

Cérébro-lésés (2) : troubles du comportement chez les traumatisés crâniens – quelles recommandations ?

Brain lesions (2): Behavioral disorders after traumatic brain injury – which guidelines?

Communications orales

Version française

CO14-001-f

Troubles du comportement des personnes traumatisées crâniennes : introduction, contexte et méthodologie



J.-F. Mathé^{a,*}, J. Luauté^b

^a Service de médecine physique et réadaptation neurologique, CHU de Nantes, 85, rue Saint-Jacques, 44093 Nantes cedex 1, France

^b Hôpital Henry-Gabrielle, médecine physique et réadaptation, CHU de Lyon, Lyon, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jeanfrancois.mathe@chu-nantes.fr

Les troubles du comportement des victimes de traumatisme crânien constituent une séquelle majeure chez les blessés et une sujétion considérable pour les familles et la société. La prise en charge à l'hôpital mais également dans le secteur médico-social et lors du retour à domicile se heurte à la diversité et la faible efficacité des thérapeutiques usuelles.

La Société française de médecine physique et de réadaptation (Sofmer) a proposé d'élaborer des recommandations de bonne pratique sur cette thématique sous l'égide de la haute autorité de santé.

Sur la base d'un argumentaire scientifique, réalisé par quatre chargés de projet, des propositions de recommandations ont été élaborées par un groupe de travail composé de 23 experts.

Un groupe de lecture va donner son avis avant validation des recommandations dans le cadre d'une demande de label, en cours, auprès de la HAS.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.103>

CO14-002-f

Troubles du comportement après traumatisme crânien : quels symptômes et quelles évaluations ?



A. Stefan^{a,*}, J. Luauté^b, J. Hamonet^c, L. Wiart^d, D. Plantier^e,

A. Arnould^f, S. Aubert^g, J.-M. Beis^h, M.-C. Cazalsⁱ,

J.-M. Destailhats^d, E. Durand^j, L. Blais^k, P. Fayol^l, C. Fieyre^m,

L. Jagotⁿ, C. Lermuzeaux^o,

N. Montrobert^p, J.-M. Lucas^q, D. Malauzat^r, J. Preziosi^r,

A. Prouteau^s, I. Richard^t, L. Tell^b

^a CHU de Nantes, service neurologique, 85, rue Saint-Jacques, 44093 Nantes, France

^b CHU de Lyon, Lyon, France

^c CHU de Limoges, Limoges, France

^d CHU de Bordeaux, Bordeaux, France

^e CHU de Lyon, hôpital René-Sabran, Lyon, France

^f CHU Paris, AP-HP, hôpital Raymond-Poincaré, France

^g Représentant des familles UNAFTC, France

^h Institut régional de médecine physique et de réadaptation, centre de Lay-Saint-Christophe, France

ⁱ Représentant des familles, UNAFTC, France

^j Hôpitaux Saint-Maurice, Paris, France

^k Maison du Douglas, ADEF résidences, Mercœur, France

^l CH Esquirol, Limoges, France

^m MDPH, Paris, France

ⁿ Université de Nantes, département de psychologie, France

^o Institut Marcel-Rivière, La Verrière, France

^p Centre médical de l'argentière, Aveize, France

^q Maison du Douglas, ADEF résidences, France

^r Marseille, France

^s Université de Bordeaux-Segalen, département de psychologie, Bordeaux, France

^t CHU d'Angers, Angers, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : angelique.stefan@chu-nantes.fr

Mots clés : Traumatisme crânien ; Troubles du comportement ; Symptômes ; Évaluation ; Recommandations

L'objectif est d'établir un argumentaire scientifique définissant les troubles du comportement selon une nomenclature commune, précisant leur incidence, leurs facteurs prédictifs et les modalités d'évaluation, et d'aboutir à des recommandations de bonne pratique.

Méthode.– Analyse critique de la littérature référencée dans Medline entre 1990 et 2012 ciblant les données épidémiologiques des troubles du comportement après traumatisme crânien (1) ainsi que les démarches diagnostiques et les outils d'évaluation (2).

Résultats.– Trois cent quatre-vingt-dix-neuf articles ont été retenus.

