

Transferts in utero : contre-indications néonatales? Approche périnatale à privilégier



Cénéric ALEXANDRE
PH néonatalogie CHU de CAEN

Réseau périnatal

24 juin 2016

Réseau de périnatalité de Basse-Normandie

Organisation des transferts in utero

Protocole régional



24 juin 2011

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

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.

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.

Position du problème

Existe-t-il des contre-indications **théoriques**
néonatales au TIU pour le pédiatre?

Réponse : NON! (dans l'idéal...)

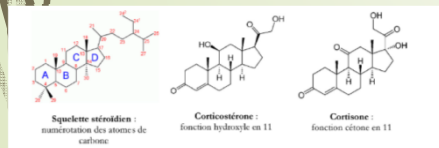


Justification de la position du pédiatre

- Intérêt déjà **largement démontré du TIU** (EPIPAGE et autres études à large échelle chez les grands prématurés), a fortiori pour **les plus petits AG** :

diminution significative de la **mortalité** (sans augmentation de la morbidité!) et de la **morbidity neurologique** notamment

- Quels sont les 3 avancées périnatales qui ont **révolutionné** le pronostic des grands prématurés?



Corticothérapie anténatale

TIU



Surfactant



Faut-il attendre que le(s) pédiatre(s) refuse(nt) un TIU ?

- ▶ En théorie **non**, compte-tenu de l'amélioration significative du pronostic, associé à la possibilité d'une **interaction mère-enfant précoce favorisée (absence de séparation initiale)** participant à l'amélioration du pronostic développemental
- ▶ Donc pas de contre-indication mais des **« obstacles » éventuels** :
 - absence de **capacité d'accueil logistique** (pas de lit disponible!) ou **technique** (matériel de ventilation invasive ou non invasive...) ou **humain** (transport SAMU pédiatrique en cours)
 - risque théorique d'accouchement **inopiné pendant le transport**, évènement rarissime et pour lequel le pronostic est probablement plus à la prise en charge maternelle que néonatale.
 - **risque d'échec de TIU** : prise en charge sur place, transport SAMU secondaire à organiser. **Une prise en charge optimisée par l'équipe sur place permet de diminuer significativement le « poids » pronostic du caractère outborn**



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

3 situations à risque néonatale sont évoquées dans le protocole régional d'organisation des TIU :

- **ARCF graves** : risque de mortalité fœtale et/ou néonatale immédiate. Il s'agit d'une non-indication de TIU devant le risque immédiat. **Le risque maternel est très fréquemment associé.**

- **risque d'accouchement imminent** : de quel **délai** dispose-t-on? Quels sont les **moyens** d'évaluer ce délai (cliniques, échographiques)? Combien de temps est nécessaire au **transport maternel** ?

Nécessité d'une **évaluation PERINATALE** car plusieurs éléments sont nécessaires à la décision : **délai attendu** (SF, obstétricien), **délai de transport et vecteurs** (hélicoptère)(obstétricien, SAMU), moyens de prise en charge néonatale **sur place ou avec le SAMU pédiatrique** (pédiatres)

- **risque d'accouchement pendant le transport?**



Cas clinique récent de TIU pour extrême prématurité

- Patiente de 27 ans, antécédent de diabète type 1
- 1ère grossesse
- Menace d'accouchement prématurée sévère au CH St-Lô à **24SA+6j**
- Heure de début de travail estimé à **23H** avec 1^{ère} injection de CELESTENE et TRACTOCILE débuté à 23 H 15
- Transfert hélicoptéré par équipe SAMU adulte avec pédiatre
- Arrivée au CHU à **02 h**
- A l'arrivée au CHU: TV col effacé à 8 cm de dilatation
- Accouchement par voie basse à **04 h 17**
- Garçon de 780 g, Apgar 1/1/1, pH 7,30
- Enfant décédé à J0 d'un syndrome de défaillance multi viscérale

Pourquoi une décision non conjointe est moins efficace?

- **Indication erronée de TIU**...et problème de capacité d'accueil dans le centre receveur
- Considérer que le pédiatre/néonatalogiste du centre receveur est le seul décisionnaire du TIU (**problématique résumée au nombre de lits en réanimation néonatale**)
- Le **degré de prématurité** (AG) est un élément décisionnel majeur (mais non unique!) dans la réflexion (différencier risque d'outborn à 25SA et risque d'outborn à 31SA)
- Risque d'accepter **au fil des demandes** de TIU sans évaluation conjointe des possibilités et des ressources sur place
- Risque d'accepter les TIU alors que les moyens techniques (place, matériel) et humains (transports SAMU secondaires en cours) ne sont pas réunis : **diminution du bénéfice du TIU** ...voire inborn puis transfert secondaire=**ECHEC PERINATAL!**



Conclusion : TIU et place des pédiatres

- La place du pédiatre dans le TIU ne doit pas se résumer à la **capacité d'accueil en lits** du service receveur
- Les équipes pédiatriques du centre receveur (réanimation et soins intensifs néonataux, gérant également le SMUR néonatal) et du centre demandeur peuvent être **mobilisées selon la décision prise** : réussite ou échec du TIU
- La décision de TIU (sous la responsabilité du médecin demandeur) doit être une **décision PERINATALE**, incluant également les équipes SAMU adultes et pédiatriques
- Les contre-indications de TIU évoquées dans le protocole régional de 2011 nécessitent une réévaluation (notamment entre 24 et 24SA+6j voire avant...)

Transferts in utero : contre-indications néonatales? Approche périnatale à privilégier



Cénéric ALEXANDRE
PH néonatalogie CHU de CAEN

Réseau périnatal

24 juin 2016