation soit mise en place ¹⁴ .	C
2.6. Dans la plupart des cas, on devrait s'attendre à ce qu'un patient qui connaît une réduction de la fonction cognitive dans les quelques jours suivant la blessure voie ses symptômes disparaître et sa fonction cognitive revenir à ce qu'elle était avant et ce, dans un délai de quelques jours allant jusqu'à 3 mois, avec de l'éducation et du soutien. Par contre, les patients qui 1) ont des maladies concomitantes ou des facteurs de risque contextuels ou liés à la santé identifiés (Tableau 7) et qui ne s'améliorent pas dans un délai de 1 mois ou 2, ou 2) qui ont des symptômes persistants après 3 mois doivent être dirigés vers un milieu spécialisé en lésions cérébrales pour une évaluation complète (voir Annexe 2.1) ¹³ .	A
2.7. Les patients qui avaient des problèmes psychiatriques avant la blessure doivent recevoir un traitement multidisciplinaire ²³ .	A
Médecins de soins primaires	
2.8. La prise en charge des patients victimes d'une LCTL par les médecins de soins primaires doit comporter des conseils sur les stratégies pour minimiser les effets des symptômes et reprendre graduellement les activités et la participation à leurs rôles dans la vie ¹³ .	A
2.9. Les médecins de soins primaires ne devraient envisager une demande de services spécialisés pour une victime d'une LCTL que lorsque les symptômes et les inquiétudes persistent et qu'elle ne répond pas aux traitements habituels pour l'une ou l'autre des sphères de symptômes physiques, comportementaux ou émotionnels et cognitifs [†] .	C
2.10. Le médecin de soins primaires doit envisager le risque de dépression ou d'autres problèmes de santé mentale chez les patients victimes d'une LCTL et tenir compte que l'émergence et la persistance des symptômes pourraient être influencées par une réaction psychologique d'inadaptation à la blessure ¹³ .	B
Fournir des renseignements	
2.11. Il faut renseigner à propos des symptômes, y compris au moyen d'une fiche de conseils (Annexe 1.2), et rassurer tous les patients victimes d'une LCTL. Idéalement, la séance d'information devrait se produire au moment de l'évaluation initiale ou au moins dans la semaine suivant la blessure ou l'évaluation initiale ^{13,15} .	A
2.12. Les éléments à inclure dans une séance d'éducation sont les suivants ^{14,17} :	C
<ul style="list-style-type: none"> • information au sujet des symptômes courants • assurance qu'il est normal d'éprouver certains symptômes et qu'on s'attend à des résultats positifs • information au sujet des délais habituels (tenant compte des différences pour chaque personne) et de l'évolution du rétablissement • conseils sur la façon de prendre en charge les symptômes et de composer avec eux • conseils sur la reprise graduelle des activités normales • information sur l'accès à des soutiens additionnels au besoin • conseils sur la gestion du stress. 	

