

MODALITES D'ORGANISATION DES TRANSFERTS IN UTERO

Définition

Un TIU est l'orientation d'une patiente pour son accouchement d'une maternité vers une autre maternité dont le niveau de soins est adapté à son état de santé et/ou à celui de son futur bébé. Cette définition inclut les retransferts, les départs du domicile de la patiente, les transferts par manque de place.

Cette définition exclut les transferts pour convenance personnelle de la patiente.

Motifs de TIU

Le TIU est indiqué dès qu'il existe une pathologie maternelle et/ou fœtale nécessitant une prise en charge rapide dans un établissement adapté.

Motifs maternels :

Pré éclampsie

HELLP syndrome

Placenta praevia, placenta accreta

Eclampsie après extraction de l'enfant

Hémorragie du post partum

Motifs pédiatriques :

MAP

Rupture prématurée des membranes

RCIU

Grossesses multiples

Pathologies fœtales (à préciser)

Le transfert in utero peut être justifié d'une simple orientation pour la poursuite du suivi dans un environnement adapté ou accouchement dans une autre maternité pour manque de place en unité d'hospitalisation pour la mère et/ou l'enfant.

Sauf exception, il n'y a pas d'indication fœtale avant 24 SA. La décision de transfert doit être discutée au cas par cas avec les néonatalogistes et les obstétriciens des maternités de type III.

Les contre-indications : l'accouchement spontané est imminent, la pathologie de la mère ou de l'enfant est instable et nécessite une extraction sans délai.

Cela suppose un diagnostic, la prise en compte du risque pendant le transport et l'organisation du transfert.

Protocole régionale de gynécologie-obstétrique	Applicable par : Réseau Périnatal Naître en Alsace	Date d'application : 1 juin 2015	Référence : NEA-2	Nombre de Page(s) : 1/4
--	---	-------------------------------------	----------------------	----------------------------

Choix de l'établissement receveur

La décision de transfert est prise en concertation directe entre l'obstétricien de la maternité d'origine et l'obstétricien de l'établissement accepteur.

Le choix de l'établissement receveur est en fonction du terme de la grossesse, du type de pathologie maternelle et fœtale, du poids fœtal et de la disponibilité des lits de maternité et de réanimation néonatale.

Information de la femme enceinte et de son entourage

Il est recommandé d'informer la femme enceinte sur l'organisation des soins et la possibilité de transfert in utero dès l'entretien prénatal et lors des consultations prénatales.

Au moment du transfert, il est souhaité de communiquer à la femme en ceinte le motif du transfert, l'organisation des soins, l'existence ou non d'une alternative au transfert, le degré d'urgence, les renseignements sur l'équipe qui va prendre en charge la suite de la surveillance de la grossesse, la possibilité de retour vers la maternité d'origine.

Il faut s'assurer de la compréhension des enjeux.

Avant de délivrer l'information à ses proches, il est recommandé d'obtenir l'accord de la patiente.

Dans la mesure du possible, avant le transfert, il faut vérifier sa situation familiale et les complications pratiques engendrées par le transfert, afin de s'assurer de la présence d'une aide en rapport avec la situation.

La régulation

En fonction des indications, il peut s'agir :

- D'un transport médicalisé inter hospitalier, réalisé par le SMUR
- D'un transport inter hospitalier avec une sage-femme
- D'un transport ambulancier

Si le transport est médicalisé, le médecin régulateur du SAMU est associé à la décision afin d'évaluer le degré d'urgence et définir le délai d'intervention de l'équipe du SAMU

La mise en condition et la stabilisation de la patiente sont les conditions indispensables pour sa sécurité et le bon déroulement du transport.

Extrait du Circulaire DHOS/O1 n° 2006-273 du 21 juin 2006 relative à l'organisation des transports périnataux des mères :

- *Liste indicative de cas relevant plus particulièrement d'un transport ambulancier sans accompagnement paramédical ou médical*

Rupture prématurée des membranes isolée.

Placenta praevia sans métrorragie ou métrorragie > 12 heures si transfert nécessaire.

Etat hypertensif, retard de croissance intra-utérin (RCIU) et Rythme cardiaque fœtal (RCF) normal.

Diabète maternel sans pousse-seringue d'insuline.

Cholestase.

Protocole régionale de gynécologie-obstétrique	Applicable par : Réseau Périnatal Naître en Alsace	Date d'application : 1 juin 2015	Référence : NEA-2	Nombre de Page(s) : 2/4
--	---	-------------------------------------	----------------------	----------------------------

Menace d'accouchement prématuré (MAP), y compris les gémellaires sans tocolyse IV.

MAP, grossesse simple sous tocolyse IV par antagoniste de l'ocytocine.

