

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 maternel

Novembre 2012

LA PRÉÉCLAMPSIE (PE)

La prééclampsie est le plus souvent définie comme une HTA gravidique (pression artérielle systolique ≥ 140 et/ou pression artérielle diastolique ≥ 90) associée à une protéinurie supérieure à 300 mg/jour (ou supérieure à deux croix à la bandelette par défaut).

AE **Compte tenu du caractère imprévisible de cette pathologie, toute prééclampsie doit faire l'objet d'un transfert *in utero* (TIU) vers une unité de néonatalogie adaptée à la prise en charge du nouveau-né (en fonction de l'âge gestationnel et du poids estimé).**

La nécessité du recours à un service de réanimation pour la mère doit également être prise en compte dans les formes sévères. Un retard de croissance intra-utérin est souvent associé à une prééclampsie. Une estimation pondérale précise est nécessaire pour choisir au mieux le lieu d'accouchement.

AE Il est recommandé de transférer la femme enceinte dans un établissement ayant une proximité avec :

- un établissement de transfusion sanguine ;
- des laboratoires biologiques ;
- un plateau d'imagerie médicale.

AE Pour certaines formes de prééclampsies sévères ayant :

- une altération majeure de la fonction rénale ;
- une détresse respiratoire ;
- un accident vasculaire cérébral ;
- des troubles neurologiques sévères ;
- un syndrome coronarien aigu.

Un transfert est recommandé vers un établissement disposant de plateaux techniques adaptés (épuration extra-rénale, unité de soins intensifs en cardiologie, unité neuro-vasculaire).

AE Il est recommandé de vérifier les éléments suivants :

- terme exact ;
- estimation du poids fœtal ;
- rythme cardiaque fœtal.

La corticothérapie anténatale, si indiquée, doit être débutée selon 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.

Conditions du transport d'une patiente avec prééclampsie

AE	<p>Il est recommandé que le transport soit entrepris chez une patiente au préalable perfusée et bénéficiant de la surveillance continue de ses paramètres vitaux (fréquence cardiaque pression artérielle, mesure en continu de la saturation en oxygène) :</p> <ul style="list-style-type: none">■ la position en décubitus latéral est recommandée ;■ en raison de la rapidité évolutive de la maladie, l'état clinique de la patiente doit être réévalué fréquemment et les données doivent être consignées sur la fiche de transport ;■ les données actuelles ne permettent pas à ce jour d'apprécier le bénéfice de l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal en continu ;■ il est recommandé de poursuivre le traitement de l'HTA sans faire descendre la pression artérielle moyenne en dessous de 100 mmHg ou la pression artérielle systolique en dessous de 140 mmHg ;■ le traitement par le sulfate de magnésium doit avoir été discuté avant le transfert selon les protocoles de chaque réseau ;■ l'organisation de l'évaluation obstétricale et néonatale doit être anticipée dès la décision du transfert.
----	--

Contre-indications au TIU

AE	<p>Il est recommandé de ne pas transférer les patientes présentant :</p> <ul style="list-style-type: none">■ un hématome rétroplacentaire connu ou suspecté (en raison de la possibilité d'extension en cours de transport) ;■ toute pathologie comportant un risque de décompensation maternelle en cours de transport, hématome sous-capsulaire hépatique ;■ un état hémodynamique instable, hypertension non contrôlée par le traitement antihypertenseur ;■ la présence d'une complication systémique (œdème aigu pulmonaire, éclampsie, hématome sous-capsulaire du foie) ;■ des anomalies du rythme cardiaque fœtal nécessitant une extraction imminente. <p>Ces contre-indications imposent des mesures thérapeutiques sur site, avant un éventuel transfert inter-établissement ultérieur. Les contre-indications recommandées concernent également les contre-indications générales maternelles et fœtales présentées à la fin de ce document.</p>
----	---

L'ÉCLAMPSIE

Définition

L'éclampsie est définie par une manifestation convulsive et/ou des troubles de conscience survenant dans un contexte de prééclampsie et ne pouvant être rapporté à un problème neurologique préexistant.