Suite à la page e134

Suite du **Tableau 2** de la page e133

3. LCTL d'origine sportive	
Évaluation et prise en charge	
3.1. Les patients victimes d'une LCTL reliée à un sport peuvent se présenter de manière aiguë ou sous-aiguë. Si l'un ou l'autre des signes ou symptômes indiqués au Tableau 8 est observé à un moment donné à la suite d'un coup ou d'un traumatisme à la tête, on doit soupçonner la présence d'une LCTL et amorcer une prise en charge appropriée ¹⁵ .	C
3.2. Quand le sportif présente un signe ou symptôme de LCTL ¹⁵ :	C
<ul style="list-style-type: none"> • il ne doit pas retourner au jeu ou à la pratique en cours • il ne faut pas le laisser seul et il faut le surveiller périodiquement pour détecter toute détérioration de son état • il devrait recevoir une évaluation médicale, y compris une évaluation des plaintes signalées (p. ex. symptômes somatiques [Rivermead Post-Concussion Symptoms Questionnaire, Annexe 1.3], équilibre et fonction cognitive) • le retour au jeu se fait suivant un processus par étape supervisé par un médecin • il ne doit pas reprendre le sport jusqu'à ce que les symptômes aient disparu au repos et à l'effort. 	
Décisions sur le retour au jeu	
3.3. Le sportif ne doit jamais reprendre le sport s'il a encore des symptômes. «Dans le doute, laissez-le sur le banc» ^{13,19} .	C
3.4. Le retour au jeu après une LCTL se fait par étapes, en ne passant au niveau suivant que si le sportif demeure asymptomatique. Si un symptôme é apparaît, la personne doit revenir au niveau antérieur où il n'avait pas de symptôme et essayer à nouveau après 24 heures.	C
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aucune activité. Si les symptômes ont disparu, passer au niveau 2. 2. Exercices aérobiques légers, comme la marche ou la bicyclette stationnaire; aucun entraînement musculaire. 3. Entraînement particulier au sport (p. ex. patinage au hockey, course au soccer). 4. Exercices d'entraînement sans contact. 5. Entraînement avec contact après l'obtention de l'autorisation d'un médecin. 6. Retour au jeu. <p>Consultez l'algorithme pour les étapes du retour au jeu «Safe Steps to Return to Play After a Possible Traumatic Brain Injury¹⁵» produit par le New Zealand Guidelines Group (Annexe 3.3)^{15,19}.</p>	
3.5. Il faut prendre en compte un autre facteur avant le retour au jeu: l'athlète qui a subi une LCTL ne doit non seulement plus avoir de symptômes, mais il ne doit pas prendre non plus d'agents pharmacologiques ou de médicaments qui pourraient affecter ou modifier les symptômes de la commotion ¹⁹ .	C
4. Recommandations générales pour le diagnostic et l'évaluation des symptômes persistants à la suite d'une LCTL	
Diagnostic et évaluation	
4.1. Les cliniciens doivent évaluer et surveiller les symptômes somatiques, cognitifs, émotionnels ou comportementaux persistants à la suite d'une LCTL ¹³ .	A
4.2. On doit utiliser une échelle standardisée, comme le Rivermead Post-Concussion Symptoms Questionnaire (Annexe 1.3), pour surveiller les symptômes ¹³ .	C
4.3. Les symptômes persistants à la suite d'une LCTL peuvent être non spécifiques. Par conséquent, il faut envisager soigneusement et rigoureusement les diagnostics différentiels, étant donné que des symptômes semblables sont fréquents dans la douleur chronique, la dépression, les troubles de l'anxiété et d'autres problèmes médicaux et psychiatriques (voir le Tableau 9 et l'Annexe 4.1) [†] .	C
5. Recommandations générales pour la prise en charge des symptômes persistants à la suite d'une LCTL	
Prise en charge	
5.1. Il faut informer le patient qu'il éprouvera probablement 1 ou plusieurs symptômes persistants en raison de leur LCTL pendant une courte période, qu'on peut s'y attendre et que c'est normal ¹³ .	A
5.2. Il faut dire au patient qu'il peut s'attendre à la disparition complète de ses symptômes ¹³ .	A
5.3. Lorsque les plaintes importantes se prolongent après une LCTL, les médecins de soins primaires doivent exclure d'autres facteurs contributifs ou confusionnels (Tableau 7) ¹³ .	A
5.4. Pour ceux qui ont subi une LCTL et avaient des problèmes de santé mentale avant la blessure, il y a lieu de demander rapidement une consultation auprès d'une clinique de traitement multidisciplinaire capable de prendre en charge les symptômes post-commotion, parce que ces facteurs ont été associés à des résultats moins favorables [†] .	C
6. Maux de tête post-traumatiques	
Évaluation	
6.1. Il faut faire une anamnèse ciblée des maux de tête, identifier la fréquence, la durée, l'emplacement, l'intensité et les symptômes associés (p. ex. nausée ou vomissements) pour essayer de déterminer à quel type de céphalée primaire ils ressemblent le plus étroitement (p. ex. migraine épisodique ou chronique, mal de tête lancinant primaire, névralgie occipitale). Malheureusement, certains maux de tête post-traumatiques sont impossibles à classifier. Pour aider à déterminer le phénotype particulier du problème de céphalée en cause, consultez les critères de classification de l'ICHD II à l'Annexe 6.3. Consultez les conseils concernant l'évaluation des maux de têtes post-traumatiques fournis à l'Annexe 6.6 [†] .	C
6.2. Il faut faire un examen neurologique et musculosquelettique, y compris un examen de la colonne cervicale (se référer à l'Annexe 6.5) [†] .	C

