

Recommandations de bonne pratique pour les troubles du Comportement après traumatisme cérébral : Thérapeutiques médicamenteuses, une mise à jour.



Guideline for the management of behavioral disorders in traumatic brain injury: Medications, an update.

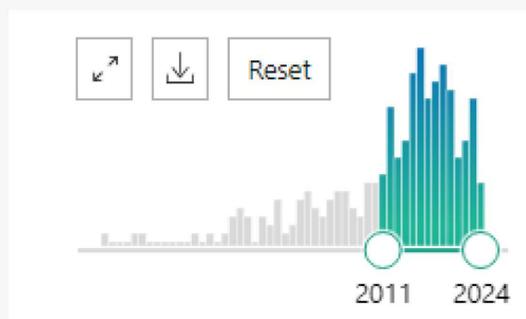
D Plantier¹, J Luauté², L Wiart³

¹ Service de Médecine Physique et Réadaptation, hôpital René Sabran, CHU de Lyon
² Service de Médecine Physique et Réadaptation, hôpital Henry Gabrielle, CHU de Lyon.
³ Service de Médecine Physique et Réadaptation, CHU de Bordeaux.



Introduction - Objectifs

Les recommandations de bonne pratique de 2013 publiées en 2016 sur la prise en charge médicamenteuse des troubles du comportement après traumatisme cérébral ont été établies sur la base de références bibliographiques étalées de janvier 1990 à février 2012, L'objectif de cette recherche est de mettre à jour ces recommandations jusqu'à mai 2024,



Méthode

Consultation des bases de données Cochrane, PubMed, Embase. La consultation est orientée vers les troubles du comportement et les médicaments déjà étudiés lors du travail de 2012. Equation principale : *traumatic brain injury and drugs and behaviour*, Sélection des articles de 2011 à 2024, 185 articles – Lecture des titres puis si nécessaire des résumés puis le corps du texte selon la méthodologie HAS – sélection de 18 articles.

Agitation, Irritabilité, agressivité, violence

Propranolol : Première intention. Action sur l'intensité pas sur la fréquence des troubles, réduction des mesures de contention. Dès la phase aiguë. 40 à 80 mg, plus rarement 120 mg/jour
Brooke MM 1992, Grade B

Amantadine : très étudiée, résultats mixtes, risque d'augmentation de l'agitation en phase initiale ou à fortes doses.

Régulateurs de l'humeur : seconde intention. **Valproate, acide valproïque** : niveaux de preuve limités mais utilisation recommandée **Carbamazépine** : son utilisation est remise en cause **Hammond F, Zafonte RD, 2020, grade A.** **Lamotrigine** : peu d'élément de preuve mais de plus en plus utilisé, prometteuse ?

Benzodiazépines : éviter car sédatives, addictives, amnésiantes... En cas d'utilisation, préférer une demi vie d'élimination courte (Oxazépam),

Neuroleptiques: seconde intention. allongent la durée de l'amnésie post traumatique, diminuent la récupération motrice et cognitive (halopéridol, risperidone... Préférer **olanzapine**, le plus étudié, n'interférerait pas avec la récupération, (moins de propriété antagoniste D2). Aripiprazole, quetiapine : quelques cas rapportés.

Le tramadol pourrait augmenter l'agitation en phase initiale
S Mahmood et al. 2015, grade B.

Dépression – Manie – Troubles obsessionnels Compulsifs (TOC)

Dépression : les résultats sont contradictoires, la **sertraline** a le plus haut niveau de preuve. **Grade B Barapareddy BR, 2020.**

Manie : peu fréquent après TC, **Valproate, olanzapine, quetiapine.** Faibles niveaux de preuve. **Li AD, 2023,**

TOC : **sertraline** et ISRS Faibles niveaux de preuve. **Wilson AJ, 2024,**

Apathie, manque d'initiative

Très peu d'études, efficacité possible des produits dopaminergiques comme le **méthylphénidate, l'amantadine,** la **bromocriptine** ou produits sérotonergiques comme **fluvoxamine** et **fluoxétine.**

Lévétiracétam

Recommandation 61 : ce produit doit être évité en raison de troubles du comportement et de l'humeur fréquemment induit (Accord d'Experts). En phase de soins critiques, il pourrait augmenter l'agitation (**Strein M et Al. 2023, grade B**); la méta-analyse de 2022 démontre une NON efficacité en prophylaxie des crises après TC SAUF si un geste de neurochirurgie a été réalisé (**Fang T et al. 2022, grade A**)

Discussion - Conclusions

Les prescriptions médicamenteuses doivent s'inscrire dans une prise en charge globale de la personne dans le cadre des recommandations de 2013 dans leur ensemble. Il n'y a pas de preuve suffisante pour développer des traitements standardisés dans la prise en charge médicamenteuse de l'agressivité, l'agitation, l'irritabilité, l'impulsivité, l'apathie, la dépression (...) après traumatisme cérébral (1-2) mais la recherche de 2024 apporte des arguments nouveaux et plus aboutis pour la prise en charge des troubles du comportement de ces personnes. Les niveaux de preuves restent faibles et méritent des essais contrôlés ou la concertation d'avis d'experts et l'élaboration de parcours patient.

¹Williamson D, Frenette AJ, Burry LD, Perreault M, Charbonney E, Lamontagne F, Potvin MJ, Giguère JF, Mehta S, Bernard F. Pharmacological interventions for agitated behaviours in patients with traumatic brain injury: a systematic review. *BMJ Open.* 2019 Jul 9;9(7):e029604..

²Rahmani E, Lemelle TM, Samarbafzadeh E, Kablinger AS. Pharmacological Treatment of Agitation and/or Aggression in Patients With Traumatic Brain Injury: A Systematic Review of Reviews. *J Head Trauma Rehabil.* 2021 Jul-Aug 01;36(4):E262-E283.