



HAL
open science

Intérêt thérapeutique de la tomodensitométrie cérébrale de contrôle après traumatisme crânien grave

Ludovic Rousseau

► **To cite this version:**

Ludovic Rousseau. Intérêt thérapeutique de la tomodensitométrie cérébrale de contrôle après traumatisme crânien grave. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02986985

HAL Id: dumas-02986985

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02986985>

Submitted on 3 Nov 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE D'EXERCICE DE MÉDECINE

En vue de l'obtention du grade de Docteur en médecine

Présentée par Ludovic ROUSSEAU

Née le 15 Juillet 1989 à Bastia

**INTÉRÊT THÉRAPEUTIQUE DE LA TOMODENSITOMÉTRIE CÉRÉBRALE
DE CONTRÔLE APRÈS TRAUMATISME CRÂNIEN GRAVE**

Soutenue le 04 Octobre 2019

Amphithéâtre 1 René BOURGEON - Faculté de Médecine de Nice

Composition du Jury

Madame le Professeur Carole ICHAI	Président
Madame le Docteur Marie-Ève AMORETTI	Assesseur
Monsieur le Professeur Jacques LEVRAUT	Assesseur
Monsieur le Professeur Philippe PAQUIS	Assesseur
Monsieur le Docteur Jean-Christophe ORBAN	Directeur de thèse

Université Côte d'Azur

Faculté de Médecine

Année 2018-2019

THÈSE D'EXERCICE DE MÉDECINE

En vue de l'obtention du grade de Docteur en médecine

Présentée par Ludovic ROUSSEAU

Née le 15 Juillet 1989 à Bastia

**INTÉRÊT THÉRAPEUTIQUE DE LA TOMODENSITOMÉTRIE CÉRÉBRALE
DE CONTRÔLE APRÈS TRAUMATISME CRÂNIEN GRAVE**

Soutenue le 04 Octobre 2019

Amphithéâtre 1 René BOURGEON - Faculté de Médecine de Nice

Composition du Jury

Madame le Professeur Carole ICHAI	Président
Madame le Docteur Marie-Ève AMORETTI	Assesseur
Monsieur le Professeur Jacques LEVRAUT	Assesseur
Monsieur le Professeur Philippe PAQUIS	Assesseur
Monsieur le Docteur Jean-Christophe ORBAN	Directeur de thèse

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

**Pédagogie
Recherche
Etudiants**

**Pr. ALUNNI Véronique
Pr DELLAMONICA jean
M. JOUAN Robin**

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	VANBIERVLIEET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)
Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)
M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)
M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)
M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. FREYCHET Pierre
M ALBERTINI Marc	M. GASTAUD Pierre
M. BALAS Daniel	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BATT Michel	M. GILLET Jean-Yves
M. BLAIVE Bruno	M. GRELLIER Patrick
M. BOQUET Patrice	M. GRIMAUD Dominique
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. TOUBOL Jacques
M. FENICHEL Patrick	M. TRAN Dinh Khiem
M . FRANCO Alain	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
	M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
M. BENOLIEL José	Mme MEMRAN Nadine
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	M. MENGUAL Raymond
Mme DONZEAU Michèle	M. PHILIP Patrick
M. EMILIOZZI Roméo	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe	Mme ROURE Marie-Claire
M. GASTAUD Marcel	

RÉSUMÉ

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : La réalisation d'une tomodensitométrie (TDM) cérébrale de contrôle est une pratique répandue au cours de la prise en charge initiale des traumatisés crâniens graves, mais son intérêt dans la prise de décision thérapeutique n'est pas clair.

OBJECTIF : Évaluer, au sein d'une population de traumatisés crâniens graves avec monitoring invasif de la pression intracrânienne (PIC), l'intérêt thérapeutique de la TDM cérébrale de contrôle.

PATIENTS ET MÉTHODES : Nous avons mené une étude observationnelle rétrospective sur 4 ans incluant tous les patients victimes d'un traumatisme crânien grave (score de Glasgow ≤ 8) avec monitoring invasif de la PIC et ayant bénéficié d'une TDM cérébrale de contrôle au cours des 48 premières heures. Nous avons comparé deux groupes de patients en fonction du caractère motivé (par une dégradation neurologique) ou systématique de la TDM de contrôle. Le critère de jugement principal était la modification de prise en charge à visée neurologique (osmothérapie ou recours neurochirurgical) après réalisation de la TDM de contrôle.

RÉSULTATS : Nous avons inclus 127 patients, 25 (20%) ayant bénéficié d'une TDM « motivée » et 102 (80%) d'une TDM de routine. Les deux groupes étaient comparables en termes de scores de Glasgow et IGS2, et sur la prise de médicaments interférant avec la coagulation. Les patients du groupe TDM motivée présentaient davantage d'hypertension intracrânienne à la phase initiale (56% vs. 28%; $p = 0,01$), bénéficiaient plus souvent d'osmothérapie (68% vs. 41%; $p = 0,02$), et présentaient des scores de Marshall plus élevés sur les 2 TDM. Aucun patient dans le groupe TDM de routine n'a bénéficié d'une intervention thérapeutique suivant cet examen contre 4 patients (16%) dans le groupe TDM motivée ($p < 0,01$).

CONCLUSION : Après traumatisme crânien grave, la TDM cérébrale de contrôle systématique n'indique aucune modification thérapeutique au contraire d'un examen motivé par une modification neurologique.

