



PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DE LA COMMOTION CEREBRALE

Changement d'intitulé du protocole

Le protocole ne s'appelle plus PSCA (Pitchside Suspected Concussion Assessment) mais HIA pour *Head Injury Assessment*. La raison de ce changement est de réaffirmer plus fortement encore que ce protocole a été créé pour aider les praticiens aux contact des joueurs à appliquer la seule règle qui prévaut dans ce contexte, à savoir d'ordonner la sortie définitive des joueurs devant toute suspicion de commotion cérébrale ; et de réaffirmer l'intérêt clinique de ce protocole qui apporte aux praticiens, dans sa partie initiale (HIA-O1), un guide d'examen neurologique au bord du terrain leur permettant de détecter de façon la plus « objective » possible des signes pouvant faire suspecter un dysfonctionnement cérébral à la suite d'un impact crânien ou une situation de jeu particulière où la suspicion de commotion n'est pas évidente. Le protocole réalisé au bord du terrain ne consiste pas à confirmer ou infirmer un diagnostic devant une suspicion de commotion cérébrale (la seule suspicion demandant une sortie définitive du joueur) mais de rechercher des signes ou des symptômes pouvant faire suspecter ce diagnostic dans les circonstances où cela n'est pas évident, devant un impact crânien en particulier d'où cette nouvelle appellation.

Critères de sortie définitive

9 circonstances demandant la sortie immédiate et définitive du joueur sans nécessité d'évaluation initiale particulière ont été précisées :

1. **Perte de connaissance** définie par
 1. Aucune réponse aux ordres simples
 2. Yeux fermés
 3. Aucun mouvement (en dehors de mouvements réflexes)

2. **Suspicion de perte de connaissance** définie par
 1. Hypotonie cervicale observée juste après l'impact
 2. Le joueur est immobile au sol, les yeux fermés à l'arrivée des premiers secours
 3. La perte de connaissance est rapportée par les premiers témoins (joueurs, arbitres, kiné)

3. **Ataxie** définie, dans un contexte de suspicion de commotion cérébrale, par le comportement du joueur qui doit être aidé:
 1. pour se relever (parfois retombe)
 2. pour tenir debout de façon stable
 3. pour marcher normalement et de façon stable, en particulier les premiers pas

4. Clairement hébété, « sonné »

1. Regard « vague »
2. Regard errant
3. Semble ne pas accorder d'attention aux personnes qui lui parlent

5. Clairement confus

1. Propos inappropriés
2. Répète les mêmes choses

6. Désorienté temps, lieu, personnes

Sans nécessairement réaliser une évaluation standardisée (score de Maddoks), les premiers secours arrivés près du joueur relèvent des propos anormaux sur l'identité des personnes qui l'entourent, et/ou sur le lieu où il se trouve, et/ou sur son orientation temporelle (date, décours nyctéméral, décours du match)

7. Changement de comportement évident

1. Agitation
2. Exécute des actions inappropriées

8. Convulsions

Contractions musculaires involontaires stéréotypées, brusques et répétitives d'un membre, d'un hémicorps voire des quatre membres

9. Crises toniques posturales

Réflexes toniques du cou (réflexes archaïques retrouvés chez le nouveau-né) dont la réapparition témoignent d'un dysfonctionnement passager du tronc cérébral. En fonction du déplacement du cou lors de l'impact, on peut observer l'un des réflexes suivants (ou une combinaison d'entre eux) :

- Réflexe tonique asymétrique du cou : la rotation du cou induite par l'impact entraîne l'extension persistante (quelques secondes) du membre supérieur du même côté et la flexion du membre supérieur du côté opposé
- Réflexe tonique symétrique du cou :
 - La flexion du cou induite par l'impact entraîne la flexion des membres supérieurs et l'extension des membres inférieurs
 - L'extension du cou induite par l'impact entraîne une extension des membres supérieurs et une flexion des membres inférieurs

Critères de recours à une évaluation au bord du terrain « HIA-01 »

4 circonstances demandant la sortie temporaire pour évaluation neurologique au bord du terrain ont été précisées :