AE	<p>En raison du risque de dégradation de l'état maternel, l'éclampsie constitue une indication à la terminaison de la grossesse en urgence et en conséquence une contre-indication au transfert <i>in utero</i>.</p> <p>L'extraction de l'enfant est recommandée dans la maternité où est hospitalisée la patiente, même si celle-ci n'est pas de type adapté aux conditions nécessaires de prise en charge pédiatrique.</p> <p>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.</p>
----	---

AE	<p>En fonction de la gravité du tableau maternel (défaillance d'organe par exemple), un transfert post-partum par une autre équipe de SMUR vers un plateau technique adapté est parfois nécessaire.</p>
----	---

AE	<p>Ce plateau technique adapté peut comporter :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ un service de réanimation adulte ; ■ un service de soins continus ; ■ un service d'imagerie : <ul style="list-style-type: none"> ▸ tomodensitométrie, ▸ imagerie par résonance magnétique.
AE	<p>Dans tous les cas, une discussion doit avoir lieu entre les différents praticiens intervenant dans le transfert pour un échange des informations.</p>

AE	<p>Il est recommandé d'éviter au maximum une séparation mère-enfant.</p>
----	--

HELLP SYNDROME

Définition

Le HELLP syndrome (Syndrome d'Hémolyse, de Cytolyse hépatique et Thrombopénie) est défini comme l'association d'une hémolyse avec présence de schizocytes, d'une élévation des enzymes hépatiques ASAT > 70 UI/L et d'une thrombopénie < 100 G/L.

AE	<p>Le HELLP syndrome est un critère de sévérité de la prééclampsie.</p> <p>Le HELLP syndrome ne doit pas être considéré comme une contre-indication au transfert <i>in utero</i> en urgence.</p> <p>Les conditions de prise en charge et de transfert <i>in utero</i> doivent être les mêmes qu'en cas de prééclampsie.</p>
----	--

Contre-indications au TIU

AE	<p>Il est recommandé de considérer également comme contre-indications au TIU les contre-indications générales maternelles et fœtales citées à la fin de ce document</p>
----	---

HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM IMMÉDIAT (HPP)

AE	<p>Chaque établissement doit être en mesure de prendre en charge in situ les patientes présentant une HPP, en particulier :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ une compétence chirurgicale disponible pour l'établissement 24 heures sur 24 ; ■ une disponibilité des produits sanguins ; ■ un accès à un plateau de biologie adapté. <p>La prise en charge doit être optimale selon le protocole établi dans chaque service, à partir des recommandations du CNGOF¹ de 2004 concernant les hémorragies du <i>post-partum</i>.</p>
----	--

AE	<p>La décision de transfert ne peut être envisagée que chez une patiente en état hémodynamique corrigé et stable, en prévision :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ d'une embolisation ; ■ d'une prise en charge en réanimation.
----	--

¹ La fiche de surveillance du CNGOF est présentée dans l'annexe 5 de la recommandation.

L'utilisation d'amines vasoactives est un facteur de gravité qui doit être discuté au cas par cas et peut remettre en question l'opportunité de ce transfert.

Conditions avant le transfert

AE La mise en condition minimale doit avoir été faite avant la réalisation du transfert et doit comprendre :

- l'(es) abord(s) vasculaire(s) permettant une expansion volémique ;
- la mise en place d'une surveillance : scope, pression artérielle non invasive, oxymètre de pouls ;
- la mise en place d'une sonde vésicale à demeure ;
- un utérus vide et massé s'il est hypotonique ;
- l'instauration et le maintien des utérotoniques de façon systématique selon la chronologie précisée dans le texte des recommandations du CNGOF de 20042.

AE Il est recommandé que les modalités de transfert se fassent selon les protocoles instaurés au sein de chaque réseau.

Il est recommandé que les médecins seniors des structures impliquées dans le transfert (obstétricien, pédiatres, néonatalogistes, médecins urgentistes) soient informés de l'état clinique maternel et fœtal (communication par téléphone et données disponibles sur papier).

AE Pour chaque transfert, les motivations du transfert, les renseignements cliniques et tous les éléments thérapeutiques mis en place avec les relevés horaires et la quantification des pertes sanguines sont transmis au médecin qui assurera la surveillance en cours de transport et aux médecins, anesthésiste-réanimateur, obstétricien et radiologue de l'établissement d'accueil.

Contre-indication au transfert en cas de HPP

AE Il ne faut pas transférer une patiente présentant un état hémodynamique instable nécessitant une chirurgie d'hémostase sur place.

