

SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé

Critères d'indications de transfert pédiatrique

Novembre 2012

ENTRÉE EN TRAVAIL PRÉMATURÉ

Prise en charge

AE	La prise en charge doit comprendre au minimum : <ul style="list-style-type: none"> ■ mise en place d'une tocolyse ; ■ corticothérapie à visée maturative pulmonaire fœtale avant 34 semaines d'aménorrhée (SA) ; ■ pour les âges gestationnels les plus faibles (24 SA essentiellement), il est recommandé de se référer aux protocoles propres à chaque réseau de périnatalité ; ■ un transfert <i>in utero</i> (TIU) vers une structure adaptée au terme et au poids du fœtus.
----	--

Indications de TIU

AE	Les indications recommandées de TIU sont fonction du terme de survenue des symptômes et de l'estimation pondérale fœtale :	
	Pour les grossesses de moins de 32 SA ou si l'estimation pondérale fœtale est inférieure à 1 500 grammes	Le TIU doit s'effectuer vers une maternité de type III.
	Pour les grossesses entre 32 SA et 32 SA + 6 jours	Il est recommandé de transférer les patientes vers un établissement de type IIB ou III selon l'estimation pondérale fœtale, le terme gestationnel et les pathologies surajoutées.
	Pour les grossesses entre 33 et 33 SA + 6 jours, si l'estimation pondérale fœtale est évaluée à plus de 1 500 grammes et qu'aucune pathologie intercurrente n'interfère	Il est recommandé de transférer les patientes vers un établissement de type IIB ou III selon leur proximité et la disponibilité de places.
	Pour les grossesses entre 34 et 35 SA + 6 jours en l'absence d'autres pathologies surajoutées	Il est recommandé de transférer ces patientes vers une maternité de type IIA ou IIB ou III selon leur proximité et la disponibilité de places.
	Les critères d'application de ces recommandations peuvent varier en fonction des conditions spécifiques de chaque maternité selon les protocoles et les conventions établies de son réseau périnatal.	

AE	La décision de transfert doit se faire après concertation entre les différents intervenants (obstétriciens et pédiatres des établissements demandeur et receveur) en prenant en compte :
----	--

- les spécificités de chaque réseau de périnatalité ;
- les plateaux techniques à disposition ;
- la disponibilité des lits dans les établissements.

Une réévaluation cervicale par l'équipe obstétricale est indispensable juste avant le départ de la patiente.

AE

Il est recommandé d'éviter au maximum une séparation mère-enfant.

Contre-indications au TIU

AE

Il est recommandé de se référer au chapitre général des contre-indications générales au transfert *in utero* à la fin de ce document.

RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES

Prise en charge

AE

Aucun critère clinique ou examen complémentaire ne permettant de prédire l'imminence de l'entrée en travail, le transfert est recommandé sans délai du fait du risque d'entrée en travail parfois très rapide dans les heures qui suivent vers un établissement adapté au terme et au poids estimé du fœtus.

AE

Avant tout TIU pour rupture prématurée des membranes, il est recommandé de vérifier les éléments suivants :

- la réalité de la rupture ;
- le terme exact ;
- la température maternelle ;
- le risque d'accouchement imminent. Une réflexion doit être menée au cas par cas en tenant compte de :
 - ▶ la dilatation cervicale,
 - ▶ la dynamique utérine,
 - ▶ la présence de saignements,
 - ▶ terme de la grossesse,
 - ▶ la durée estimée du trajet ;
- le rythme cardiaque fœtal ;
- la pertinence et selon les protocoles propres à chaque réseau de périnatalité :
 - ▶ de l'instauration de la corticothérapie de maturation pulmonaire fœtale, en fonction du terme et du poids fœtal,
 - ▶ d'une antibiothérapie.

Indications de TIU

AE

Les indications de transfert *in utero* recommandées selon les types de maternité sont fonction du terme de survenue des symptômes et de l'estimation pondérale fœtale :

Avant le terme minimum de prise en charge néonatale (défini par chaque réseau)	Il n'y a pas d'indication de transfert <i>in utero</i> .
Entre le terme minimum de prise en charge néonatale et 31 SA + 6 jours , ou si l'estimation pondérale fœtale est inférieure à 1 500 grammes	Le TIU doit s'effectuer vers une maternité de type III .
Pour les grossesses entre 32 SA et 32 SA + 6 jours	Il est recommandé de transférer les patientes vers un établissement de type IIB ou III selon l'estimation pondérale fœtale, le terme gestationnel et les pathologies surajoutées.