MOTS CLÉS

Traumatisme crânien grave ; tomodensitométrie ; neurochirurgie ; routine.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Performing a repeat brain computed tomography (CT) scan is a widespread practice during initial management of severe traumatic brain injured patients (TBI), but its interest in treatment decision-making is unclear.

OBJECTIVE: To evaluate the therapeutic value of repeat brain CT scan in a population of severe TBI patients with invasive monitoring of intracranial pressure (ICP).

PATIENTS AND METHODS: We conducted a 4-year retrospective observational study including all severe TBI patients (Glasgow coma score ≤ 8) with invasive ICP monitoring and who underwent repeat brain CT scan during the First 48 hours. We dichotomized the patients according to whether they had the repeat CT scan routinely or motivated by a neurological degradation and compared these two populations. The primary endpoint was the modification of neurological management (osmotherapy or neurosurgery) after performing the repeat brain CT scan.

RESULTS: We included 127 patients, 25 (20%) received a motivated brain CT scan and 102 (80%) a routine brain CT scan. Both groups were comparable in terms of Glasgow coma scores and IGS2, and on the use of drugs interfering with coagulation. Patients in the motivated brain CT scan group presented more intracranial hypertension at baseline (56% vs. 28%, $p = 0.01$), needed more osmotherapy (68% vs. 41%, $p = 0.02$), and had higher Marshall scores on both CT scan. None of the patients in the routine CT scan group underwent a therapeutic intervention following this scan, compared to 4 patients (16%) in the motivated CT group ($p < 0.01$).

CONCLUSION: After severe head injury, the systematic brain CT scan does not involve any therapeutic modification as opposed to a brain CT scan motivated by a neurological degradation.

KEYWORDS

Severe traumatic brain injury; TBI; computed tomography scan; routine; head.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	12
INTRODUCTION	13
PATIENTS ET MÉTHODES.....	14
<i>POPULATION DE L'ETUDE.....</i>	<i>14</i>
<i>RECUEIL DES DONNEES</i>	<i>14</i>
<i>ANALYSE STATISTIQUE</i>	<i>15</i>
RESULTATS	15
DISCUSSION.....	17
CONCLUSIONS	20
RÉFÉRENCES	21
ANNEXES	25

LISTE DES ABRÉVIATIONS

DTC	Doppler trans-crânien
EtCO₂	Fraction de dioxyde de carbone en fin d'expiration (« end tidal »)
GCS	Glasgow coma score
HTIC	Hypertension intracrânienne
IGS2	Indice de gravité simplifié 2
TCG	Traumatisé crânien grave
TDM	Tomodensitométrie
SpO₂	Saturation pulsée en oxygène

INTRODUCTION

Le traumatisme crânien grave (score de Glasgow inférieur ou égal à 8) est une pathologie fréquente. Avec une incidence en France estimée à 3 cas pour 100 000 (1), il représente la première cause de décès d'origine traumatique (2). Sa gravité provient d'une mortalité importante, autour de 40% (3,4) et d'une morbidité souvent invalidante à type de séquelles physiques et cognitivo-comportementales (5). Ces conséquences font de cette pathologie un véritable problème de santé publique. La rédaction de recommandations et leur adhésion ont permis de réduire la mortalité et d'améliorer le pronostic fonctionnel de ces patients (6).

La tomodensitométrie (TDM) cérébrale représente l'examen de référence du bilan lésionnel initial du patient traumatisé crânien grave (TCG) en raison sa grande sensibilité à détecter les lésions hémorragiques (7–12). C'est maintenant un examen de réalisation rapide et facile d'accès. Il est courant de la répéter durant les 24-48 premières heures (TDM cérébrale dite de « routine ») afin d'évaluer la progression lésionnelle « silencieuse » et éventuellement proposer une modification précoce de prise en charge. Cependant, des constatations tomodensitométriques isolées n'entraînent pas nécessairement de modification thérapeutique. Selon les recommandations actuelles de prise en charge du TCG à la phase aiguë, aucun traitement n'est indiqué sur la base de constatations tomodensitométriques isolées. Les indications neurochirurgicales tiennent compte des données tomodensitométriques de la lésion (type, localisation, taille, déviation de la ligne médiane) mais aussi et surtout de leur répercussion clinique (diminution du score de Glasgow, hypertension intracrânienne (HTIC)) (11,13,14). La prise en charge médicale, quant à elle, est centrée autour de l'optimisation de la perfusion cérébrale, guidée par les données du monitoring neurologique.

L'intérêt de la tomodensitométrie de contrôle a été évaluée sur des populations hétérogènes de traumatisés crâniens (tant sur leur gravité que sur leur prise en charge). Si plusieurs auteurs et une méta-analyse concluent à l'inutilité de la tomodensitométrie de routine (15–29), d'autres rapportent des modifications de prise en charge (notamment neurochirurgicale) suite à sa réalisation (30–33). Mais aucune étude n'a spécifiquement évalué l'intérêt de la tomodensitométrie de routine au sein d'une population de traumatisés crâniens graves avec monitoring systématique de la pression intracrânienne. Par ailleurs, la réalisation de cet examen comporte des risques liés au transport intra-hospitalier des patients graves (34–38) et à l'exposition aux radiations ionisantes, et représente un surcoût pour les dépenses de santé. Cette question s'intègre donc dans une politique de rationalisation des examens complémentaires.

L'objectif de notre étude est d'évaluer, au sein d'une population de traumatisés crâniens graves avec monitoring invasif de la pression intracrânienne, l'intérêt thérapeutique de la TDM cérébrale de contrôle.