Suite à la page e135

Suite du **Tableau 2** de la page e134

Prise en charge	
6.3. Il faut adapter la prise en charge des maux de tête post-traumatiques à celle de la classe de céphalée non traumatique auxquels ils ressemblent le plus (p. ex. tension chronique, migraine). Consultez les algorithmes de traitements spécifiques à la classe appropriée de céphalée, tirés des lignes directrices de l'ICSI (Annexes 6.7 à 6.9) pour des conseils sur le traitement. Consultez les conseils concernant la prise en charge des maux de tête post-traumatiques à l'Annexe 6.6 ⁶ .	C
7. Troubles du sommeil persistants	
Diagnostic et évaluation	
7.1. Il faut informer le patient que le but du traitement est d'améliorer la continuité et la qualité réparatrice du sommeil, que ce n'est pas de le faire dormir 8 heures de suite. Le plus souvent, la durée totale du sommeil sera de moins de 8 heures par nuit ²⁴ .	C
7.2. Il faut donner les conseils sur l'hygiène du sommeil qui se trouvent à l'Annexe 7.1 ²⁵ .	C
7.3. Une formation en relaxation est une thérapie efficace et recommandée pour le traitement de l'insomnie chronique ²⁶ .	C
7.4. La pharmacothérapie est habituellement recommandée à la dose efficace la plus faible comme traitement à court terme durant moins de 7 jours. Quoique que le recours à long terme d'agents hypnotiques soit découragé en raison de la tolérance et de la dépendance possibles, il y a des situations et des circonstances particulières où l'utilisation prolongée d'hypnotiques pourrait être appropriée. Consultez le tableau des options thérapeutiques tiré des lignes directrices Toward Optimized Practice. Consultez l'Annexe 7.2 pour des suggestions de médicaments utiles ²⁴ .	C
7.5. Certains patients insomniaques passent beaucoup trop de temps au lit à essayer de s'endormir. La consolidation du sommeil se fait par la compression du temps total au lit pour équivaloir à la durée totale de sommeil dont le patient a besoin. Ceci améliore l'efficacité du sommeil. Consultez l'Annexe 7.3 pour des conseils sur la consolidation du sommeil ^{24,25} .	C
8. Troubles de santé mentale persistants	
Évaluation	
8.1. Étant donné leur prévalence et leurs effets potentiels, il faut faire un dépistage des symptômes et des troubles de santé mentale chez tous les patients qui éprouvent des symptômes persistants à la suite d'une LCTL, y compris ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> • troubles dépressifs • troubles de l'anxiété, y compris les troubles du stress post-traumatique • irritabilité ou autres changements dans la personnalité • problèmes de toxicomanie • troubles somatoformes. Le recours à des questionnaires remplis par l'intéressé peut aider dans l'évaluation et la surveillance des troubles de santé mentale courants, comme le module sur la dépression du PHQ-9 (Annexe 8.2) et la liste de vérification PTSD Checklist-Civilian Version (Annexe 8.3). Il faut faire le dépistage d'autres symptômes à l'aide du Rivermead Post-Concussion Symptoms Questionnaire (Annexe 1.3) [†] .	C
Prise en charge	
8.2. Il faut obtenir une consultation avec un psychiatre ou une équipe de santé mentale (idéalement avec de l'expérience dans le traitement de personnes ayant des symptômes persistants à la suite d'une LCTL, si possible) si ¹⁵ : <ul style="list-style-type: none"> • la présentation est complexe ou grave • le traitement initial n'est pas efficace dans un délai de 2 mois • on soupçonne une psychose ou un trouble de bipolarité • les stratégies en pharmacothérapie habituelles ne fonctionnent pas ou sont contre-indiquées • on juge que le risque de suicide est élevé • des facteurs de risque reconnus comme nuisant possiblement à l'évolution du rétablissement sont présents (Tableau 7). 	C
8.3. En attendant la consultation avec un spécialiste, il ne faut pas retarder les étapes initiales du traitement et il ne faut pas laisser de côté la prise en charge des symptômes. Des mesures générales peuvent être prises et les symptômes courants comme les maux de tête, les troubles du sommeil, l'étourdissement et la douleur peuvent être traités de manière continue [†] .	C
8.4. Pour l'essai de médicaments, l'approche «commencer faible et aller lentement» est recommandée. Cependant, l'optimisation de la dose peut être nécessaire avant de pouvoir observer une réponse aux antidépresseurs ou d'abandonner l'essai d'un médicament ¹⁵ .	C
8.5. On recommande un inhibiteur spécifique du recaptage de la sérotonine comme médicament de première intention pour les syndromes de l'humeur et de l'anxiété après une LCTL. Toutefois, dans certains cas, la combinaison des effets sédatifs, analgésiques et antimigraineux d'un antidépresseur tricyclique pourrait être particulièrement souhaitable, quoique ces agents soient généralement considérés des options de deuxième intention ¹⁵ .	C
8.6. Il faut faire un suivi à intervalles périodiques; initialement, chaque semaine ou aux 2 semaines, pendant qu'on augmente la dose des médicaments pour surveiller la tolérance et l'efficacité. Par la suite, un suivi aux 2 à 4 semaines peut suffire ¹⁵ .	C
8.7. La TCC est reconnue comme étant efficace pour le traitement de la dépression primaire; en tant que telle, elle convient au traitement des symptômes liés à l'humeur à la suite d'une LCTL ¹⁸ .	C
8.8. On devrait offrir aux personnes souffrant de TSPT à la suite d'une LCTL des séances d'essai en TCC axée sur le traumatisme. Il faut aussi évaluer la nécessité d'une pharmacothérapie simultanée, selon la gravité des symptômes et la nature des problèmes de comorbidité (p. ex. dépression majeure, symptômes somatiques prédominants, hyperexcitation grave et insomnie, qui pourraient tous limiter le traitement psychologique) [†] .	C