	Pour les grossesses entre 33 et 33 SA + 6 jours, si l'estimation pondérale fœtale est évaluée à plus de 1 500 grammes et qu'aucune pathologie intercurrente n'interfère	Il est recommandé de transférer les patientes vers un établissement de type IIB ou III selon leur proximité et la disponibilité de places.
	Pour les grossesses entre 34 et 35 SA + 6 jours, en l'absence d'autres pathologies surajoutées	Il est recommandé de transférer ces patientes vers une maternité de type IIA ou IIB ou III selon leur proximité et la disponibilité de places.
	Les critères d'application de ces recommandations peuvent varier en fonction des conditions spécifiques de chaque maternité selon les protocoles et les conventions établies de son réseau périnatal.	

Contre-indications au TIU

AE	<p>Il est recommandé de considérer comme contre-indications au transfert :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ patiente à haut risque d'accouchement en cours de transport ; ■ suspicion d'un hématome rétroplacentaire ; ■ anomalies du rythme cardiaque fœtal nécessitant une extraction imminente ; ■ chorioamniotite avec des anomalies du rythme cardiaque fœtal ou un syndrome infectieux maternel sévère.
-----------	---

AE	<p>Après un TIU, si une stabilisation clinique est observée après une rupture prématurée des membranes précoce, une réorientation peut être envisagée vers une maternité adaptée au terme et au poids fœtal.</p> <p>Il est recommandé d'éviter au maximum une séparation mère-enfant.</p>
-----------	---

FŒTUS PORTEUR D'UN RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTÉRIN

Prise en charge

AE	<p>Lors d'une aggravation hémodynamique très rapide ou de découverte inopinée d'un retard de croissance intra-utérin sévère, un TIU peut être nécessaire. Le terme de la grossesse (en semaines d'aménorrhée + jours) et l'estimation du poids fœtal doivent être précis et vérifiés avec soin.</p> <p>Le lieu d'accouchement doit être discuté en fonction de l'estimation pondérale du fœtus et du terme, en accord avec les protocoles de chaque réseau périnatal.</p> <p>La corticothérapie anténatale doit être débutée en suivant les protocoles du réseau périnatal, pour les âges gestationnels et les estimations de poids fœtal les plus bas, en accord avec les intervenants qui recevront la patiente après le TIU.</p>
-----------	---

Indications de TIU

AE	Il est recommandé d'éviter au maximum une séparation mère-enfant.
AE	<p>Il est recommandé de considérer comme indications de TIU retenues :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ celles des recommandations des réseaux, en prenant en compte le terme et le poids fœtal ; ces mots ont été inversés sans que cela soit apparent ; ■ l'aggravation de l'hémodynamique fœtale, par exemple : diastole nulle ou un flux inversé sur le doppler ombilical, doppler veineux.

Contre-indications au TIU

AE

Il est recommandé de considérer comme contre-indications au transfert les contre-indications générales maternelles et fœtales à un transfert dans l'urgence. Les anomalies du rythme cardiaque fœtal doivent être particulièrement dépistées chez ces fœtus présentant une sensibilité à l'hypoxémie fœtale plus marquée.

Le pédiatre doit être appelé dès la décision de terminaison de la grossesse sans retarder la naissance. Un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), si possible pédiatrique, peut être mobilisé si celui-ci se justifie, par exemple en cas de prématurité, d'hypoxie néonatale, d'anémie néonatale, de faible poids de naissance.

GROSSESSES MULTIPLES

Grossesses gémellaires

Prise en charge

AE

La prise en charge de l'accouchement, en cas de grossesse gémellaire ne présentant aucune complication peut être envisagée dans tout type de maternité, sous réserve de l'adéquation du plateau technique avec les particularités de ces grossesses multiples.

AE

Cette prise en charge exige un nombre de professionnels compétents susceptibles d'intervenir :

- l'équipe pédiatrique doit être capable de prendre en charge la pathologie présentée par le nouveau-né et d'administrer les soins optimaux dès l'accouchement ;
- l'équipe obstétricale et anesthésiste doit être capable de prendre en charge les pathologies éventuellement associées.

AE

Il est recommandé :

- une disponibilité immédiate et permanente d'un gynécologue-obstétricien ayant une pratique de l'accouchement gémellaire par voie basse ;
- la présence d'un anesthésiste en salle de travail lors de la phase d'expulsion et de la délivrance en raison du risque accru d'hémorragie ;
- la disponibilité immédiate et permanente d'une équipe pédiatrique, dont l'effectif et les compétences en réanimation sont adaptés :
 - ▶ au nombre de nouveau-nés,
 - ▶ à leur degré de prématurité et de poids fœtal estimé.