PATIENTS ET MÉTHODES

POPULATION DE L'ÉTUDE

Nous avons conduit une étude observationnelle de cohorte rétrospective, monocentrique dans le service de réanimation médico-chirurgicale du CHU de Nice (trauma center de niveau I). A partir d'une base de données informatique, sur une période de 4 ans (de janvier 2014 à décembre 2017), nous avons inclus tous les patients victimes d'un traumatisme crânien grave (score de Glasgow inférieur ou égal à 8) et ayant bénéficié d'un monitoring invasif de la pression intracrânienne (PIC). Les critères d'exclusion étaient l'absence de TDM cérébrale de contrôle au cours des 48 premières heures et les traumatismes crâniens pénétrants.

La surveillance comprenait tous les paramètres faisant partie du monitoring multimodal recommandé pour ce type de patients :

- Clinique : surveillance pupillaire et score de coma de Glasgow.
- Paraclinique : fréquence cardiaque, SpO₂, température, mesure invasive de la pression artérielle et de la PIC, EtCO₂, mesures pluriquotidiennes des gaz du sang, biochimie et échographie Doppler transcrânien (DTC).

RECUEIL DES DONNEES

Les données pré-hospitalières, les dossiers médicaux et paramédicaux ont été analysés pour tous les patients inclus. Les données recueillies comprenaient l'âge, le sexe, le mécanisme lésionnel, le score de Glasgow à la prise en charge, les données cliniques et biologiques, les délais de réalisation et résultats des tomodensitométries cérébrales initiale et de contrôle, les données du neuromonitorage invasif (PIC à la pose et pendant 48 heures, HTIC définie comme une PIC \geq 20 mmHg), les interventions médico-chirurgicales des 48 premières heures. Le motif de réalisation de la TDM de contrôle était recherché pour chaque patient.

Toutes les TDM ont été interprétées par un radiologue en aveugle du devenir du patient. Le type de lésion, la classification de Marshall (39), et la comparaison avec la tomodensitométrie précédente pour l'examen de contrôle (aggravation, stabilisation ou amélioration) étaient répertoriés.

La TDM cérébrale de contrôle était considérée plus grave en cas de nouvelle lésion, augmentation de taille des lésions, augmentation de l'effet de masse, et/ou dilatation ventriculaire. Elle était considérée comme stable ou améliorée dans les autres situations. Tous les patients ont bénéficié d'une évaluation neurochirurgicale initiale et après réalisation de la seconde tomodensitométrie.

ANALYSE STATISTIQUE

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel XLSTAT 2015. Les données quantitatives ont été exprimées en médiane et intervalle interquartile et les données qualitatives en effectif et pourcentage.

En fonction du motif de réalisation de la 2^{ème} TDM cérébrale, nous avons dichotomisé les patients en 2 groupes :

- Groupe « TDM motivée » : patients ayant bénéficié d'une TDM motivée par une dégradation neurologique définie par une baisse du score de Glasgow, une HTIC persistante, une anomalie pupillaire (anisocorie ou mydriase bilatérale), ou des signes indirects d'HTIC au DTC.
- Groupe « TDM routine » : patients ayant bénéficié d'une TDM de contrôle systématique en l'absence des critères de dégradation neurologique.

Les comparaisons entre ces 2 groupes ont fait appel à des tests de Mann Whitney et du CHI-2 quand approprié. Un p inférieur à 0,05 était considéré comme significatif.

Le critère de jugement principal était la modification de prise en charge à visée neurologique après réalisation de la 2^{ème} TDM. Celle-ci correspondait à l'administration d'une osmothérapie et/ou au recours à la neurochirurgie (DVE, craniotomie, craniectomie).

RESULTATS

Cent trente-deux patients victimes d'un TCG avec monitoring de la PIC ont été inclus sur une période de quatre ans. Nous avons exclu cinq patients n'ayant pas bénéficié d'une seconde TDM. Les 127 patients restants constituent l'échantillon de cette étude.

Les hommes représentaient la majorité des patients, avec un âge médian à 40 ans [26-56] et un score de Glasgow médian à 6 [3-7]. Quarante-deux patients (33%) présentaient une HTIC initiale, 108 (85%) étaient sous catécholamines et 17 (13%) ont bénéficié d'une neurochirurgie après la TDM initiale. Le score IGS2 médian était de 47 [38-59].

Parmi les cent vingt-sept TDM de contrôle, on en dénombrait 25 (20%) motivées pour raison neurologique (groupe TDM motivée) et 102 (80%) réalisées de routine. Les raisons aux TDM motivées étaient dans 7 cas une anisocorie ou des signes indirects d'HTIC au DTC et dans 18 cas une poussée d'HTIC. Comme rapportés dans le tableau 1, les deux groupes étaient comparables concernant le score de Glasgow et sa composante motrice, la gravité évaluée par l'IGS2 et la prise de médicaments interférant avec la coagulation.

Tableau 1. Données démographiques et pré-hospitalières des patients de l'étude. *			
Caractéristiques	TDM routine (N=102)	TDM motivée (N=25)	p
Age (années)	43,5 [29-56]	26 [21-52]	0,06
Sexe ratio H/F	82/20	19/6	0,63
IGS 2	47 [38-57]	50 [40-63]	0,26
GCS initial	6 [4-7]	6 [3-7]	0,23
Composante motrice GCS	4 [2-5]	4 [1-4]	0,23
Traitement interférant avec l'hémostase	10 (10)	1 (4)	0,32

* Les données quantitatives sont exprimées en médiane et intervalle interquartile (IQR) et les données qualitatives en effectif et pourcentage.