Suite à la page e136

Suite du **Tableau 2** de la page e135

9. Difficultés cognitives persistantes	
Évaluation	
9.1. Lorsque les plaintes de nature cognitive persistent, le professionnel de la santé devrait s'efforcer de dépister formellement les déficits cognitifs. On doit utiliser des outils de mesure objectifs pour évaluer les domaines les plus souvent affectés à la suite d'une LCTL (p. ex. attention et concentration, rapidité de traitement de l'information et mémoire). Même s'il n'existe pas de mesures de dépistage spécifiques aux difficultés cognitives à la suite d'un LCTL, le Rivermead Post-Concussion Symptoms Questionnaire (Annexe 1.3) comporte des questions pour évaluer la fonction cognitive [†] .	C
9.2. Il faut dûment tenir compte de la présence possible de diagnostics concomitants qui pourraient influencer la fonction cognitive comme l'anxiété, la dépression, le TSPT, la douleur, la fatigue, les troubles du sommeil ou les troubles d'anxiété aigus [†] .	C
9.3. Si le dépistage révèle la présence évidente d'une dysfonction cognitive qui est probablement attribuable à la LCTL elle-même ou si on a signalé que les symptômes cognitifs persistent après 3 mois, il faudrait donc envisager une évaluation plus formelle et demander une consultation. Si possible, il faut demander une consultation pour de tels patients à un neuropsychologue (idéalement avec de l'expérience en LCT). S'il n'y a pas de neuropsychologue ou si on n'en connaît pas, on peut demander une consultation à un centre spécialisé en LCT (voir l'Annexe 2.1 pour une liste de ces centres en Ontario). Là où les temps d'attente sont longs, les médecins devraient envisager de ne pas attendre 3 mois avant de présenter une demande de consultation [†] .	C
Prise en charge	
9.4. À la suite d'une LCTL, les déficits cognitifs aigus sont fréquents et une amélioration cognitive spontanée est prévisible chez la plupart des victimes. Il faut amorcer une réadaptation pour déficience cognitive si : <ul style="list-style-type: none"> • la personne manifeste des déficiences cognitives persistantes lors d'une évaluation formelle ou • l'apprentissage de stratégies compensatoires est nécessaire pour faciliter la reprise des activités fonctionnelles et du travail ou s'il y a des problèmes de sécurité en cause (p. ex. possibilité de se blesser soi-même ou autrui)¹⁷. 	C
9.5. Pour les séquelles cognitives à la suite d'une LCTL, il faut envisager des stratégies de réadaptation cognitive, notamment les stratégies compensatoires et les approches restauratives ¹⁷ .	C
9.6. Des dispositifs électroniques de mémoire externe comme les ordinateurs, les téléavertisseurs et les agendas personnels portables actionnés par la voix se sont révélés des auxiliaires efficaces pour améliorer le fonctionnement au quotidien des victimes d'une LCT ²⁷ .	B
10. Problèmes d'équilibre persistants	
Évaluation	
10.1. Les cliniciens devraient faire un dépistage des problèmes d'équilibre (Figure 4) pour évaluer la stabilité posturale parce que les tests cliniques de l'équilibre offrent des renseignements additionnels sur la présence de symptômes continus et aident à la prise en charge subséquente des patients victimes d'une LCTL ¹³ .	C
10.2. Si des symptômes de vertige positionnel bénin sont présents, il faut effectuer la manœuvre de Dix-Hallpike (Annexe 10.1) ²⁸ .	A
Prise en charge	
10.3. Pour les personnes ayant des déficiences fonctionnelles de l'équilibre et des résultats de dépistage positifs, il faut envisager une évaluation plus approfondie de l'équilibre et un traitement en physiothérapie pendant l'évolution clinique [†] .	C
10.4. Une manœuvre libératoire d'Epley doit être utilisée pour traiter un vertige positionnel bénin si les résultats de la manœuvre Dix-Hallpike sont positifs ²⁸ .	A
10.5. On recommande une thérapie de réadaptation vestibulaire pour une dysfonction vestibulaire périphérique unilatérale ²⁹ .	A
11. Troubles persistants de la vision	
Évaluation	
11.1. A) Il faut faire une anamnèse appropriée pertinente aux symptômes visuels. B) On doit faire un examen fundoscopique et un examen de l'acuité visuelle, des champs de vision et des mouvements extraoculaires pour détecter des symptômes de troubles visuels, y compris les troubles du champ de vision, la vue embrouillée, la diplopie et la photosensibilité [†] .	C
11.2. Si des anomalies visuelles sont observées, il faut demander une consultation auprès d'un ophtalmologiste, idéalement spécialisé en lésion cérébrale ou un neuro-ophtalmologiste [†] .	C

Suite à la page e137

Suite du **Tableau 2** de la page e136

12. Fatigue persistante	
Évaluation	
12.1. On doit déterminer si la fatigue est un symptôme important en procédant à une anamnèse personnelle et en passant en revue les éléments pertinents du Rivermead Post-Concussion Symptoms Questionnaire (Annexe 1.3) ou au moyen du test de l'échelle de gravité de la fatigue FSS (Annexe 12.1) [†] .	C
12.2. On caractérise les dimensions de la fatigue et on identifie les autres causes traitables possibles qui pourraient ne pas être directement reliées à la blessure ³⁰ .	C
<ul style="list-style-type: none"> • On fait un bilan de santé complet, on passe en revue les médicaments (voir l'Annexe 12.2 pour une liste des médicaments associés à la fatigue, à l'asthénie, à la somnolence et à la léthargie) et examiner les systèmes, en portant une attention particulière aux causes iatrogènes (médication) pour cerner des problèmes médicaux concomitants associés à la fatigue (p. ex. troubles métaboliques, dysfonction thyroïdienne, anémie, faible taux de calcium, malnutrition). • On fait un bilan du sommeil pour aider à identifier les troubles du sommeil primaires ou secondaires (voir le questionnaire optionnel autoadministré sur le sommeil à l'Annexe 7.1). • On évalue la possibilité de dépression (perte d'intérêt pour les activités, sentiments de tristesse, de culpabilité, d'être inutile, changements dans l'appétit ou le sommeil ou idées suicidaires), d'anxiété, de stress ou d'une autre détresse psychologique. • On fait un examen médical général et un examen neurologique ciblé. 	
Prise en charge	
12.3. Si la fatigue persistante est identifiée comme un symptôme important, des éléments clés peuvent aider dans sa prise en charge, dont les suivants:	C
<ul style="list-style-type: none"> • fixer comme objectif une augmentation graduelle du niveau d'activité qui s'accompagnera en parallèle d'une hausse du niveau d'énergie • insister sur le fait que la répartition des activités tout au long de la journée aidera le patient à en accomplir plus et à éviter de dépasser ses niveaux de tolérance • encourager le patient à avoir de bonnes habitudes de sommeil (en particulier la régularité de l'heure du coucher et éviter les stimulants et l'alcool) et des périodes suffisantes de relaxation • prévoir des objectifs précis, en utilisant un carnet pour consigner la réalisation des activités et identifier les tendances de la fatigue • reconnaître que la fatigue peut être exacerbée par un moral bas. <p>On peut remettre au patient une brochure donnant des conseils et des stratégies de gestion de la fatigue (Annexe 12.3)¹⁵.</p>	
12.4. Si la fatigue persiste, on demande une consultation à un spécialiste des lésions cérébrales pour qu'il envisage un essai de médicaments [†] .	C
13. Facteurs à considérer pour le retour au travail ou à l'école	
Facteurs à considérer pour le retour au travail ou à l'école	
13.1. Quand il s'agit de décider du moment du retour au travail ou à l'école, le professionnel de la santé doit prendre en considération les variables particulières au patient et au contexte. Parmi celles-ci, on peut mentionner les difficultés physiques découlant de la blessure, les questions psychosociales, la déficience cognitive et les facteurs culturels ou contextuels liés au travail (p. ex. charge de travail et responsabilités, milieu de travail, questions liées au transport ou à la conduite automobile, heures ou quarts de travail, pauses-repos). Consultez l'Annexe 13.1 pour des conseils sur les facteurs à considérer pour le retour au travail ou aux études ¹³ .	C
13.2. Pour les personnes qui éprouvent des problèmes de déficits persistants à la suite d'un LCTL ou qui ont des problèmes une fois de retour au travail, il faut mettre en œuvre des programmes de retour au travail, qui exigent des plans d'action soigneusement conçus et gérés. Plus précisément, on recommande de demander une consultation à un ergothérapeute pour examiner le processus du retour au travail ¹⁶ .	C
<p>A-WPTAS—Abbreviated Westmead Post-Traumatic Amnesia Scale, TCC—thérapie comportementale cognitive, FSS—Fatigue Severity Scale, ICHD—International Classification of Headache Disorders, ICSI—Institute for Clinical Systems Improvement, LCTL—lésion cérébrale traumatique légère, PHQ—Patient Health Questionnaire, TSPT—trouble du stress post-traumatique, LCT—lésion cérébrale traumatique.</p> <p>*Les données probantes de niveau A se fondent sur au moins 1 étude aléatoire contrôlée, un méta-analyse ou une synthèse critique. Les données probantes de niveau B reposent sur au moins 1 comparaison de cohortes, une étude de cas ou un autre genre d'étude expérimentale. Les données probantes de niveau C s'appuient sur l'opinion d'experts ou l'expérience d'un panel consensuel.</p> <p>[†]Recommandation fondée sur un consensus du groupe consensuel d'experts sur les LCTL</p>	

