

## PROCEDURE DE TRANSFERT MATERNO-FŒTAL ET PROCEDURE DE TRANSFERT EN CAS DE MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE

Date de la diffusion : Janvier 2007  
Version : 1

Rédaction : Dr Zarka  
Validation : réunion intermaternités 28/11/06

**MENTION RESTRICTIVE** : « Ce protocole de soins est proposé à titre indicatif, et ne saurait être opposable au cas où le praticien en charge du patient estimerait qu'une conduite différente serait plus appropriée, dans le cas général ou dans un cas particulier »

### 1. OBJECTIF

- Améliorer la transmission des renseignements avant transfert,
- Permettre une prise en charge plus homogène des patientes,
- Eviter les dysfonctionnements.

### 2. PROTOCOLE

#### **I // POUR TOUT TRANSFERT**

- avant l'appel à la cellule de régulation ou au médecin de garde de la structure demandée si la régulation est fermée :

la patiente doit avoir eu :

- un examen clinique avec notification de particularités (métrorragies, fièvre, HTA etc)
- un monitoring
- une échographie obstétricale +/- du col
- un bilan biologique

ses antécédents doivent pouvoir être précisés si nécessaire

- Le monitoring doit être faxé en cas de demande de la part du médecin receveur, le but du travail en réseau étant la circulation des informations en toute transparence
- En cas de transport non médicalisé, l'établissement demandeur doit pouvoir contacter la(les) compagnie(s) d'ambulance avec laquelle il travaille : veiller à ce que la liste des n° de téléphone soit accessible facilement en salle d'urgence
- Lorsqu'il y a indication, commencer la corticothérapie ante-natale, selon la mise au point qui a été faite.
- En cas d'indication à réaliser une césarienne dès l'arrivée, le préciser à la régulation qui préviendra l'équipe de garde dans l'établissement receveur.
- une fois la place et le moyen de transport trouvés, la patiente doit rester en surveillance et bénéficier d'une réévaluation juste avant le départ (possibilités de rappeler la cellule pour savoir le délai d'attente) :
  - monitoring avant le départ
  - examen vaginal si nécessaire
  - évaluation de l'efficacité de la thérapeutique mise en place

- vérifier pouls, TA, température
- vérifier s'il y a une perfusion qu'elle est fonctionnelle avant le transport, et que les produits sont clairement notés sur les flacons (nom, dilution, dosage)
- faire partir la patiente avec un dossier le plus complet possible

Devant l'apparition de signe de gravité (anomalies du monitoring, aggravation de l'état maternel, métrorragies etc) ou une mise en travail le transfert materno-fœtal doit être annulé, un smur pédiatrique sera alors demandé pour le transfert néo-natal.

## **II// POUR LES TRANSFERTS DE MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE**

IL EST SOUHAITABLE DE :

- **éviter les transferts inutiles**
- privilégier les **transports non médicalisés sous Tractocile**
- rechercher et préciser lors de la demande de transfert **l'existence de facteurs de risque** : grossesse gémellaire, ou plus, métrorragies, signes infectieux, malformation utérine connue, ATCDS de fausse couche tardive ou d'accouchement prématuré, toxicomanie, grossesse non suivie, contexte socio-économique très défavorisé.

**La menace d'accouchement prématuré pouvant nécessiter un transfert concerne les patientes se présentant pour contractions utérines avec un col de moins de 25 mm à l'échographie.**

**En cas d'absence de facteur de risque particulier, avec une mesure de col de plus de 25 mm**, la patiente ne doit pas être transférée : elle peut rentrer chez elle ou rester en surveillance et la demande de transfert ne sera faite qu'en cas d'aggravation du tableau.

**En cas de contractions avec un col de moins de 25 mm**, il est souhaitable :

- de cadrer la patiente
  - de revérifier le terme
  - de s'assurer du bien-être fœtal
  - de vérifier l'absence de contre-indication à certains tocolytiques
  - de commencer la tocolyse choisie ainsi que la corticothérapie ante-natale
- **la demande de transfert peut se faire d'emblée** : col inférieur à 15 mm, impossibilité de prise en charge sur place, même temporaire, éloignement géographique, pathologie maternelle ou fœtale surajoutée, facteurs de risque présents.
- **la demande de transfert peut être différée et dépendre de l'efficacité de la tocolyse** : col supérieur à 15 mm, sans contexte particulier : évaluation après 3 heures de traitement tocolytique de l'arrêt ou non des contractions ; en cas d'évolution favorable, hospitalisation sur place et surveillance de la patiente sans transfert dans un premier temps. Cette surveillance comportera une échographie du col dans les 48H. Si évolution défavorable avec persistance des contractions malgré la tocolyse : demande de transfert.

**S'il existe un risque d'accouchement imminent** : arrêter la tocolyse, organiser l'accouchement sur place, prévenir la cellule de régulation pour la prise en charge pédiatrique.

### **3. DOCUMENTS DE REFERENCE**

- J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004;33:1S88-1S93 : Menace d'accouchement prématuré sévère précoce : est-il licite de ne pas transférer in utero et comment gérer une naissance en centre de niveau I et II ? J.Jansé-Marec, V.Mairovitz
- European Journal of Obstetrics & Gynecology and reproductive biology 2000 ;90 :3-11 : Transvaginal ultrasonography examination of the uterine cervix in hospitalised women undergoing preterm labor. F.Vendittelli, J-L Voluménié.

### **4. GLOSSAIRE**

Néant

### **5. DIFFUSION**

- Aux maternités des établissements adhérents au réseau Périnat-Sud,
- Aux sages femmes régulatrices,
- Aux équipes SAMU et SMUR