PLACENTA PRAEVIA, PLACENTA ACCRETA

Placenta praevia ou accreta suspecté avec hémorragie modérée

AE **Dans les cas de placenta praevia (ou accreta suspecté) avec hémorragie modérée**, il est recommandé de vérifier les éléments suivants avant d'envisager le transfert :

- la réalité de l'anomalie d'insertion placentaire (échographie) ;
- le terme exact ;
- l'estimation du poids fœtal ;
- le rythme cardiaque fœtal ;
- si nécessaire, une tocolyse en cas de contraction utérine en évitant un tocolytique vasoplégique ;
- la stabilité maternelle clinique et biologique ;
- l'absence de métrorragies actives.

AE Si elle est indiquée, la corticothérapie anténatale doit être débutée en suivant les protocoles du réseau périnatal, notamment pour les âges gestationnels et les estimations de poids fœtal les plus bas, et cela en accord avec les intervenants qui recevront la patiente après le TIU.

² Se référer au site : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/HPP_recos.pdf.

AE Dans le cas d'un transport médicalisé, il est recommandé que le médecin régulateur du SAMU départemental correspondant à l'établissement de départ soit associé à la décision et aux modalités de transfert.

Il est recommandé de choisir le lieu de naissance en fonction de l'âge gestationnel, du poids fœtal estimé et de la nécessité éventuelle du recours à un service de réanimation pour la mère.

AE Une conférence téléphonique entre le médecin régulateur et les médecins des établissements demandeur et receveur doit permettre de déterminer les délais du transfert, la médicalisation de la patiente (monitorage, abords vasculaires, thérapeutiques) et le choix du mode de transport (vecteur).

Dans tous les cas, une discussion doit avoir lieu entre les différents praticiens intervenant dans le transfert pour un échange des informations.

Conditions avant le transfert

AE Il est recommandé que le transport soit initié chez une patiente au préalable perfusée et bénéficiant de la surveillance continue de ses paramètres vitaux (fréquence cardiaque, pression artérielle, mesure en continu de la saturation en oxygène).

La position en décubitus latéral est recommandée.

En raison de la rapidité évolutive de la maladie, l'état clinique de la patiente doit être réévalué fréquemment et les données doivent être consignées sur la fiche de transport.

Une mesure immédiate du taux d'hémoglobine par un appareil portable doit être réalisée. Les bilans sont répétés en fonction de l'évolution de la situation clinique.

Les données actuelles ne permettent pas à ce jour d'apprécier le bénéfice de l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal en continu.

Placenta prævia ou accreta suspecté avec hémorragie massive

AE **En cas d'hémorragie massive dans un contexte de placenta prævia, ou accreta suspecté, il est recommandé :**

- une extraction fœtale immédiate par césarienne ;
- en cas d'accrète, appel d'un second chirurgien et de renfort (réanimateur, infirmière anesthésiste par exemple).

En fonction de la gravité du tableau maternel, les moyens nécessaires à la prise en charge d'une hémorragie doivent être mis en place particulièrement les produits sanguins.

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.

AE En fonction de la gravité du tableau maternel (défaillance d'organe par exemple), un transfert en post-partum vers un plateau technique adapté est parfois nécessaire (réanimation et imagerie).

La décision de transfert ne peut être envisagée que chez une patiente en état hémodynamique corrigé et stable, en prévision :

- d'une embolisation ;
- ou d'une prise en charge en réanimation.

L'utilisation d'amines vasoactives est un facteur de gravité qui doit faire discuter au cas par cas et peut remettre en question l'opportunité de ce transfert.

Contre-indications au TIU

AE

Il est recommandé de considérer comme contre-indications au transfert :

- les métrorragies actives et importantes ;
- tout risque d'accouchement en cours de transport ;
- tout état hémodynamique non stabilisé ou gravissime ;
- toute anomalie du rythme cardiaque fœtal nécessitant une extraction en urgence.

PLACENTA PRAEVIA, PLACENTA ACCRETA

AE

La rupture de vasa prævia (hémorragie de Benckiser) impose une extraction fœtale immédiate par césarienne. C'est une contre-indication au transfert *in utero*.

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, 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.

CONTRE-INDICATIONS GÉNÉRALES MATERNELLES ET FOETALES 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 qui 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, 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 : Entrée en travail prématuré, Rupture prématurée des membranes ; Retard de croissance intra-utérin ; Grossesses multiples sont présentées dans la fiche de synthèse « Critères d'indications de transfert pédiatrique ».

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