Scale^{35,36} et le Patient Health Questionnaire-9^{37,38}). Par ailleurs, de telles données probantes n'ont pas été identifiées pour le PTSD CheckList-Civilian Version³⁹ ou le Sport Concussion Assessment Tool 2⁴⁰ dans cette population précise. Par contre, ces outils sont utilisés dans les milieux cliniques et le groupe chargé de l'élaboration a cru utile de recommander leur utilisation, de manière à ce que les professionnels de la santé aient accès à certains outils de mesures objectives plutôt que ne pas en avoir du tout. En outre, selon une étude, une méthode modifiée de cotation du Rivermead Post-Concussion Symptoms Questionnaire (le RPQ-13) aurait de meilleures caractéristiques psychométriques⁴¹.

Plans d'implantation et de mise à jour

La Fondation ontarienne de neurotraumatologie élabore une stratégie pour améliorer les soins à l'ensemble des victimes de LCTL et un sous-comité s'est concentré sur l'évaluation et la mise en œuvre de ces lignes directrices. Parmi les obstacles à leur implantation figure la multitude de milieux cliniques dans lesquels se présentent des personnes après une LCTL. Par exemple, étant donné la gamme de symptômes, les patients peuvent être vus à l'urgence, au cabinet d'un médecin de famille ou dans un milieu surspécialisé comme en neurologie, en physiothérapie, en psychiatrie ou en otorhinolaryngologie. Le processus d'évaluation comportera un essai expérimental des recommandations du guide. Les commentaires des cliniciens de première ligne et de leurs patients durant l'étape de mise en œuvre expérimentale, ainsi que les constatations des recherches documentaires continues, éclaireront la mise à jour des recommandations, prévue en 2012.

Comparaison avec d'autres lignes directrices

Comme on l'a mentionné précédemment, d'autres GPC portent sur les soins aux personnes victimes d'une LCTL. Ce sont des lignes directrices qui se concentrent sur les lésions cérébrales traumatiques en général, mais qui offrent certaines recommandations pour les formes légères de lésion^{15,16,18}. De plus, de récentes directives ont été élaborées spécifiquement sur les LCTL^{13,14,17,19,40,42}. Lorsque nous avons commencé nos travaux sur notre guide, seules avaient été publiées une version antérieure des lignes directrices du Concussion in Sport Group¹⁹, celles de New South Wales¹³, celles du Defense and Veterans Brain Injury Centre¹⁴ et celles de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents de travail de l'Ontario¹⁷. Par ailleurs, exception faite des conseils cliniques du Defense and Veterans Brain Injury Centre (qui n'est pas un guide officiel), les autres guides qui existaient auparavant n'offraient que peu ou aucun conseil sur le traitement des symptômes persistants. Les lignes directrices des Affaires des anciens combattants du ministère américain

de la Défense⁴² ont été publiées en 2009, alors que l'élaboration de notre guide était déjà bien avancée. Leurs auteurs avaient suivi parallèlement une approche semblable dans l'élaboration des directives sur les symptômes persistants à la suite d'une LCTL pour combler le manque de conseils à la disposition des cliniciens pour traiter ces patients complexes. Par ailleurs, ces lignes directrices visent plus spécifiquement les militaires et insistent sur les blessures par souffle d'explosion et leur traitement dans le contexte de l'infrastructure médicale militaire.