Comme rapporté dans le tableau 2, il n'existait pas de différence en termes d'anomalies de la coagulation ni d'administration de catécholamines. Le recours à l'osmothérapie lors de la prise en charge initiale était plus fréquent dans le groupe TDM motivée que dans le groupe TDM routine (68% vs. 41%, $p = 0,02$). Le groupe TDM motivée présentait davantage d'HTIC initiale (56% vs. 28%; $p = 0,01$) et au cours des premières 48 heures (92% vs. 45%; $p < 0,01$) par rapport au groupe TDM routine. Un plus grand pourcentage de patients décédait en réanimation dans le groupe TDM motivée par rapport au groupe TDM routine (48% vs. 21%; $p < 0,01$).

Le délai médian de réalisation de la première TDM était de 126 minutes [106-156], sans différence entre les 2 groupes. Le délai de réalisation de la TDM de contrôle était plus court dans le groupe TDM motivée par rapport au groupe TDM routine : 17h [IQR 14-26] vs. 28h [IQR 22-36] ; $p < 0,01$. Les patients du groupe TDM motivée présentaient des scores de Marshall plus élevés sur les 2 TDM (tableau 3). Le pourcentage d'aggravation tomodensitométrique était de 34% dans le groupe TDM routine et 52% dans le groupe TDM motivée, sans différence significative ($p = 0,10$). Concernant le critère de jugement principale, 4 patients (16%) ont bénéficié d'une intervention à visée neurologique dans le groupe TDM motivée, contre aucun dans le groupe TDM routine ($p < 0,01$). Les 4

interventions à visée neurologique se répartissaient en 2 osmothérapies et 2 craniectomies décompressives.

Tableau 2. Données clinico-biologiques et interventionnelles des patients de l'étude. *

Caractéristiques	TDM routine (N=102)	TDM motivée (N=25)	p
Anomalie de la coagulation	21 (21)	4 (16)	0,60
Catécholamine	85 (83)	23 (92)	0,28
Osmothérapie initiale	42 (41)	17 (68)	0,02
Chirurgie après TDM 1	12 (11)	5 (20)	0,33
HTIC initiale	28 (28)	14 (56)	0,01
HTIC 48 premières heures	46 (45)	23 (92)	<0,01
Décès en réanimation	21 (21)	12 (48)	<0,01

* Les données quantitatives sont exprimées en médiane et intervalle interquartile (IQR) et les données qualitatives en effectif et pourcentage.

Tableau 3. Données relatives aux tomодensitométries cérébrales.*

Caractéristiques	TDM routine (N=102)	TDM motivée (N=25)	p
Délai de réalisation TDM 1 (min)	125 [106-155]	126 [103-165]	0,88
Délai entre TDM 1 et TDM 2 (h)	28 [22-36]	17 [14-26]	<0,01
Score de Marshall TDM 1	2 [2-4]	3 [3-4]	0,01
Score de Marshall TDM 2	3 [2-4]	4 [3-5]	0,02
Aggravation TDM	35 (34)	13 (52)	0,10
Intervention thérapeutique après TDM 2	0 (0)	4 (16)	<0,01

* Les données quantitatives sont exprimées en médiane et intervalle interquartile (IQR) et les données qualitatives en effectif et pourcentage.

DISCUSSION

Cette étude rapporte les caractéristiques d'une population de patients victimes d'un traumatisme crânien grave en fonction du caractère « routinier » ou « motivé » de la tomодensitométrie cérébrale de contrôle. Cet examen répété et systématique n'est pas recommandé formellement mais est réitéré en pratique clinique, souvent sans modification de l'état neurologique

des patients. Ainsi, son intérêt thérapeutique est très largement discuté dans différentes populations de traumatisés crâniens, du plus léger au plus grave (15–29,31,40–44). Nos principaux résultats montrent que les patients ayant bénéficié d'une TDM orientée ne présentaient pas plus de critères de gravité mais bénéficiaient d'un engagement thérapeutique plus élevé avant et surtout après la réalisation de cet examen. Dans le même temps, aucun patient ne bénéficiait de modification thérapeutique après la réalisation de la TDM de contrôle de routine.

Les caractéristiques démographiques des deux groupes de l'étude sont comparables concernant l'âge, le sex-ratio et de leur gravité attestée par les scores IGS 2 et de Glasgow. Ces paramètres sont proches des données précédemment rapportées dans d'autres études s'intéressant aux TCG (45,46).

Concernant les conditions de réalisation de la première TDM cérébrale, le délai de réalisation ne diffère pas entre les deux groupes, aux alentours de 2 heures comme rapporté dans la littérature (22,47). Par contre le délai de réalisation de la TDM cérébrale de contrôle est plus court lorsque motivée par une aggravation neurologique. La littérature ne compare pas ce temps en fonction du caractère motivé ou routinier de l'examen. Néanmoins, les délais sont comparables entre notre groupe « routine » et les temps rapportés précédemment sans différenciation du type de demande d'examen (17,19,21). La classification de la première TDM cérébrale selon le score de Marshall montre un score plus élevé dans le groupe « motivé ». On retrouve aussi cette différence sur la TDM de contrôle. Par contre, le pourcentage d'aggravation entre les deux examens n'est pas différent entre les deux groupes. Ces chiffres correspondent aux données de la littérature, autour de 40% (47,48).

