

29 jan 2026 -00:01

Des pistes pour réduire le nombre de CT-scans après un traumatisme crânien léger

Une bonne évaluation des patients qui se présentent aux urgences après un traumatisme crânien léger est absolument cruciale pour s'assurer qu'ils ne présentent pas de lésion cérébrale. Même si ce cas de figure est rare, l'évaluation dans notre pays repose souvent sur un scanner, un examen d'imagerie qui expose les patients aux rayons X et a un coût non négligeable. Heureusement, des outils décisionnels validés (« algorithmes cliniques ») permettent de réaliser un premier tri sur la base des symptômes et des caractéristiques du patient, et d'éviter ainsi une partie des scanners inutiles. Des tests sanguins pourraient réduire encore plus le recours à l'imagerie. Dans cette nouvelle étude, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) s'intéresse à la performance d'un nouveau test de ce type et à son potentiel concret dans le contexte belge. Conclusion ? Le test fonctionne bien pour exclure la présence d'une lésion cérébrale. Il n'est toutefois officiellement autorisé qu'en complément de l'évaluation clinique, pas comme outil isolé. C'est également indispensable si l'on veut qu'il ait une valeur ajoutée en termes de réduction des scanners. L'adoption d'un algorithme est donc un prérequis indispensable à l'intégration de ce test sanguin dans la pratique clinique en Belgique.

Une chute, un usager faible heurté par une voiture, un accident sur un chantier... en Belgique, on dénombre chaque année environ 40 000 traumatismes crâniens, provoqués par un choc ou un mouvement brutal de la tête. L'immense majorité des cas (70 à 90%) sont heureusement sans gravité, mais il arrive exceptionnellement qu'on observe une lésion plus sérieuse. Une atteinte du cerveau pourra nécessiter une opération et débouchera parfois même sur un décès. Il est donc crucial de ne pas passer à côté.

L'imagerie pas toujours nécessaire

Le scanner (CT-scan) de la tête est l'examen le plus fiable pour identifier ou exclure une lésion du cerveau après un traumatisme crânien. Néanmoins, cet examen a un coût et il accroît aussi légèrement le risque de cancer à cause de l'exposition aux rayons X. C'est la raison pour laquelle il n'est pas réalisé de façon systématique après un traumatisme léger, où le risque de complications sérieuses est faible.

Plusieurs outils décisionnels validés (des « algorithmes cliniques ») permettent de déterminer si on peut se passer d'un scanner dans ce cas de figure ou si la prudence reste de mise, par exemple en raison de symptômes préoccupants, de certaines caractéristiques du patient (notamment l'âge ou l'état de santé) ou des circonstances de l'accident. Les algorithmes ont été abondamment testés dans la pratique clinique, et cette approche semble sûre.

La piste des tests sanguins

Les algorithmes cliniques sont capables d'identifier correctement une partie (30 à 40%) des patients qui n'ont pas besoin d'un scanner, mais pas tous. Une piste intéressante pour réduire encore le groupe qui subsiste après ce premier tri est d'utiliser des tests basés sur des signaux envoyés par certaines cellules cérébrales et mesurables dans le sang - ce que l'on appelle des « biomarqueurs ».

Il y a une dizaine d'années, le KCE avait déjà formulé des recommandations concernant l'utilisation et le remboursement d'un premier test sanguin dans notre pays. Dans cette nouvelle étude, il s'est intéressé à

un nouveau produit basé sur la combinaison de deux biomarqueurs (les protéines GFAP et UCH-L1), qui présente certains avantages par rapport à celui qui existait déjà (notamment un délai d'utilisation moins contraignant).

Les données de la littérature confirment qu'un résultat rassurant (négatif) est presque toujours correct et que le nouveau test « rate » donc très peu de lésions cérébrales, ce qui est évidemment le plus important. Par contre, il n'est pas très spécifique : un résultat positif peut indiquer une lésion cérébrale, mais aussi toute une série d'autres problèmes, ce qui limite sa capacité à confirmer la présence d'une lésion intracrânienne. Un scanner reste donc nécessaire chez les patients présentant un test positif. Ce manque de spécificité est particulièrement marqué dans certaines populations, et en particulier chez les séniors.

Le fossé entre la théorie et la pratique

Par ailleurs, une enquête réalisée auprès des services d'urgence belges dans le cadre de cette étude révèle que les tests sanguins basés sur les biomarqueurs restent globalement mal connus, n'inspirent pas pleinement confiance et sont peu utilisés dans ce contexte. Ils ne sont pas non plus remboursés par l'INAMI pour le moment. La majorité des services d'urgence utilisent par contre un ou plusieurs algorithmes ou autres outils cliniques pour évaluer la nécessité d'un scanner, mais le recours à ce dernier semble malgré tout rester fréquent (même si les chiffres varient beaucoup d'un hôpital à l'autre), en particulier chez les patients adultes¹.

Une série de facteurs contribuent à cette situation : le scanner peut généralement être réalisé très rapidement (l'appareil est disponible sur place dans une bonne partie des services d'urgence), il offre une certitude et une sécurité maximales et, contrairement aux tests basés sur des biomarqueurs, il est remboursé par l'assurance maladie.

L'algorithme clinique, un premier pas incontournable

Il est important de souligner que les tests GFAP + UCH-L1 n'ont été officiellement approuvés qu'en complément de l'évaluation clinique et ne peuvent donc pas être utilisés de manière isolée. Si le but est de réduire le nombre de scanners inutiles sur le terrain, il est aussi indispensable de soigneusement sélectionner les patients qui bénéficieront du test en s'appuyant sur un algorithme clinique. Si un scanner est de toute façon indiqué, il n'y a évidemment aucun bénéfice médical ou économique à le faire précéder d'un test de biomarqueurs. De même, dans les populations où le test présente une spécificité particulièrement faible (p.ex. personnes âgées), sa capacité à réduire le nombre de scanners est plus limitée.

Enfin, l'impact (y compris financier) des biomarqueurs dépendra aussi beaucoup de ce qui se passerait après un résultat négatif. Le patient serait-il renvoyé chez lui ? Placé en observation ? Combien de scanners seraient-ils réalisés malgré tout « pour être sûr » ? Nous n'avons pas (encore) les réponses, mais il est certain qu'elles peuvent complètement changer la donne. Une évaluation de la valeur ajoutée des tests en conditions réelles en Belgique serait donc très précieuse.

1. Le risque oncologique du CT-scan pèse d'autant plus lourd que le patient est jeune. En cas de doute, la mise en observation est donc souvent préférée à l'imagerie chez les enfants.

Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Centre Administratif du Botanique, Door Building (10ème étage)
Boulevard du Jardin Botanique 55
1000 Bruxelles
Belgique
+32 2 287 33 88 (nl) /+32 2 287 3354 (fr)
<http://kce.fgov.be>

Gudrun Briat
Communication scientifique
+32 475 274 115
press@kce.fgov.be