



## Traumatisme crânien sous AVK

Docteur Eric ROUSSEL  
SMUR-Urgences-UHCD  
CH Lucien HUSSEL - VIENNE

Patient de 58 ans, exploitant agricole

Antécédents :

RAA dans l'enfance

HTA

Dyslipidémie

ACFA depuis 2010

RVM en 2012 (valve mécanique)

Traitement :

METOPROLOL 100 : 1.0.1

SPIRONOLACTONE ALTIZIDE 25/15 : 1.0.0

FLUINDIONE : Selon INR (objectif entre 2,5 et 3,5)

SIMVASTATINE 20 : 0.0.1

Le 11/12/2015, vers 10h00, chute en descendant d'un engin agricole;  
impact frontal sur sol caillouteux

Accident devant témoin ; TC avec PC de 5mn

Confusion à la PEC par les pompiers ; réactif à la voix

Transport au CH Vienne avec collier et matelas coquille.

Examen initial :

CGS=12 (E2V4M6)

TA=164/91 ; FC entre 70 et 90 (scope) ; SaO2=96% (AA)

Confusion persistante ; Hématome frontal D + dermabrasion

Céphalées, douleurs cervicales, difficultés de mobilisation

Pupilles OK ; pas de signe de focalisation

ECG : ACFA ; INR la semaine précédente = 2,9

1. TDMc sans injection
2. Autre TDM
3. Réalisation d'un bilan biologique avec INR
4. Réversion immédiate des AVK
5. Autre mesure thérapeutique

Résultats du scanner crâne + cervicales sans injection :

-Hématome superficiel lobaire frontal D de 2 cm de diamètre sans retentissement sur les structures de voisinage. Quelques pétéchies millimétriques (2 en frontal G et 1 occipitale G).

-Pas de saignement intra ventriculaire

-Pas d'HSD ou HED

-Pas de lésion osseuse traumatique cérébrale ou cervicale

Résultats télétransmis par le service de radiologie au neurochirurgien, qui ne retient pas d'indication chirurgicale

De retour en SAUV, l'INR est à 5,1  
On décide d'une réversion des AVK

Quelle(s) proposition(s) retenez-vous ?

1. Dose de CCP de 25 UI/Kg de facteur IX (soit 1 ml/kg)
2. Administration de 10 mg de VITAMINE K1
3. La réversion doit être réalisée dans les 2 heures.
4. Objectif thérapeutique : INR inférieur à 3,5
5. Le CCP est débuté à la vitesse de 1 ml/mn puis 2 à 4 ml/mn

1. Contrôle de l'INR dès la fin de la perfusion de CCP et à H6
2. Surveillance en unité de soins continus conventionnelle
3. Protocole de contrôle tensionnel
4. Perfusion de mannitol
5. Avis cardiologique pour reprise de la décoagulation
6. TDMc à H24 (ou avant si aggravation clinique)

Principaux paramètres à prendre en compte pour la reprise de la décoagulation :

Gravité du saignement

Indication des AVK

Taille et localisation du saignement

Tolérance clinique

Evolution

Modalités de reprise de la décoagulation



## TAKE HOME MESSAGE

### Saignement intra-crânien sous AVK

- L'urgence à la PEC : Imagerie et Biologie (INR)
- Protocole réversion (1 ml/kg CCP + 10 mg Vitamine K1)
- Contrôle de l'efficacité de la réversion (H0 et H6)
- Avis chirurgical et surveillance en milieu approprié
- Autres mesures thérapeutiques (TA, O2, CGR, chirurgie, ...)

Question de la reprise de la décoagulation ????