Limites

Les limites de nos lignes directrices se situent dans la rareté des données probantes à l'appui dans la plupart des domaines pour lesquels les recommandations pour la pratique étaient jugées nécessaires et pertinentes. Cette contrainte exigeait de se fier fortement sur les pratiques recommandées et les ressources pour les cliniciens élaborées pour d'autres populations cliniques (p. ex. maux de tête, troubles du sommeil) plutôt que pour les victimes de LCTL spécifiquement. Parce qu'on a trouvé très peu d'études aléatoires contrôlées dans la recherche documentaire, beaucoup des recommandations du guide se fondent sur les opinions et l'expertise des membres du groupe consensuel (niveau C).

Une autre limitation ou difficulté vient de la controverse persistante entourant la pathogenèse du trouble ou du syndrome post-commotion. En dépit de la dysfonction et de l'incapacité évidentes qui se produisent fréquemment après une lésion, les professionnels de la santé et les responsables du financement ont insisté sur la question de la validation du diagnostic et les questions de gains potentiels secondaires^{7,43,44} parce que les LCTL ont généralement été perçues comme un problème disparaissant de lui-même et non invalidant. Le groupe consensuel d'experts a convenu qu'il serait plus bénéfique pour les cliniciens de se concentrer sur l'élaboration de conseils sur la prise en charge des SPPC à la suite d'une LCTL, axée sur une approche fondée sur les symptômes, plutôt que de débattre les critères de diagnostic.

Lacunes dans les connaissances sur les LCTL

La plupart des recommandations du guide se basent sur des opinions consensuelles d'experts, ce qui met en évidence les lacunes considérables dans les connaissances sur les LCTL qu'il faudrait combler par des travaux de recherche, notamment les suivantes:

Définition consensuelle. Il faut une définition consensuelle des patients souffrant de symptômes persistants à la suite d'une LCTL. Le groupe consensuel ne pouvait pas endosser formellement le diagnostic du trouble post-commotion selon le *Manuel diagnostique et*

statistique des troubles mentaux, ni celui du syndrome post-commotion selon le Manuel international de classification statistique des maladies.

Moments les plus propices aux interventions. On ne connaît pas le moment idéal pour procéder aux interventions, aux évaluations de suivi et aux demandes de consultation auprès d'un spécialiste.

Efficacité de l'intervention. On ne connaît pas l'efficacité des interventions thérapeutiques pour des symptômes particuliers à la suite d'une LCTL.

Effets de blessures concomitantes sur l'issue d'une LCTL. Les causes des LCTL sont nombreuses, comme les blessures sportives, les accidents de la route, les explosions, les accidents du travail et les chutes. Les données scientifiques laissent entendre que l'incidence des symptômes persistants à la suite d'une LCTL liée aux sports est moins élevée que dans le cas d'autres traumatismes; par contre, on ignore pourquoi. En comparaison, d'autres causes, comme les chutes et les collisions de véhicules motorisés, ont plus tendance à avoir pour résultats des multitraumatismes incluant des fractures et des lésions aux organes internes ou des réactions émotionnelles considérables à un accident imprévu, ce qui pourrait prédisposer les patients à des troubles aigus et au stress post-traumatique. L'effet de facteurs reliés à des présentations plus complexes demeure encore inconnu.

Mise en œuvre et diffusion de lignes directrices. On ne sait encore pas quelle est la méthode idéale pour mettre en œuvre et diffuser le guide de pratique clinique dans de multiples spécialités médicales, professions de la santé et milieux différents.

Conclusion

Le présent guide de pratique a pour but de combler les lacunes dans la prestation des soins et de servir de source d'information pour les cliniciens qui voient des patients victimes d'une LCTL. L'intention est de prévenir que les symptômes deviennent chroniques ou de minimiser les SPPC. Une recherche plus approfondie est nécessaire pour améliorer les données probantes à l'appui de la prestation des soins aux LCTL et aux SPPC et pour identifier les meilleures méthodes pour que les lignes directrices soient adoptées et mises en œuvre par de multiples différents professionnels de la santé dans divers milieux.

D^r Marshall est directeur médical du Programme des lésions cérébrales acquises au Centre de réadaptation de L'Hôpital d'Ottawa et professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa. **D^r Bayley** est directeur médical du Programme de neuroréadaptation au Toronto Rehabilitation Institute, en Ontario, et professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'University of Toronto. **D^r McCullagh** est psychiatre au Programme de neuropsychiatrie du Sunnybrook Health Sciences Centre à Toronto, en Ontario, et professeur adjoint

au Département de psychiatrie de l'University of Toronto. **M^{me} Velikonja** est neuropsychologue au Programme des lésions cérébrales acquises du Hamilton Health Sciences Centre, et professeure adjointe au Département de psychiatrie et de neurosciences comportementales de la McMaster University à Hamilton, en Ontario. **M^{me} Berrigan** est boursière postdoctorale au Département de psychiatrie de la Dalhousie University à Halifax, en Nouvelle-Écosse.