(1) Les troubles peuvent être classés en : perturbations des comportements primaires par excès, (agitation 35–70 %, agressivité 25–39 %, irritabilité 29–71 %, abus d'alcool 7–26 % de drogue 2–20 %), perturbations des comportements primaires par défaut (apathie 20–71 %), troubles du sommeil (30–75 %), troubles affectifs - anxiété - psychose (dépression 12–76 %, anxiété 0,8–24,5 %, état de stress post-traumatique 11–18 %, troubles obsessionnels compulsifs 1,2–30 %, psychose 0,7 %), tentatives de suicide et suicide 1 %. Les troubles du comportement sont globalement deux fois plus fréquents après un TC qu'un traumatisme orthopédique sans TC (niveau 3).

(2) À partir des données de la littérature, les experts proposent une démarche d'évaluation des troubles du comportement (multisource, répétée, intégrant l'évaluation de la dangerosité, des troubles cognitifs et psychologiques associés) et abordent la place des outils d'évaluation selon leur spécificité, leur validation et leur traduction française. Seules trois échelles comportementales (Échelle Neurocomportementale Révisée, Inventaire du Syndrome Dysexécutif Comportemental, European Head Injury Evaluation Chart) sont spécifiques du traumatisme crânien et validées en français.

Discussion.— Des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) seront élaborées à partir de ces données de la littérature.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.104>

CO14-003-f

Techniques de soins et interventions non médicamenteuses pour la prise en charge des troubles du comportement de la personne victime d'un traumatisme crânien grave. Revue de la littérature

L. Wiart^{a,*}, J. Luaute^b, C. Lermuzeaux^c, L. Tell^b, A. Stefan^d, I. Richard^e, A. Prouteau^a, J. Preziosi^f, D. Malauzat^g, N. Montrobert^h, L. Jagotⁱ, J. Hamonet^g, C. Fieyre^j, J.-M. Lucas^k, J.-M. Destailats^l, M.-C. Cazals^m, A. Arnouldⁿ, J.-M. Beis^o, S. Aubert^m, E. Durand^p, P. Fayol^g, D. Plantier^q, L. Blais^k

^a CHU de Bordeaux, place Amélie-Rabat-Léon, 33071 Bordeaux, France

^b CHU de Lyon, Lyon, France

^c Institut Marcel-Rivière, La Verrière, France

^d CHU de Nantes, France

^e CHU d'Angers, France

^f Marseille, France

^g CHU de Limoges, Limoges, France

^h Centre médical de l'Argentière, Aveize, France

ⁱ Université de Nantes, France

^j MDPH, Paris, France

^k Maison du Douglas, Mercœur, France

^l Hôpital de Jonzac, France

^m UNAFCT, France

ⁿ APHP, Garches, France

^o UGECAM, Nancy, France

^p Hôpitaux de Saint-Maurice, Paris

^q HCL, Ghiens, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : lwiart001@cegetel.rss.fr

Mots clés : Traumatisme crânien ; Troubles du comportement ; Psychothérapies
Introduction.— La prise en charge non médicamenteuse est une composante majeure du traitement des troubles du comportement du patient TC mais les données scientifiques restent faibles.

Méthode.— Revue de la littérature depuis 1980 issue de Medline par le service de documentation de l'HAS, complétée par des articles publiés au sein d'ouvrages de référence en langue française et anglaise. Classification en fonction des courants psychothérapeutiques et attribution d'un niveau de preuve après révision par le groupe de travail.

Résultats.— Quatre cent quarante et un articles ont été recensés et 81 sélectionnés et classés par ordre de fréquence selon cinq types de prise en charge : cognitivo comportementale (26), holistique (19), systémique (14), psychanalytique (dix), à médiation corporelle (six). Au total, seules 12 études sont d'un niveau de preuve 2, 46 sont de niveau 4 et 9 sont des revues de la littérature. Il n'existe aucune étude de niveau 1 ni aucun travail concernant certaines approches classiques telles que l'hypnose, la relaxation ou l'Emdr.

