

# Organisation des transferts in utero

## Protocole régional



---

### Textes de référence

Convention constitutive du réseau de périnatalité

Circulaire DHOS/O1/2005/67 du 7 février 2005 relative à l'organisation des transports de nouveau-nés, nourrissons et enfants,

Circulaire DHOS/O1/2006/273 du 21 juin 2006 relative à l'organisation du transport périnatal des mères

### 1. Dispositions générales

- **Principes généraux**

Les établissements et partenaires signataires de la convention constitutive du réseau de périnatalité de Basse-Normandie s'attacheront à :

- Fournir largement l'information sur le déroulement de la grossesse et les modalités de prise en charge au sein du réseau de transfert,
- Orienter les patientes si nécessaire vers le spécialiste ou la structure la mieux adaptée, ou vers l'organisme social nécessaire,
- Assurer le suivi et l'accompagnement de la femme enceinte au long de sa grossesse,
- Eviter la séparation de la mère et de son nouveau-né dans la mesure du possible,
- Orienter les nouveau-nés vers le spécialiste ou la structure la mieux adaptée
- Respecter les protocoles de soins et de transferts établis ou à venir mis en place par les commissions du réseau de périnatalité de Basse-Normandie (cf. article 11 de la convention constitutive du réseau)

- **L'offre de soins**

Les établissements et partenaires signataires de la convention constitutive du réseau de périnatalité de Basse-Normandie s'engagent à offrir une qualité de soins identique à toute femme, résidant en région Basse Normandie, en adaptant l'offre de soins au niveau de risque, tout en respectant les principes de subsidiarité.

- **Consentement et libre choix**

Les signataires s'engagent à respecter le principe du consentement et du libre choix de la patiente, dans la mesure des disponibilités du service d'accueil.

## **2. Lieux d'accueil**

Le transfert in utero permet d'éviter les risques inhérents à tout transport de nouveau-né. Les motivations de ce transport anticipé doivent être clairement expliquées à la famille.

Cette décision bénéficie en effet non seulement à l'enfant, mais aussi à la mère en favorisant le maintien après la naissance, de la relation mère-enfant.

Une **corticothérapie anténatale** s'impose en cas de menace d'accouchement prématuré probable spontané ou induit à partir de 24 SA +0.

### **2.1.Lieux d'accueil selon le terme**

- **En niveau IIa**

**AG >= 34 SA**

*Cas particulier de la Polyclinique du Parc à Caen, du fait de la proximité d'un service de néonatalogie avec soins intensifs et réanimation (CHU de Caen) : **AG >= 33 SA***

*Pour les 33 SA +0 à 33 SA+6 : validation nécessaire par le pédiatre d'astreinte de la Polyclinique du Parc qui s'assurera de l'absence de contre-indication associée à ce terme :*

- Grossesse gémellaire
- Prééclampsie
- RCIU
- Césarienne programmée pour raison fœtale

- **En niveau IIb**

**AG >= 32 SA**

- **En niveau III**

**AG < 32 SA**

## 2.2.Lieux d'accueil selon la pathologie

- **En niveau III**

- Grossesses triples
- Grossesses gémellaires compliquées d'un syndrome transfuseur-transfusé en cours
- Malformations fœtales avec nécessité de prise en charge immédiate chirurgicale ou réanimatoire
- Diabète mal équilibré avec conséquences fœtales faisant craindre le recours à la réanimation néonatale après la naissance
- Anasarque
- Immunisation rhésus symptomatique

- **En niveau II**

- Grossesses gémellaires à l'exclusion des grossesses gémellaires strictement eutociques (qui peuvent aller en niveau I) ou celles compliquées d'un STT
- Diabète mal équilibré avec conséquences fœtales faisant craindre le recours à la néonatalogie après la naissance

- ***Cas particulier du placenta praevia et/ou accreta :***

Le choix du lieu d'accouchement dépendra des conditions de prise en charge locales et de l'estimation du risque hémorragique par l'obstétricien référent. L'anticipation de la prise en charge est nécessaire dans la mesure du possible.

- ***Cas particulier des pathologies maternelles graves gestationnelles ou non :***

Le choix du lieu d'accouchement dépendra des conditions locales de prise en charge maternelle en service de réanimation, selon les risques estimés par l'obstétricien et l'anesthésiste référents, en concertation avec le pédiatre référent concernant les risques fœtaux. L'anticipation de la prise en charge est nécessaire dans la mesure du possible

→ Des évaluations annuelles seront faites et pourront donner lieu à des modifications de ces protocoles.