- 10. Traumatisme crânien sans élément évident en faveur d'une commotion cérébrale**
- 11. J'ai un doute sur le comportement du joueur**
- 12. Confusion possible**
- 13. Observation d'un évènement dangereux pouvant potentiellement provoquer une commotion cérébrale**
- 14. Autre**

Modalités de passation du test HIA-01

Le nouveau protocole HIA-01 reprend les éléments du protocole PSCA-01 en y ajoutant certains items du SAC (Standardized Assessment of Concussion) dont il a été démontré que la sensibilité était d'autant plus importante qu'il était réalisé dans un délai le plus court possible après l'évènement traumatique (McCrea, neurosurgery 2002). Trois modifications significatives :

- Le temps de passation passe de 5 à 10 minutes
- Au test précédent sont ajoutés les 5 mots (mémoire immédiate et mémoire différée) et les chiffres en empan envers
- Le test du tandem est remplacé par la marche en tandem qui semblerait plus sensible
- Le formulaire HIA-01 est disponible sur le site de de World Rugby (<http://playerwelfare.worldrugby.org/>) en anglais, français, italien, espagnol, portugais et japonais

Le test HIA-02

Tous les joueurs, qu'ils soient sortis immédiatement ou qu'ils soient testés par l'évaluation au bord du terrain (HIA-01) et quel qu'en soit le résultat, doivent être évalués par le test HIA-02 (qui remplace le test PSCA-02 sans modification) dans les trois heures après le match, soit avant de quitter le stade. Ce test permet au médecin de réévaluer l'examen neurologique du joueur une fois le match terminé, ce qui est une aide au diagnostic.

Le test HIA-03

Tous les joueurs sortis immédiatement ou testés par l'évaluation au bord du terrain (HIA-01) et quel qu'en soit le résultat doivent être vu par le référent commotion au mieux après deux nuits de repos après le match (évaluation à 48h). C'est à ce moment qu'est établi le diagnostic de la commotion cérébrale et sa sévérité. Le test HIA-03 comprend l'évaluation à 48h identique à celle réalisée les années précédentes avec l'ajout du HIA-03 correspondant au PSCA-03 au contenu inchangé.

Il est important de comprendre que cette évaluation consiste essentiellement à faire la synthèse des 48h écoulées après le match. En plus du test SAC est réalisé un score des symptômes survenus depuis le match jusqu'à l'évaluation à 48h. Pour chaque symptôme il faut noter s'il est survenu dans la période des 48h, le maximum d'intensité à laquelle il est monté, le moment où il est apparu, sa durée et s'il est toujours présent (et dans ce cas avec quelle intensité) à 48h.

Le joueur est déclaré commotionné si:

- Commotion immédiate : Le joueur est symptomatique jusqu'au soir du match (critère de sortie immédiate ou HIA-01 positif +/- HIA-02 positif) ; (HIA-01 négatif mais HIA-02 positif) puis est ensuite asymptomatique (aucun symptôme ou signe au moment du HIA-03)
- commotion prolongée : Le même joueur est toujours symptomatique à 48h
- Commotion évolutive avec l'ajout de signes ou de symptômes dans le bilan à 48h comparé aux signes et symptômes initiaux (HIA-01 et HIA-02).

Le joueur est déclaré non commotionné si les trois évaluations sont toutes négatives et si l'ensemble de l'évaluation clinique est comparable à l'évaluation présaison. Il est important de noter que le diagnostic de non commotion ne peut pas être porté **avant 48 h**.

Avant de déclarer un joueur non commotionné, il est nécessaire également de s'assurer de sa parfaite compréhension du phénomène et de sa coopération sincère en lui réexpliquant les risques potentiels d'une commotion cérébrale négligée, et surtout de sa répétition. Il est donc indispensable de s'assurer qu'il se déclare lui-même à 100% de ses capacités, sans réserve avant de le déclarer non commotionné. Il est même toujours possible de lui demander de signer un document attestant qu'il a bien reçu toutes les informations nécessaires concernant la commotion, son histoire naturelle et ses risques potentiels et qu'il déclare n'avoir présenté aucun signe ou symptôme en faveur d'une commotion cérébrale.