Remerciements

Nous remercions les membres du groupe consensuel d'experts sur les LCTL (**Markus Bessemann, MD, FRCPC, DipSportMed, LCol; Angela Colantonio, PhD; Paul Comper, PhD, CPsych; Nora Cullen, MD, MSc, FRCPC; Anne Forrest, PhD; Jane Gillett, MD, FRCPC; John Gladstone, MD, FRCPC; Wayne Gordon, MD, PhD, ABPP/CN, FACRM; Elizabeth Inness, MSc; Grant Iverson, PhD, Rpsych; Corinne Kagan; Vicki Kristman, PhD; John Kumpf; Andrea LaBorde, MD; Shayne Ladak, MD, CSCS NASM-CPT; Sue Lukersmith, OT; Willie Miller, MD, FRCPC; Alain Ptiito, PhD, OPQ; Laura Rees, PhD, CPsych; Jim Thompson, MD, CCFP(EM), FCFP; et Rob van Reekum, MD, FRCPC**), ainsi que les évaluateurs indépendants (**Erin Bigler, PhD; Anthony Feinstein, MBCh, MPhil, PhD, FRCPC, MRCPsych; Paul Mendella, PhD, CPsych; Jennie Ponsford, PhD; Mark Rapoport, MD, FRCPC; et Andrée Tellier, PhD, CPsych**). Nous remercions aussi **John Gladstone** d'avoir rédigé les conseils sur l'évaluation et la prise en charge des maux de tête post-traumatiques. La Fondation ontarienne de neurotraumatologie a amorcé et financé l'élaboration de ces lignes directrices.

Collaborateurs

Tous les auteurs ont contribué à l'élaboration des lignes directrices et à la préparation du manuscrit aux fins de présentation.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^r Shawn Marshall, Le Centre de réadaptation de L'Hôpital d'Ottawa, 505, chemin Smyth, Ottawa, ON K1H 8M2; courriel smarshall@lho.on.ca

Références

- Mild Traumatic Brain Injury Committee. Definition of mild traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil* 1993;8(3):86-7.
- Centers for Disease Control and Prevention. *Heads up tool kit*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2007.
- Lemonick MD. War head injuries: long term effects. *Time* 31 janv. 2008. Accessible à : www.time.com/time/health/article/0,8599,1708624,00.html. Accédé le 20 janvier 2012.
- Ryu WH, Feinstein A, Colantonio A, Streiner DL, Dawson DR. Early identification and incidence of mild TBI in Ontario. *Can J Neurol Sci* 2009;36(4):429-35.
- Centers for Disease Control and Prevention. *Heads up. Facts for physicians about mild traumatic brain injury (MTBI)*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2007. Accessible à : www.cdc.gov/ncipc/pub-res/tbi_toolkit/physicians/mtbi/mtbi.pdf. Accédé le 20 janvier 2012.
- Willer B, Leddy JJ. Management of concussion and post-concussion syndrome. *Curr Treat Options Neurol* 2006;8(4):415-26.
- Organisation mondiale de la Santé. *International statistical classification of disease and relation health problems*. 10^e éd. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé; 1992.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4^e éd.. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- Carroll LJ, Cassidy JD, Peloso PM, Borg J, von Holst H, Holm L, et al. Prognosis for mild traumatic brain injury: results of the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. *J Rehabil Med* 2004;36(Suppl 43):84-105.
- Stålacke BM. Community integration, social support and life satisfaction in relation to symptoms 3 years after mild traumatic brain injury. *Brain Inj* 2007;21(9):933-42.
- Berrigan L, Marshall S, Velikonja D, Bayley M. Quality of clinical practice guidelines for persons who have sustained mild traumatic brain injury. *Brain Inj* 2011;25(7-8):742-51. Cyberpub. du 23 mai 2011.
- Graham ID, Harrison MB. Evaluation and adaptation of clinical practice guidelines. *Evid Based Nurs* 2005;8(3):68-72.
- New South Wales Motor Accident Authority. *Guidelines for mild traumatic brain injury following closed head injury*. Sydney, Australie: New South Wales Motor Accident Authority; 2008.
- Defense and Veterans Brain Injury Center. *Updated mTBI clinical guidance*. Washington, DC: Defense and Veterans Brain Injury Center; 2008. Accessible à : www.dvbc.org/pdfs/mTBI_recs_for_CONUS.pdf. Accédé le 20 janvier 2012.
- New Zealand Guidelines Group. *Traumatic brain injury: diagnosis, acute management and rehabilitation*. Wellington, NZ: New Zealand Guidelines Group; 2006.
- Department of Labor and Employment. *Traumatic brain injury medical treatment guidelines. Division of Workers' Compensation*. Denver, CO: State of Colorado; 2005.
- Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents de travail de l'Ontario. *Program of care for mild traumatic brain injury*.