## 3. Contre-indications aux transferts in utero

- En présence d'une urgence extrême maternelle et/ou fœtale, quel que soit le terme et/ou le poids estimés, on devra préférer une extraction ou un accouchement en urgence effectuée localement :
  - Eclampsie (sauf exception ponctuelle)
  - Hématome rétroplacentaire
  - Placenta praevia avec métrorragies significatives en cours
  - Anomalies graves du rythme cardiaque fœtal
  - Risque d'accouchement imminent
  - Risque d'accouchement pendant le transport
  - Hémorragie du post-partum avec état hémodynamique instable

- Terme < 24 SA (jusqu'à 23 SA+6 jours). Entre 24 SA+0 et 24 SA+6, le transfert en niveau III pourra être réalisé pour discussion entre parents, néonatalogistes et obstétriciens.

#### **4. Modalités des transferts in utero**

La demande de transfert in utero est sous la responsabilité du médecin transférant. La demande de transfert n'est pas du domaine de responsabilité de la sage-femme.

Le médecin transférant contacte le médecin receveur personnellement afin de formaliser le transfert (possibilité d'accueil pour la mère à la maternité) et celui-ci s'assure auprès du néonatalogiste de garde de la disponibilité d'un lit en néonatalogie.

L'équipe demandeuse s'assure de l'information préalable de la patiente (du couple) sur les raisons du transfert et sur les modalités de prise en charge probables dans l'établissement d'accueil

La perspective d'une prise en charge de la mère en réanimation médicale ou chirurgicale dans l'hôpital d'accueil implique une participation du réanimateur de garde à la discussion.

Il est conseillé au médecin transférant de contacter le médecin régulateur du SAMU départemental. Cet entretien permet de définir les conditions du transfert en fonction de son indication. Les conversations sont enregistrées ce qui permet d'assurer une traçabilité. Les lignes SAMU sont sécurisées.

Il peut s'écouler un temps non négligeable entre le déclenchement de la procédure de transfert et l'arrivée de l'équipe qui va assurer le transport. La situation clinique doit être réévaluée avant le conditionnement de la patiente.

Le personnel médical posant l'indication du transfert doit transmettre directement toutes les informations concernant l'anamnèse et l'état de la femme et de son fœtus (support : dossier bleu adopté par le réseau périnatalité).

La responsabilité du médecin transférant est engagée pendant la durée du transfert in utero (médicalisé ou non). La patiente est sous la responsabilité du médecin receveur dès son admission dans le site receveur.

- **Liste des situations relevant d'un transport ambulancier sans accompagnement paramédical ou médical**

- Rupture prématurée des membranes isolée
- Placenta praevia sans métrorragies ou métrorragies n'ayant pas récidivé depuis plus de 12 heures
- Etat hypertensif et/ou retard de croissance intra-utérin avec rythme cardiaque foetal normal
- Diabète maternel sans pousse-seringue d'insuline
- Cholestase gravidique
- Menace d'accouchement prématuré sans tocolyse IV, y compris les grossesses gémellaires
- Menace d'accouchement prématuré, grossesse unique avec tocolyse intraveineuse
- Prééclampsie avec pression artérielle équilibrée sans signes fonctionnels, HTA  $\leq$  à 160/100, si transport nécessaire.

- **Liste des situations relevant d'un transport médicalisé**

- Hémorragie du post-partum : 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.
- Placenta praevia avec métrorragies datant de moins de 12 heures, sans saignement actif et durée de transport supérieure à 30 minutes.
- Prééclampsie
  - Avec traitement antihypertenseur IV et PA équilibrée
  - Avec pression artérielle systolique > à 160 et/ou diastolique > à 100 mmHg
  - Avec céphalées et/ou barre épigastrique et/ou acouphènes et/ou phosphènes
- HELLP syndrome : au cas par cas

## **5. Dossier de transfert**

Lors d'un transfert in utero, il est indispensable d'utiliser le dossier bleu régional. Celui-ci permet d'assurer une qualité dans la continuité des soins. L'utilisation de ce dossier ne dédouane nullement l'équipe transférante de faire parvenir à l'équipe d'accueil tous les documents nécessaires au suivi et à la prise en charge du couple mère-fœtus (RCF, bilans, etc..)

## **6. Retransferts**

Dès que la situation maternelle et/ou fœtale ayant justifié le transfert vers un centre de niveau supérieur est résolue, il faut privilégier le retour de la mère et de l'enfant, au mieux dans l'établissement de départ si cela est possible, sinon dans la structure la plus proche du domicile et ayant le niveau de soins nécessaire.

## **7. Suivi et évaluation des transferts et des retransferts**

Des informations sur les transferts et retransferts sont recueillies et enregistrées dans une base de données afin de déterminer précisément leur nombre et la modalité de la prise en charge. Ceci est du ressort du Réseau Régional.

Les statistiques et les résultats des évaluations concernant les transferts in utero sont présentés au cours des réunions de morbi-mortalité du réseau de périnatalité.