Le groupe ayant bénéficié d'une TDM cérébrale de contrôle motivée présente un niveau d'engagement thérapeutique pré-hospitalier plus important attesté par un plus grand pourcentage d'osmothérapie. Ces patients présentent davantage d'HTIC à la phase initiale et au cours des premières 48 heures, ainsi qu'un pourcentage supérieur d'interventions thérapeutiques après la réalisation de la TDM de contrôle. Cela peut paraître étonnant dans la mesure où la gravité clinique initiale est comparable entre les deux groupes. Il est possible que l'explication réside dans la différence de grade du score de Marshall sur la TDM initiale. En effet, la différence entre le grade 2 majoritaire dans le groupe « routine » et le grade 3 majoritaire dans le groupe « motivé » réside essentiellement dans l'existence d'une compression des citernes de la base. Cette constatation représente une expression radiologique de l'œdème cérébral pouvant aboutir plus fréquemment à une HTIC dans ce groupe. Ainsi, dans notre population, il semble que les paramètres radiologiques initiaux et les modifications neurologiques évolutives soient associés à une plus grande nécessité d'intervention thérapeutique que les critères cliniques initiaux (score de Glasgow et IGS 2). En effet, aucun patient ne bénéficie d'une

modification thérapeutique après TDM de routine alors que c'est le cas chez 16% des patients après un examen motivé. Cette différence est déjà retrouvée dans la littérature, principalement sur des populations de traumatisés crâniens légers et modérés (15–18,20–26,28,29,31,40,43,44), où les taux d'interventions thérapeutiques après scanner routinier sont proches de zéro. Dans le travail d'Almenawer, 23 interventions sont guidées par l'évolution clinique et 2 après une TDM de routine (15). Cependant, l'analyse rétrospective de ces interventions montre qu'elles ne sont pas justifiées. Dans une population proche de la nôtre, Brown retrouve aussi un pourcentage d'interventions thérapeutiques plus élevé après TDM orientée par rapport au pourcentage d'intervention après TDM routinière (43% vs. 2%, respectivement) (48). Dans le groupe routine, les interventions ne sont pas expliquées par l'imagerie seule (pose de capteur de PIC et chirurgie).

La pertinence des stratégies médicales incluant au premier chef celle des examens complémentaires a fait l'objet d'un rapport de l'Académie Nationale de Médecine en 2013 (49). Elle est synonyme de qualité des soins au meilleur coût et de réduction des risques pour le patient (50). Dans le cas de notre étude, au-delà de l'aspect économique, la réalisation d'une tomodensitométrie expose le patient à des risques connus. Tout d'abord, le transport intra-hospitalier des patients graves s'accompagne d'événements indésirables bien décrits (34–38,51), auxquels le traumatisé crânien grave est particulièrement exposé et sensible (35,43). Il s'agit de modifications hémodynamiques pouvant aller jusqu'à l'arrêt cardiaque, d'hypoxémie, de défaut de surveillance, de capacités thérapeutiques limitées, d'un risque de déséquipement accidentel ou d'une agitation. Toutes ces complications ont pour dénominateur commun le risque de poussée d'HTIC secondaire à la perte de contrôle des agressions cérébrales secondaires d'origine systémique, et donc le risque d'aggravation du pronostic neurologique (52–56). Ensuite le risque tumoral secondaire à l'exposition aux radiations ionisantes est démontré dans de nombreux travaux. Une meilleure justification des examens d'imagerie permettrait de réduire les cancers induits par les radiations médicales (57). Enfin, la remise en question des examens réalisés à titre systématique fait l'objet de recommandations formalisées d'experts françaises récentes (58), et s'intègre dans l'objectif actuel de personnalisation des soins (59,60). Malheureusement, compte tenu du caractère rétrospectif de l'étude et de l'absence de recueil systématique des événements survenant lors des transports, nous ne pouvons pas comparer notre étude aux données de la littérature.

Bien qu'amenant des données intéressantes, notre étude souffre de certaines limites. La principale réside dans le caractère monocentrique et rétrospectif de l'étude. De plus, il n'existe pas de protocole établissant les critères de réalisation de la TDM cérébrale de contrôle motivée. Ce travail

ouvre la voie à une étude prospective et multicentrique qui permettrait de statuer sur l'intérêt de la TDM cérébrale de contrôle chez le traumatisé crânien grave.

CONCLUSIONS

Notre étude semble montrer que dans une population de patients traumatisés crâniens graves bénéficiant d'un monitoring invasif de pression intracrânienne, la TDM cérébrale de contrôle systématique n'indique aucune modification de thérapeutique au contraire d'un examen motivé par une modification neurologique. Cette étude pose clairement la question de l'utilité de cet examen systématique. Des études ultérieures apparaissent indispensables pour répondre à cette interrogation.

