

JOURNÉES  
THÉMATIQUES INTERACTIVES

22-24 LILLE  
SEPT. 2021 | Grand Palais

DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
DE MÉDECINE D'URGENCE  
ET JOURNÉE NATIONALE DES INFIRMIERS  
ET PERSONNELS DE L'URGENCE



LA MÉDECINE D'URGENCE AU CŒUR DES FILIÈRES DE SOINS

[www.jti.sfm.org](http://www.jti.sfm.org)

VENDREDI : SYNTHÈSE DES ATELIERS DE 9H À 13H15 EN SALLE PLÉNIÈRE

Poser vos questions aux modérateurs !

Code : #718553



Rdv en ligne sur [www.slido.com](http://www.slido.com)

## Périnatalité

**Gilles BAGOU** (Lyon) - **Soizic PARANON** (Bordeaux) - **Ayoub MITHA** (Lille)

**Xavier COMBES** (Bordeaux) - **Emmanuel MONTASSIER** (Nantes) - **Muriel RHEIN** (Lille)

# Bibliographie sur périnatalité et TIU

▪ *Pauvre !*

▪ Textes réglementaires : organisation des réseaux

▪ Recommandations HAS : 2

▪ **Recommandations professionnelles** : l'orientation entre les maternités des femmes enceintes ayant un risque avéré de complication de leur grossesse (décembre 2009)

▪ **Recommandations de bonnes pratiques** : femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé (novembre 2012)

▪ Études et publications scientifiques validées : rares

**RESEAU EN PERINATALITE : coordonner la prise en charge globale de la femme enceinte et du nouveau-né afin de réduire la morbidité des mères et des nouveau-nés**

**Réduire les dépenses de santé  
Adapter au mieux les moyens aux besoins**

**Objectifs pour les nouveau-nés:**

- Diminution de la mortalité et morbidité infantile
- Diminution de l'incidence de la prématurité
- Diminution de l'incidence du handicap chez l'enfant

*Circulaire N°DHOS/O1/O3/CNAMTS/2006/151 du 30 mars 2006*

## ▪ Premier plan périnatal 1970-1976 :

- centré sur la prévention pendant la grossesse et la sécurisation de la naissance

## ▪ Plan périnatal 1995-2000 :

- objectifs : mortalité maternelle -40%, mortalité néonatale -15%

- résultats 1991-2003 :

mortalité maternelle : 13,9 ➔ 9 pour 100.000 naissances (-35%)

mortalité néonatale : 8,3 ➔ 6,5 pour 1000 naissances (-22%).

## ▪ Plan périnatal 2005-2007 :

- 4 notions : humanité, proximité, sécurité, qualité.

- objectifs : mortalité néonatale -15%, mortalité maternelle -40%.

**Décrets de périnatalité 1998 = classification centres périnataux selon niveau de soins pouvant être dispensés aux nouveau nés.**

- **Maternité type 1**
- **Maternité type 2a**
- **Maternité type 2b**
- **Maternité type 3**

## Maternité type 1 (en 2018: 194 maternités, 20,7% des accouchements en France)

Unité obstétricale, pas de service de néonatalogie, présence pédiatre/astreinte

- Grossesse et accouchements sans facteurs de risque, terme  $\geq 37$  SA
- Surveillance possible Nnés  $\geq 36$  SA ET  $\geq 2000$ g asymptomatiques

## Maternité type 2a (en 2018: 142 maternités, 28,4% des accouchements en France)

Unité obstétricale

Unité de néonatalogie 24/24h, pédiatre astreinte op.

- Grossesse et accouchement avec facteur de risque modéré
- hospitalisation possible Nnés  $\geq$  34 SA ET  $>$  1500g stabilisé
  - Infection néonatale précoce sans détresse vitale
  - Détresse respiratoire sans aide ventilatoire nécessaire
  - Troubles métaboliques pauci symptomatique
  - Indication nutrition entérale
  - Ictère (indication photothérapie intensive)



## Maternité type 2b (en 2018: 88 maternités, 23,8 des accouchements en France)

Unité de néonatalogie 24/24h, 7/7j avec secteur soins intensifs, pédiatre présent 24/24h, 7/7J.

- Infection néonatale précoce sans détresse vitale
- Détresse respiratoire avec ventilation non invasive
- Troubles métaboliques (hypoglycémie...)
- Syndrome de sevrage symptomatique
- Indication nutrition entérale / parentérale
- Ictère (indication photothérapie intensive)

} ≥ 32 SA ET ≥ 1500g

## Maternité type 3 (en 2018: 67 maternités, 27,1 % des accouchements en France)

Unité Obstétricale,  
Unité de Néonatalogie,  
Unité de Réanimation Néonatale

- Grossesse et accouchements à haut risque
- Prise en charge des Nnés avec pathologie sévère

## TIU

### ▪ Indications materno-fœtales :

- anomalies d'insertion du placenta : placenta prævia, placenta accreta...
- métrorragies sans retentissement maternel ni fœtal
- prééclampsie
- syndrome infectieux maternel.