Il est recommandé que la maternité où a lieu l'accouchement ait un accès rapide à des produits dérivés du sang.

Un TIU est recommandé lorsque ces conditions ne sont pas réunies le jour de l'entrée en travail.

Indications de TIU

AE

Il est recommandé d'organiser un transfert *in utero* en urgence :

- dans les mêmes indications que les grossesses monofœtales ;
- la prise en charge urgente d'un syndrome transfuseur-transfusé, avec concertation avec le centre référent régional.

Il est recommandé d'utiliser pour les grossesses gémellaires sans complications (absence de discordance pondérale, absence de syndrome transfuseur-transfusé, placentation monochoriale biamniotique ou placentation bichoriale) les limites de terme gestationnel utilisées pour le transfert *in utero* des grossesses uniques.

Grossesses triples et au-delà

Indications de TIU

AE Elles doivent être prises en charge dans une maternité avec l'assurance de disponibilité d'une équipe pédiatrique en nombre suffisant au moment de l'accouchement et de l'adaptation du type de maternité au terme et à l'estimation pondérale des fœtus. Une maternité de type III est recommandée.

Dans certains cas, une naissance peut être envisagée dans une maternité de type IIB en fonction du terme, du poids fœtal estimé et du nombre de pédiatres disponibles sur le site.

AE Il est recommandé d'éviter au maximum une séparation mère-enfant.

Contre-indications au TIU

AE Il est recommandé de considérer comme contre-indications au transfert les contre-indications générales maternelles et fœtales à un transfert dans l'urgence.

CONTRE-INDICATIONS GÉNÉRALES MATERNELLES ET FŒTALES À UN TRANSFERT *IN UTERO* DANS L'URGENCE

Contre-indications maternelles au TIU

AE **Contre-indications maternelles au TIU :**

- patiente à haut risque d'accouchement en cours de transport : l'accouchement dans un vecteur de transport augmente les risques maternels et néonataux ;
- HTA gravidique sévère non contrôlée ou compliquée par une pathologie comportant un risque de décompensation maternelle en cours de transport, hématome sous-capsulaire hépatique, éclampsie, œdème aigu pulmonaire ;
- instabilité persistante d'une fonction vitale maternelle ;
- hémorragie massive dans un contexte de placenta prævia, ou accreta suspecté.

L'extraction immédiate de l'enfant est recommandée si elle est susceptible d'améliorer un pronostic maternel gravissime avant un transfert maternel éventuel pour une prise en charge spécialisée.

Contre-indications fœtales au TIU

AE **Contre-indications fœtales au TIU :**

- anomalies du rythme cardiaque fœtal nécessitant une extraction imminente ;
- suspicion d'hématome rétroplacentaire ;
- rupture de vasa prævia (hémorragie de Benckiser).

Dans d'autres situations, la discussion est au cas par cas et cherche le meilleur compromis entre le risque d'une naissance sur place et celui d'une naissance en cours de transfert.

Pour une dilatation cervicale à quatre centimètres ou plus, l'opportunité du transfert doit être discutée au cas par cas en fonction de :

- la cinétique de dilatation sous tocolyse ;
- la tolérance fœtale ;
- la nature de l'établissement demandeur ;
- la durée de transport.

AE

Lorsqu'un TIU est contre-indiqué et que la naissance de l'enfant ne peut être différée, une proposition d'assistance anténatale sur les lieux doit être organisée. Le pédiatre doit être appelé dès la décision de terminaison de la grossesse sans retarder la naissance.

Un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), si possible pédiatrique, peut être mobilisé si celui-ci se justifie, par exemple en cas de prématurité, d'hypoxie néonatale, de faible poids de naissance.

Les pathologies : Prééclampsie ; Éclampsie ; HELLP syndrome ; Hémorragie du *post-partum* immédiat ; Placenta prævia, Placenta accreta ; Placenta vasa prævia sont détaillées dans la fiche critère « Critères d'indications de transfert maternel ».

L'organisation du transfert, l'information de la femme enceinte et des acteurs du réseau de périnatalité sont présentées dans la fiche de synthèse « Transfert *in utero* : organisation et information ».

D'autres pathologies et situations sont détaillées dans la recommandation « Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé ».

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie	C	Faible niveau de preuve
B	Présomption scientifique	AE	Accord d'experts