RÉFÉRENCES

1. Aegerter P, Boumendil A, Tazarourte K, Vigué B, Dolveck F, Weiss J-J, et al. Épidémiologie du traumatisme crânien grave en Île-de-France (TCG-IF). *Rev Epidémiologie Santé Publique* 2008; 56:264.
2. Hodgson NF, Stewart TC, Girotti MJ. Autopsies and death certification in deaths due to blunt trauma: what are we missing? *Can J Surg J Can Chir* 2000; 43:130-6.
3. Bonow RH, Barber J, Temkin NR, Videtta W, Rondina C, Petroni G, et al. The Outcome of Severe Traumatic Brain Injury in Latin America. *World Neurosurg* 2018; 111:e82-90.
4. Petroni G, Quaglino M, Lujan S, Kovalevski L, Rondina C, Videtta W, et al. Early prognosis of severe traumatic brain injury in an urban argentinian trauma center. *J Trauma* 2010; 68:564-70.
5. Tagliaferri F, Compagnone C, Korsic M, Servadei F, Kraus J. A systematic review of brain injury epidemiology in Europe. *Acta Neurochir (Wien)* 2006; 148:255-68; discussion 268.
6. Fakhry SM, Trask AL, Waller MA, Watts DD, IRTC Neurotrauma Task Force. Management of brain-injured patients by an evidence-based medicine protocol improves outcomes and decreases hospital charges. *J Trauma* 2004; 56:492-9; discussion 499-500.
7. Chang EF, Meeker M, Holland MC. Acute traumatic intraparenchymal hemorrhage: risk factors for progression in the early post-injury period. *Neurosurgery* 2006; 58:647-56; discussion 647-656.
8. Oertel M, Kelly DF, McArthur D, Boscardin WJ, Glenn TC, Lee JH, et al. Progressive hemorrhage after head trauma: predictors and consequences of the evolving injury. *J Neurosurg* 2002; 96:109-16.
9. Narayan RK, Maas AIR, Servadei F, Skolnick BE, Tillinger MN, Marshall LF, et al. Progression of traumatic intracerebral hemorrhage: a prospective observational study. *J Neurotrauma* 2008; 25:629-39.
10. Servadei F, Murray GD, Penny K, Teasdale GM, Dearden M, Iannotti F, et al. The value of the « worst » computed tomographic scan in clinical studies of moderate and severe head injury. European Brain Injury Consortium. *Neurosurgery* 2000; 46:70-5; discussion 75-77.
11. Iaccarino C, Schiavi P, Picetti E, Goldoni M, Cerasti D, Caspani M, et al. Patients with brain contusions: predictors of outcome and relationship between radiological and clinical evolution. *J Neurosurg* 2014; 120:908-18.
12. Alahmadi H, Vachhrajani S, Cusimano MD. The natural history of brain contusion: an analysis of radiological and clinical progression. *J Neurosurg* 2010; 112:1139-45.
13. Bullock MR, Chesnut R, Ghajar J, Gordon D, Hartl R, Newell DW, et al. Surgical management of traumatic parenchymal lesions. *Neurosurgery* 2006; 58:S25-46; discussion Si-iv.
14. Servadei F, Compagnone C, Sahuquillo J. The role of surgery in traumatic brain injury. *Curr Opin Crit Care* 2007; 13:163-8.
15. Almenawer SA, Bogza I, Yarascavitch B, Sne N, Farrokhyar F, Murty N, et al. The value of scheduled repeat cranial computed tomography after mild head injury: single-center series and meta-analysis. *Neurosurgery* 2013; 72:56-62; discussion 63-64.
16. Chao A, Pearl J, Perdue P, Wang D, Bridgeman A, Kennedy S, et al. Utility of routine serial computed tomography for blunt intracranial injury. *J Trauma* 2001; 51:870-5; discussion 875-876.
17. Connon FF, Namdarian B, Ee JLC, Drummond KJ, Miller JA. Do routinely repeated computed tomography scans in traumatic brain injury influence management? A prospective observational