Discussion et conclusion.— Les approches cognitivo comportementales, systémiques et holistiques sont les plus documentées (niveaux 2 à 4). Les approches psychanalytiques et à médiation corporelle sont partiellement documentées (niveau 4) et nécessiteraient des études cliniques complémentaires. Des recommandations de l'HAS seront élaborées à partir de ces données de la littérature.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.105>

CO14-004-f

Prise en charge des troubles du comportement après traumatisme crânien, recommandations de bonne pratique : traitements médicamenteux

D. Plantier^{a,*}, J. Luaute^b, L. Wiart^c, A. Stefan^d, J. Hamonet^e, A. Arnould^f, S. Aubert^g, J.-M. Beis^h, L. Blaisⁱ, M.-C. Cazals^g, J.-M. Destailats^c, E. Durand^j, P. Fayol^k, C. Fieyre^l, L. Jagot^m,



C. Lermuzeauxⁿ, J.-M. Lucasⁱ, D. Malauzat^k, N. Montrobert^o, J.-A. Preziosi^p, A. Prouteau^q, I. Richard^r, L. Tell^b

^a CHU de Lyon, hôpital Renée-Sabran, boulevard Edouard-Herriot, 83400 Hyères Les Palmiers, France

^b CHU de Lyon, Lyon, France

^c CHU de Bordeaux, Bordeaux, France

^d CHU de Nantes, Nantes, France

^e CHU de Limoges, Limoges, France

^f APHP, Garches, France

^g UNAFCT, France

^h CHU de Nancy, Nancy, France

ⁱ Maison du Douglas, Mercœur, France

^j Hôpitaux Saint-Maurice, France

^k CH Esquirol, Limoges, France

^l MDPH, Paris, France

^m Université de Nantes, Nantes, France

ⁿ Institut Marcel-Rivière MGEN, France

^o Centre médical de l'Argentière, Aveize, France

^p Marseille, France

^q Université de Bordeaux, Bordeaux, France

^r CHU d'Angers, Angers, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : david.plantier@chu-lyon.fr

Méthode.— Les équations de recherche réalisées par le service documentaire HAS (Medline, 1990 à 2012) ciblent tous types d'étude sur les agents dopaminergiques, antidépresseurs, bêta bloquants, anxiolytiques, neuroleptiques, thymorégulateurs, agents hormonaux (Méthode HAS sur le site www.has-sante.fr).

Résultats.— Sur 772 références, 113 sont analysées avec gradation des recommandations. Il n'y a pas de preuve suffisante pour développer des traitements standardisés dans la prise en charge de l'agressivité, l'agitation, l'irritabilité, l'impulsivité, l'apathie, la dépression (...) après traumatisme crânien (TC). Il y a cependant des éléments de preuve permettant d'établir des RBP :
– les bêta-bloquants (propranolol) peuvent améliorer l'agressivité (prescription hors AMM) ;

– l'utilisation des anticomitiaux suggère une efficacité de la carbamazépine, du valproate ou divalproate de sodium pour traiter l'agitation et l'agressivité. Recommandation en première intention ;

– absence de preuve d'efficacité des neuroleptiques sur l'irritabilité, l'agressivité ou l'apathie. Ces produits exposent à un risque plus important de syndrome malin après TC, ils pourraient être délétères sur la plasticité cérébrale. Leur prescription se conçoit en cas d'urgence ou de crise (loxapine). L'usage au long cours doit être évité sauf maladie psychiatrique antérieure. En absence d'alternative, préférer un neuroleptique atypique ;

– les antidépresseurs sont utilisés pour traiter la dépression (AMM) selon les RBP de l'ANAES, 2002. Ils peuvent être efficaces indirectement sur l'agitation et l'agressivité. Les IRS pourraient avoir un effet bénéfique sur la plasticité cérébrale ;
– les benzodiazépines peuvent être utilisées en situation de crise mais ne doivent pas être utilisées au long cours dans le traitement l'agitation ;

– une amélioration de l'apathie a été rapportée avec l'amantadine à 300 mg/j (prescription hors AMM).

Discussion.— Le choix du traitement dépend du niveau de preuve, des objectifs personnalisés, est affaire d'expérience et de prudence.

Pour en savoir plus

Chew E, Zafonte RD. Pharmacological management of neurobehavioral disorders following traumatic brain injury – a state of the art review. *Rehabil Res Dev Serv* 2009;46(6):851–78.

Warden DL, Gordon B, McAllister TW, et al. Neurobehavioral Guidelines Working Group. Guidelines for the pharmacologic treatment of neurobehavioral sequelae of traumatic brain injury. *J Neurotrauma* 2006;23(10):1468–501.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.106>

CO14-005-f

Troubles du comportement après traumatisme crânien : quelles stratégies thérapeutiques ?

J. Luaute^{a,*}, J. Hamonet^b, D. Plantier^c, A. Stefan^d, L. Wiart^e, A. Arnould^f, S. Aubert^g, J.-M. Beis^h, L. Blaisⁱ, M.-C. Cazals^g,

