

Q19 Traumatismes crâniens chez les personnes âgées

Lequel des facteurs suivants n'est pas un facteur de risque d'hémorragie intracrânienne traumatique chez les patients âgés de 65 ans ou plus qui se présentent au service d'urgence à la suite d'un traumatisme crânien lié à une chute de la hauteur du sujet ?

- 1. Signes neurologiques en foyer (ou déficits focaux)
- 2. Signes externes d'un traumatisme crânien
- 3. Appartenance au sexe masculin
- 4. Prise d'anticoagulants oraux

Résumé formatif : Les traumatismes craniocérébraux sont fréquents chez les personnes âgées de 65 ans et plus et, dans 53 à 89 % des cas, ils sont liés à des chutes au niveau du sol dans cette population. Entre 17 et 41 % des personnes âgées victimes d'une chute de la hauteur du sujet et qui consultent un service d'urgence présentent un traumatisme crânien. En outre, les visites aux services d'urgence à la suite de traumatismes crâniens dans cette population ont déjà augmenté de manière disproportionnée : dans certains pays à revenu élevé, cette augmentation a atteint 244 % en 10 ans. L'augmentation des visites aux services d'urgence à la suite de chutes de la hauteur du sujet est par ailleurs associée à une hausse significative du nombre d'hospitalisations. Ajoutons aussi que cette tendance s'accompagne d'une augmentation significative de l'utilisation des ressources, telles que la tomodensitométrie (TDM).

Il peut s'avérer difficile de reconnaître les patients âgés présentant une hémorragie intracrânienne (HIC) traumatique. Les règles de décision clinique permettant d'orienter les décisions en matière d'examen d'imagerie n'ont pas été précisément conçues ou validées pour les personnes âgées, d'où l'incertitude entourant leur utilité à des fins diagnostiques. De plus, les études récentes visant à établir les facteurs de risque d'HIC traumatique dans cette population sont hétérogènes. Certaines indiquent que les anticoagulants oraux directs (AOD) ne sont pas associés à un risque accru d'HIC traumatique dans cette population. D'autres laissent penser que les antiplaquettaires pourraient être associés à une légère hausse du risque d'HIC traumatique. Notons également que l'évaluation clinique initiale des personnes âgées qui se présentent au service d'urgence après une chute peut s'avérer plus complexe, car près de 30 % d'entre elles présentent une atteinte cognitive et la moitié des chutes se produisent en l'absence de témoin, ce qui ne permet pas toujours de se fier à l'anamnèse.

C'est ce qui pourrait expliquer, du moins en partie, la surexposition de cette population aux examens d'imagerie cérébrale, alors que la prévalence des HIC traumatiques est de 5,2 % et que moins de 1 % des cas nécessitent une intervention neurochirurgicale.

Cette revue systématique avec méta-analyse visait à établir les facteurs de risque associés à l'HIC traumatique chez les patients âgés consultant un service d'urgence à la suite d'une chute de la hauteur du sujet. Elle a également permis d'examiner la prévalence des interventions neurochirurgicales urgentes, des hospitalisations et de la mortalité hospitalière dans cette population.

En tout, 17 études observationnelles portant sur 22 520 patients ont été incluses dans cette revue systématique avec méta-analyse. Pour être admissibles aux études, les patients devaient être âgés de 65 ans ou plus, avoir consulté un service d'urgence à la suite d'un traumatisme crânien lié à une chute de la hauteur du sujet, et présenté un score d'au moins 13 à l'échelle de Glasgow. Sept études étaient prospectives (11 501 personnes) et huit étaient multicentriques (14 376 personnes). La prévalence de l'HIC traumatique était de 6,8 % (intervalle de confiance [IC] à 95 % : 6,5 à 7,2), étant survenue chez 1 538 patients. Parmi les patients ayant subi une HIC traumatique, la prévalence des interventions neurochirurgicales urgentes était de 8,0 % (IC à 95 % : 5,0 à 12,0). Les rapports de cotes (RC) non ajustés indiquent que les facteurs de risque d'HIC traumatique comprennent : cas soupçonnés de fracture du crâne ouverte ou par enfoncement (RC : 10,9 [IC à 95 % : 6,4 à 18,7]); signes de fracture à la base du crâne (RC : 4,7 [IC à 95 % : 3,4 à 6,5]); faible score initial à l'échelle de Glasgow (RC : 4,0 [IC à 95 % : 3,4 à 4,7]); signes neurologiques en foyer (RC : 3,8 [IC à 95 % : 3,2 à 4,5]); convulsions (RC : 3,2 [IC à 95 % : 1,5 à 7,0]); vomissements (RC : 2,7 [IC à 95 % : 2,1 à 3,5]); amnésie (RC : 2,4 [IC à 95 % : 2,0 à 3,0]); perte de connaissance (RC : 2,3 [IC à 95 % : 1,9 à 2,8]); céphalée (RC : 2,1 [IC à 95 % : 1,6 à 2,9]), signe externe de traumatisme crânien.

Après ajustement des RC (RCa), seuls les signes neurologiques en foyer (RCa : 4,4 [IC à 95 % : 3,0 à 6,5]), les signes externes de traumatisme crânien (RCa : 2,7 [IC à 95 % : 2,1 à 3,5]), la perte de connaissance (RCa : 1,6 [IC à 95 % : 1,2 à 2,1]) et l'appartenance au sexe masculin (RCa : 1,4 [IC à 95 % : 1,2 à 1,6]) sont restés associés à une