- study in a level 1 trauma center. *Ann Surg* 2011; 254:1028-31.
18. Dharap SB, Khandkar AA, Pandey A, Sharma AK. Repeat CT scan in closed head injury. *Injury* 2005; 36:412-6.
 19. Figg RE, Burry TS, Vander Kolk WE. Clinical efficacy of serial computed tomographic scanning in severe closed head injury patients. *J Trauma* 2003; 55:1061-4.
 20. Kaen A, Jimenez-Roldan L, Arrese I, Delgado MA, Lopez PG, Alday R, et al. The value of sequential computed tomography scanning in anticoagulated patients suffering from minor head injury. *J Trauma* 2010; 68:895-8.
 21. Kaups KL, Davis JW, Parks SN. Routinely repeated computed tomography after blunt head trauma: does it benefit patients? *J Trauma* 2004; 56:475-80; discussion 480-481.
 22. Sifri ZC, Homnick AT, Vaynman A, Lavery R, Liao W, Mohr A, et al. A prospective evaluation of the value of repeat cranial computed tomography in patients with minimal head injury and an intracranial bleed. *J Trauma* 2006; 61:862-7.
 23. Sifri ZC, Livingston DH, Lavery RF, Homnick AT, Mosenthal AC, Mohr AM, et al. Value of repeat cranial computed axial tomography scanning in patients with minimal head injury. *Am J Surg* 2004; 187:338-42.
 24. Tabori U, Kornecki A, Sofer S, Constantini S, Paret G, Beck R, et al. Repeat computed tomographic scan within 24-48 hours of admission in children with moderate and severe head trauma. *Crit Care Med* 2000; 28:840-4.
 25. Velmahos GC, Gervasini A, Petrovick L, Dorer DJ, Doran ME, Spaniolas K, et al. Routine repeat head CT for minimal head injury is unnecessary. *J Trauma* 2006; 60:494-9; discussion 499-501.
 26. Washington CW, Grubb RL. Are routine repeat imaging and intensive care unit admission necessary in mild traumatic brain injury? *J Neurosurg* 2012; 116:549-57.
 27. Anandalwar SP, Mau CY, Gordhan CG, Majmundar N, Meleis A, Prestigiacomo CJ, et al. Eliminating unnecessary routine head CT scanning in neurologically intact mild traumatic brain injury patients: implementation and evaluation of a new protocol. *J Neurosurg* 2016; 125:667-73.
 28. Rosen CB, Luy DD, Deane MR, Scalea TM, Stein DM. Routine repeat head CT may not be necessary for patients with mild TBI. *Trauma Surg Acute Care Open* 2018; 3:e000129.
 29. Van Ornam J, Pruitt P, Borczuk P. Is repeat head CT necessary in patients with mild traumatic intracranial hemorrhage. *Am J Emerg Med* 2019; 37:1694-98.
 30. Bee TK, Magnotti LJ, Croce MA, Maish GO, Minard G, Schroepfel TJ, et al. Necessity of repeat head CT and ICU monitoring in patients with minimal brain injury. *J Trauma* 2009; 66:1015-8.
 31. Brown CVR, Zada G, Salim A, Inaba K, Kasotakis G, Hadjizacharia P, et al. Indications for routine repeat head computed tomography (CT) stratified by severity of traumatic brain injury. *J Trauma* 2007; 62:1339-44; discussion 1344-1345.
 32. Park H-K, Joo W-I, Chough C-K, Cho C-B, Lee K-J, Rha H-K. The clinical efficacy of repeat brain computed tomography in patients with traumatic intracranial haemorrhage within 24 hours after blunt head injury. *Br J Neurosurg* 2009; 23:617-21.
 33. Thomas BW, Mejia VA, Maxwell RA, Dart BW, Smith PW, Gallagher MR, et al. Scheduled repeat CT scanning for traumatic brain injury remains important in assessing head injury progression. *J Am Coll Surg* 2010; 210:824-30, 831-2.
 34. Beckmann U, Gillies DM, Berenholtz SM, Wu AW, Pronovost P. Incidents relating to the intra-hospital transfer of critically ill patients. An analysis of the reports submitted to the Australian Incident Monitoring Study in Intensive Care. *Intensive Care Med* 2004; 30:1579-85.

35. Damm C, Vandelet P, Petit J, Richard J-C, Veber B, Bonmarchand G, et al. [Complications during the intrahospital transport in critically ill patients]. *Ann Fr Anesth Reanim* 2005; 24:24-30.
36. Evans A, Winslow EH. Oxygen saturation and hemodynamic response in critically ill, mechanically ventilated adults during intrahospital transport. *Am J Crit Care Off Publ Am Assoc Crit-Care Nurses* 1995; 4:106-11.
37. Parmentier-Decrucq E, Poissy J, Favory R, Nseir S, Onimus T, Guerry M-J, et al. Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients: incidence and risk factors. *Ann Intensive Care* 2013; 3:10.
38. Schwebel C, Clec'h C, Magne S, Minet C, Garrouste-Orgeas M, Bonadona A, et al. Safety of intrahospital transport in ventilated critically ill patients: a multicenter cohort study*. *Crit Care Med* 2013; 41:1919-28.
39. Marshall LF, Marshall SB, Klauber MR, Clark M van B, Eisenberg HM, Jane JA, et al. A new classification of head injury based on computerized tomography. *J Neurosurg* 1991; 75:S14-20.
40. Brown CVR, Weng J, Oh D, Salim A, Kasotakis G, Demetriades D, et al. Does routine serial computed tomography of the head influence management of traumatic brain injury? A prospective evaluation. *J Trauma* 2004; 57:939-43.
41. Smith JS, Chang EF, Rosenthal G, Meeker M, von Koch C, Manley GT, et al. The role of early follow-up computed tomography imaging in the management of traumatic brain injury patients with intracranial hemorrhage. *J Trauma* 2007; 63:75-82.
42. Roberson FC, Kishore PR, Miller JD, Lipper MH, Becker DP. The value of serial computerized tomography in the management of severe head injury. *Surg Neurol* 1979; 12:161-7.
43. Lee TT, Aldana PR, Kirton OC, Green BA. Follow-up computerized tomography (CT) scans in moderate and severe head injuries: correlation with Glasgow Coma Scores (GCS), and complication rate. *Acta Neurochir (Wien)* 1997; 139:1042-7; discussion 1047-1048.
44. da Silva PSL, Reis ME, Aguiar VE. Value of repeat cranial computed tomography in pediatric patients sustaining moderate to severe traumatic brain injury. *J Trauma* 2008; 65:1293-7.
45. Asehnoune K, Balogh Z, Citerio G, Cap A, Billiar T, Stocchetti N, et al. The research agenda for trauma critical care. *Intensive Care Med* 2017; 43:1340-51.
46. Cooper DJ, Nichol AD, Bailey M, Bernard S, Cameron PA, Pili-Floury S, et al. Effect of Early Sustained Prophylactic Hypothermia on Neurologic Outcomes Among Patients With Severe Traumatic Brain Injury: The POLAR Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2018; 320:2211-20.
47. Wang MC, Linnau KF, Tirschwell DL, Hollingworth W. Utility of repeat head computed tomography after blunt head trauma: a systematic review. *J Trauma* 2006; 61:226-33.
48. Brown CVR, Zada G, Salim A, Inaba K, Kasotakis G, Hadjizacharia P, et al. Indications for routine repeat head computed tomography (CT) stratified by severity of traumatic brain injury. *J Trauma* 2007; 62:1339-44; discussion 1344-1345.
49. Mornex R, Bégue P, Dubois F, Dubousset J, Maquart FX, Nicolas G, et al. Améliorer la pertinence des stratégies médicales. *Bull Académie Natl Médecine* 2013; 197:1033-49.
50. Zampieri FG, Einav S. When will less monitoring and diagnostic testing benefit the patient more? *Intensive Care Med* 2019 *in press*.
51. Stearley HE. Patients' outcomes: intrahospital transportation and monitoring of critically ill patients by a specially trained ICU nursing staff. *Am J Crit Care Off Publ Am Assoc Crit-Care Nurses* 1998; 7:282-7.
52. Chesnut RM, Marshall SB, Piek J, Blunt BA, Klauber MR, Marshall LF. Early and late systemic