Pré-éclampsie avec pression artérielle équilibrée sans signes fonctionnels : TA \leq 160/100 et protéinurie $>$ 0,3 g/24 heures, si transfert nécessaire.

- *Liste indicative de cas relevant plus particulièrement d'un transport infirmier interhospitalier*

Placenta praevia avec métrorragies $<$ 12 heures, sans saignement actif et durée de transport $<$ 30 minutes.

Diabète maternel avec insuline au pousse-seringue électrique.

MAP, grossesse simple sous tocolyse IV (médicalisation à discuter au cas par cas si nécessaire en fonction du tocolytique choisi).

MAP gémellaire avec tocolyse IV par antagoniste de l'ocytocine (à défaut classe 1, si vecteur 2 indisponible).

- *Liste indicative de cas relevant plus particulièrement d'un transport médicalisé*

Placenta praevia avec métrorragies $<$ 12 heures, sans saignement actif, et durée de transport $>$ 30 minutes.

MAP sous tocolyse IV : médicalisation à discuter au cas par cas en fonction du tocolytique utilisé.

MAP avec un col \geq 4 cm dilatation et terme $<$ 30 semaines d'aménorrhée : à discuter avec le SAMU en conférence téléphonique demandeur / receveur.

Pré-éclampsie avec traitement anti-hypertenseur IV : ex-nicardipine et PA équilibrée.

Pré-éclampsie avec PA systolique $>$ 160 ou diastolique $>$ 100, ou toxémie avec céphalées ou barre épigastrique ou acouphènes ou HELLP syndrome : à voir au cas par cas.

Hémorragie de la délivrance, transport pour embolisation, après stabilisation de l'état hémodynamique. La décision et l'organisation du transport médicalisé sont consensuelles entre les différents praticiens (service demandeur, SAMU SMUR, service d'accueil). Le choix de la structure d'accueil tient compte du plateau technique, des possibilités d'hospitalisation sur place et du facteur temps.

- *Liste indicative des contre-indications au transport maternel*

Placenta praevia avec métrorragies significatives en cours.

Etat hypertensif, RCIU avec anomalie grave du RCF.

Menace d'accouchement prématuré (MAP) avec dilatation du col \geq 4 cm et terme $>$ 30 semaines d'aménorrhée.

Risque d'accouchement pendant le transport.

Hémorragie de la délivrance avec état hémodynamique instable. Un état hémodynamique instable contre-indique le transport vers une autre structure et conduit à une chirurgie d'hémostase sur place (recommandations du CNGOF et de l'ANAES 1/12/2004).

Le transport

L'état clinique de la patiente est réévalué au moment du départ pour confirmer la faisabilité du transport.

La patiente et son entourage sont informés du motif et des modalités de transport.

Protocole régionale de gynécologie-obstétrique	Applicable par : Réseau Périnatal Naître en Alsace	Date d'application : 1 juin 2015	Référence : NEA-2	Nombre de Page(s) : 3/4
--	--	----------------------------------	-------------------	-------------------------

Le niveau de surveillance est adapté à l'état clinique et aux complications possibles durant le transport.

La patiente est confortablement installée.

Les thérapeutiques et les conditions de surveillance sont adaptées aux conditions de transport et à l'évolution de la pathologie durant le transport.

Le dossier de transfert complet doit accompagner la patiente.

La corticothérapie à visée maturative pulmonaire fœtale doit précéder le transfert en fonction de l'indication de transfert.

Le dossier de transfert

Le dossier de transfert in utéro doit impérativement suivre la patiente lors des différents transferts in utéro.

Il est conseillé de garder un double au sein de l'établissement d'origine.

Le dossier est téléchargeable sur le site du réseau et du CGOA .

Il est a retourné sous pli au siège du réseau après l'accouchement.

Le retransfert

Le retransfert de la patiente vers la maternité d'origine ou vers un établissement plus proche de son domicile est envisagé dès que son état l'autorise ou si son terme et le poids de l'enfant le permettent.

Le consentement de la patiente est recueilli après une information précise et adaptée.

L'évaluation

L'évaluation est effectuée à partir de l'analyse des dossiers de TIU et des enquêtes auprès des patientes. Le réseau s'engage à informer régulièrement les professionnels de santé impliqués dans le suivi de la grossesse.

Documents de référence

- *Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé – novembre 2012 – HAS.*
- *Circulaire DHOS/O1 du 21 juin 2006 relative à l'organisation des transports périnataux des mères*
- *Les niveaux de soins aux nouveau-nés : référentiel rédigé par D. Astruc et les pédiatres néonatalogistes d'Alsace, juillet 2013*

Protocole régionale de gynécologie-obstétrique	Applicable par : Réseau Périnatal Naître en Alsace	Date d'application : 1 juin 2015	Référence : NEA-2	Nombre de Page(s) : 4/4
--	--	----------------------------------	-------------------	-------------------------