Age

Après concertation, il est décidé de descendre la limite d'âge de 20 à 18 ans devant l'absence d'argument scientifique formel pour déterminer précisément cette limite. La seule recommandation de l'IRB est la stricte nécessité de protéger les enfants et les adolescents en leur imposant un minimum de deux semaines de repos après une commotion cérébrale. Aucune précision n'est apportée sur la limite d'âge entre adolescence et âge adulte. Mettre la limite d'âge à 18 ans nous permet d'être en adéquation avec le limite civile de majorité en dessous de laquelle il est important de protéger les jeunes gens jusqu'à ce qu'ils deviennent majeurs. Ceci permet également d'être en adéquation avec les pratiques des autres nations dans le cadre des compétitions internationales.

Il est important dans tous les cas de rappeler en permanence la stricte application des deux règles qui sont :

1. Toute suspicion de commotion doit conduire à la sortie définitive du match ou de l'entraînement
2. Pas de retour au match ni à l'entraînement tant que les symptômes persistent.

Pour résumer : dès que le joueur atteint ses 18 ans les consignes de prise en charge sont identiques à celles appliquées aux adultes. Avant 18 ans, la règle des trois semaines doit être appliquée strictement (3 week-end sans compétition). La prudence et le discernement médical prévaut car la physiologie est parfois décalée par rapport à l'âge civil et la limite peut être « augmentée » au-delà de 18 ans si la physiologie du joueur semble le demander. En aucun cas la limite ne peut être abaissée.

Le protocole de retour au jeu

Après chaque commotion doit être appliqué le protocole de reprise par paliers tel qu'il est décrit clairement dans le document de World Rugby : « Concussion Guidance for the General Public » disponible en français sur le site : <http://playerwelfare.worldrugby.org/>

La consultation dite de retour au jeu

Lorsqu'un joueur a été déclaré commotionné, une consultation spécialisée doit être prévue dans tous les cas à la fin de du protocole de reprise par paliers afin de s'assurer de la bonne application du dit protocole et de l'absence de toute contre-indication d'ordre neurologique à la reprise du rugby. Cette évaluation doit être organisée pour tous les joueurs professionnels, des centres de formation et des sélections nationales. C'est lors de cette consultation que sont repris les tests neuropsychologiques (TMT et code) qui sont réalisés lors de l'évaluation présaison.

Répétition des commotions

Les règles concernant la répétition des commotions doivent être appliquées strictement et sans dérogation possible.

Dans une période de 12 mois :

- La survenue d'une deuxième commotion impose la règle des 3 semaines d'arrêt avec un minimum incompressible de 2 week-ends sans match.
- La survenue d'une troisième commotion impose un arrêt de trois mois avec une évaluation par deux experts avant d'autoriser la reprise.

Evaluations présaisons

Les évaluations doivent être répétées tous les ans, pour tous les joueurs professionnels, des centres de formation et des sélections nationales

- La fonction d'une évaluation présaison est triple:
 1. Informer le joueur sur les dangers de la commotion (en évoquant les conséquences tardives : troubles de l'humeur, troubles cognitifs potentiels) et les mesures préventives à adopter en insistant sur les règles suivantes :
 - Toute suspicion doit impérativement conduire à la sortie immédiate et définitive du match ou de l'entraînement
 - Pas de reprise du jeu ou de l'entraînement tant que le joueur est symptomatique
 - Jouer avec son cerveau et non avec sa tête.
 - Attention à la répétition des commotions sur un laps de temps trop rapproché
 2. Établir un score de références des différents tests neurologiques
 3. assurer un suivi neurologique longitudinal

Dans la mesure où le test d'équilibre dit de la marche en tandem a été inclus dans le test HIA1, il est important de le réaliser lors de l'évaluation présaison. Les 4 essais de marche en tandem (pieds non chaussés) sont réalisés et le score le meilleur des 4 essais est retenu. Les trois autres tests d'équilibre statique (double appui, simple appui et tandem) sont maintenus.