- hypotension as a frequent and fundamental source of cerebral ischemia following severe brain injury in the Traumatic Coma Data Bank. *Acta Neurochir Suppl (Wien)* 1993; 59:121-5.
53. Manley G, Knudson MM, Morabito D, Damron S, Erickson V, Pitts L. Hypotension, hypoxia, and head injury: frequency, duration, and consequences. *Arch Surg Chic Ill* 1960 2001; 136:1118-23.
 54. Miller JD, Sweet RC, Narayan R, Becker DP. Early insults to the injured brain. *JAMA* 1978; 240:439-42.
 55. Murray GD, Butcher I, McHugh GS, Lu J, Mushkudiani NA, Maas AIR, et al. Multivariable prognostic analysis in traumatic brain injury: results from the IMPACT study. *J Neurotrauma* 2007; 24:329-37.
 56. Utomo WK, Gabbe BJ, Simpson PM, Cameron PA. Predictors of in-hospital mortality and 6-month functional outcomes in older adults after moderate to severe traumatic brain injury. *Injury* 2009; 40:973-7.
 57. Marant-Micallef C, Shield KD, Vignat J, Cléro E, Kesminiene A, Hill C, et al. The risk of cancer attributable to diagnostic medical radiation: Estimation for France in 2015. *Int J Cancer* 2019; 144:2954-63.
 58. Lehot Jj, Clec'h C, Bonhomme F, Brauner M, Chemouni F, de Mesmay M, et al. Pertinence de la prescription des examens biologiques et de la radiographie thoracique en réanimation RFE commune SFAR-SRLF. *Médecine Intensive Réanimation* 2016; 28:172-89.
 59. Hejblum G, Chalumeau-Lemoine L, loos V, Boëlle P-Y, Salomon L, Simon T, et al. Comparison of routine and on-demand prescription of chest radiographs in mechanically ventilated adults: a multicentre, cluster-randomised, two-period crossover study. *Lancet Lond Engl* 2009; 374:1687-93.
 60. Le Maguet P, Asehnoune K, Autet LM, Gaillard T, Lasocki S, Mimoz O, et al. Transitioning from routine to on-demand test ordering in intensive care units: a prospective, multicentre, interventional study. *Br J Anaesth* 2015; 115:941-2.

ANNEXES

Annexe 1 : Classification de Marshall

Grade I	Pas de lésion visible sur la TDM cérébrale
Grade II	Citernes de la base présentes ET déplacement de la ligne médiane \leq 5mm ET lésion dense < 25 mL
Grade III (gonflement cérébral)	Citernes de la base comprimées ET déplacement de la ligne médiane \leq 5mm ET lésion dense < 25 mL
Grade IV (engagement)	Déplacement de la ligne médiane > 5mm ET lésion dense < 25 mL
Grade V	Toute lésion évacuée chirurgicalement
Grade VI	Lésion dense > 25 mL non évacuée

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie
d'HIPPOCRATE.

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la
Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou
leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les
lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.
Je ne trahirai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma
conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne
provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes
compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois
couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Performing a repeat brain computed tomography (CT) scan is a widespread practice during initial management of severe traumatic brain injured patients (TBI), but its interest in treatment decision-making is unclear.

OBJECTIVE: To evaluate the therapeutic value of repeat brain CT scan in a population of severe TBI patients with invasive monitoring of intracranial pressure (ICP).

PATIENTS AND METHODS: We conducted a 4-year retrospective observational study including all severe TBI patients (Glasgow coma score ≤ 8) with invasive ICP monitoring and who underwent repeat brain CT scan during the First 48 hours. We dichotomized the patients according to whether they had the repeat CT scan routinely or motivated by a neurological degradation and compared these two populations. The primary endpoint was the modification of neurological management (osmotherapy or neurosurgery) after performing the repeat brain CT scan.

RESULTS: We included 127 patients, 25 (20%) received a motivated brain CT scan and 102 (80%) a routine brain CT scan. Both groups were comparable in terms of Glasgow coma scores and IGS2, and on the use of drugs interfering with coagulation. Patients in the motivated brain CT scan group presented more intracranial hypertension at baseline (56% vs. 28%, $p = 0.01$), needed more osmotherapy (68% vs. 41%, $p = 0.02$), and had higher Marshall scores on both CT scan. None of the patients in the routine CT scan group underwent a therapeutic intervention following this scan, compared to 4 patients (16%) in the motivated CT group ($p < 0.01$).

CONCLUSION: After severe head injury, the systematic brain CT scan does not involve any therapeutic modification as opposed to a brain CT scan motivated by a neurological degradation.

KEYWORDS

Severe traumatic brain injury; TBI; computed tomography scan; routine; head.