- Toronto, ON: Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents de travail de l'Ontario; 2006. Accessible à: www.wsib.on.ca/en/community/WSIB/230/ArticleDetail/24338?vgnextoid=f17de35c819d7210VgnVCM10000449c710aRCRD. Accédé le 20 janvier 2012.
18. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Head injury: triage, assessment, investigation and early management of head injury in infants, children and adults*. Londres, RU: National Collaborating Centre for Acute Care; 2007.
 19. McCrory P, Johnston K, Meeuwisse W, Aubry M, Cantu R, Dvorak J, et collab. Summary and agreement statement of the 2nd International Conference on Concussion in Sport, Prague 2004. *Br J Sports Med* 2005;39(4):196-204.
 20. Borg J, Holm L, Peloso PM, Cassidy JD, Carroll LJ, von Holst H, et collab. Non-surgical intervention and cost for mild traumatic brain injury: results of the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. *J Rehabil Med* 2004;36(Suppl 43):76-83.
 21. Murphy MK, Black NA, Lamping DL, McKee CM, Sanderson CF, Askham J, et collab. Consensus development methods and their use in clinical guideline development. *Health Technol Assess* 1998;2(3):i-iv,1-88.
 22. MTBI Guidelines Development Team. *Guidelines for mild traumatic brain injury and persistent symptoms*. Toronto, ON: Fondation ontarienne de neurotraumatologie; 2010. Accessible à: www.onf.org/documents/Guidelines%20for%20Mild%20Traumatic%20Brain%20Injury%20and%20Persistent%20Symptoms.pdf. Accédé le 25 janvier 2012.
 23. Ghaffar O, McCullagh S, Ouchterlony D, Feinstein A. Randomized treatment trial in mild traumatic brain injury. *J Psychosom Res* 2006;61(2):153-60.
 24. Toward Optimized Practice. *Guideline for adult insomnia: diagnosis to management*. Edmonton, AB: Alberta Medical Association; 2006.
 25. Guidelines and Protocols Advisory Committee. *Primary care management of sleep complaints in adults*. Victoria, BC: British Columbia Medical Association; 2004.
 26. American Academy of Sleep Medicine. *Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. An American Academy of Sleep Medicine report*. Rochester, MN: American Academy of Sleep Medicine; 2006.
 27. European Federation of Neurological Societies. EFNS guidelines on cognitive rehabilitation: report of an EFNS task force. *Eur J Neurol* 2005;12:665-80.
 28. Hilton MP, Pinder DK. The Epley (canalith repositioning) manoeuvre for benign paroxysmal positional vertigo. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(2):CD003162.
 29. Hillier SL, Hollohan V. Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(4):CD005397.
 30. Multiple Sclerosis Council for Clinical Practice Guidelines. *Fatigue and multiple sclerosis: evidence-based management strategies for fatigue in multiple sclerosis*. Washington, DC: Paralyzed Veterans of America; 1998.
 31. Ingebrigtsen T, Waterloo K, Marup-Jensen S, Attner E, Romner B. Quantification of post-concussion symptoms 3 months after minor head injury in 100 consecutive patients. *J Neurol* 1998;245(9):609-12.
 32. King NS, Crawford S, Wenden FJ, Moss NE, Wade DT. The Rivermead Post-Concussion Symptoms Questionnaire: a measure of symptoms commonly experienced after head injury and its reliability. *J Neurol* 1995;242(9):587-92.
 33. Ponsford J, Willmott C, Rothwell A, Kelly AM, Nelms R, Ng KT. Use of the Westmead PTA scale to monitor recovery of memory after mild head injury. *Brain Inj* 2004;18(6):603-14.
 34. Shores EA, Lammél A, Hullick C, Sheedy J, Flynn M, Levick W, et collab. The diagnostic accuracy of the Revised Westmead PTA Scale as an adjunct to the Glasgow Coma Scale in the early identification of cognitive impairment in patients with mild traumatic brain injury. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2008;79(10):1100-6. Cyberpub. du 25 janv. 2008.
 35. LaChapelle DL, Finlayson MA. An evaluation of subjective and objective measures of fatigue in patients with brain injury and healthy controls. *Brain Inj* 1998;12(8):649-59.
 36. Ziino C, Ponsford J. Measurement and prediction of subjective fatigue following traumatic brain injury. *J Int Neuropsychol Soc* 2005;11(4):416-25.
 37. Cook KF, Bombardier CH, Bamer AM, Choi SW, Kroenke K, Fann JR. Do somatic and cognitive symptoms of traumatic brain injury confound depression screening? *Arch Phys Med Rehabil* 2011;92(5):818-23.
 38. Fann JR, Bombardier CH, Dikmen S, Esselman P, Warms CA, Pelzer E, et collab. Validity of the Patient Health Questionnaire-9 in assessing depression following traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil* 2005;20(6):501-11.
 39. Weathers FW, Litz BT, Huska JA, Keane TM. *PTSD Checklist-Civilian Version*. Washington, DC: US Department of Veteran Affairs; 1994.
 40. McCrory P, Meeuwisse W, Johnston K, Dvorak J, Aubry M, Molloy M, et collab. Consensus statement on concussion in sport: the 3rd international conference on concussion in sport held in Zurich, November 2008. *Br J Sports Med* 2009;43(Suppl 1):i76-90.
 41. Eyres S, Carey A, Gilworth G, Neumann V, Tennant A. Construct validity and reliability of the Rivermead Post-Concussion Symptoms Questionnaire. *Clin Rehabil* 2005;19(8):878-87.
 42. The Management of Concussion/mTBI Working Group. *VA/DoD clinical practice guideline for management of concussion/mild traumatic brain injury*. Washington, DC: Department of Veterans Affairs and Department of Defense; 2009.
 43. Kashluba S, Paniak C, Casey JE. Persistent symptoms associated with factors identified by the WHO Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. *Clin Neuropsychol* 2008;22(2):195-208.
 44. McCauley SR, Boake C, Pedroza C, Brown SA, Levin HS, Goodman HS, et collab. Correlates of persistent postconcussional disorder: DSM-IV criteria versus ICD-10. *J Clin Exp Neuropsychol* 2008;30(3):360-79. Cyberpub. du 25 juillet 2007.