### ▪ Indications fœtales :

- risque de grande prématurité avec une naissance prévisible entre 24 et 34 SA
- rupture prématurée des membranes entre 24 et 34 SA
- retard de croissance intra-utérin inférieur au 3<sup>ème</sup> percentile
- malformations fœtales justifiant une prise charge très spécialisée dès la naissance : cardiopathie, spina bifida, laparoschisis...

### ▪ Pathologies intercurrentes de la grossesse.

# MAP

Un utérus contractile ne signifie pas un risque d'accouchement prématuré

## ▪ L'évaluation de la menace :

- par un obstétricien senior : TV, EEV
- échographie du col : col long > 27 mm, orifice interne fermé, pas de facteurs de risques maternels.

## ▪ L'évaluation du risque d'accouchement pendant le transport :

- risque important : pas de transfert, assistance anténatale à proposer
- risque faible : transport possible, médicalisation à discuter
- pas de score prédictif validé avant 34 SA (Prémat-SPIA).
- Conférence à 3 nécessaire entre SAMU et deux obstétriciens

## Contre indications et non indications

- **Terme <24 SA :**
  - limite de la réanimation, enfant médicalement non viable ?
  - (limite légale de la viabilité : 22 SA).
- **Terme >34 SA sans pathologie associée.**
- **Non-réanimation affirmée (malformation non viable...).**
  
- **Contre-indications au TIU :**
  - hématome rétro-placentaire (ou sa suspicion)
  - métrorragies sur placenta prævia avec instabilité hémodynamique maternelle
  - anomalies du rythme cardiaque fœtal
  - MAP avec col > à 4 cm ?

## classe 1 (AP)

menace d'accouchement prématuré avec tocolyse intraveineuse par antagoniste de l'ocytocine

- rupture prématurée des membranes
- placenta praevia sans hémorragie depuis >12h

- diabète gestationnel sans insulinothérapie IV continue

- prééclampsie sans signe fonctionnel et stabilisée sans antihypertenseur intraveineux continu.

## classe 2 (TIIH)

menace d'accouchement prématuré avec tocolyse intraveineuse autre que par antagoniste de l'ocytocine

- placenta praevia avec métrorragies depuis <12h sans saignement actif actuel avec transport <30-60min

- diabète gestationnel avec insulinothérapie IV continue.

## classe 3 (SMUR)

menace d'accouchement prématuré avec tocolyse intraveineuse autre que par antagoniste de l'ocytocine

- menace d'accouchement prématuré avec dilatation >4cm et terme <30SA

- placenta praevia avec métrorragies depuis <12h sans saignement actif actuel avec transport >60min

- prééclampsie avec traitement antihypertenseur intraveineux continu et

## Faut-il médicaliser un TIU ?

▪ Peu d'indications

▪ Conclusion des RPP : urgences obstétricales en pratique de médecine d'urgence, SFMU-SFAR-CNGOF, 2021

▪ question : « La médicalisation du transfert inter-hospitalier d'une femme enceinte présentant une menace d'accouchement prématuré réduit-elle la morbi-mortalité materno-fœtale ? »

▪ réponse : « Les experts suggèrent de ne pas médicaliser systématiquement les transferts inter-hospitaliers des femmes enceintes présentant une menace d'accouchement prématuré ».

La vraie question de la médicalisation du TIH est sa plus-value.

- **Responsabilité de la décision de transfert in-utero :**  
obstétricien de la maternité d'origine.
- **Responsabilité de la décision de médicalisation du transport :**  
obstétricien de la maternité d'origine  
médecin régulateur du SAMU  
obstétricien de la maternité d'accueil.
- **Responsabilité de la décision de la faisabilité du transport SMUR :**  
médecin transporteur du SMUR  
médecin régulateur du SAMU  
obstétricien de la maternité d'origine  
obstétricien de la maternité d'accueil.



JOURNÉES  
THÉMATIQUES INTERACTIVES

DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
DE MÉDECINE D'URGENCE  
ET JOURNÉE NATIONALE DES INFIRMIERS  
ET PERSONNELS DE L'URGENCE



22-24 | LILLE  
SEPT. 2021 | Grand Palais



Collège de  
Médecine d'Urgence  
Nord-Pas-de-Calais



LA MÉDECINE D'URGENCE AU CŒUR DES FILIÈRES DE SOINS

[www.jti.sfm.org](http://www.jti.sfm.org)

# Transfert Néonatal

## naissance in-born et naissance out-born

### Devenir des nouveau-nés « out-born »

- ↗ morbi-mortalité des nouveau-nés <1500g nés out-born  
*Phibbs CS. N Engl J Med 2007*
- ↗ hémorragie intra-ventriculaire, entérocolite ulcéro-nécrosante,  
et perforation digestive chez les extrêmes prématurés < 28 SA  
*Sasaki Y. Ped Crit Care Med 2019*

## Transfert : naissance out-born et certains in-born

- Malformations congénitales diagnostiquées en postnatal
- Pathologies post-natales
- Contre-indication au TIU
- Prématurité
  - Données de la cohorte Epipage-2 en 2011 *Desplanches T. Paediatr Perinat Epidemiol. 2021*
  - 16% des <31SA naissance out-born,
- Transfert pour mise en hypothermie thérapeutique (urgence!! < 6h00)

## La régulation des transferts néonataux

**Objectif : coordonner la demande de transport, le transport et l'accueil du nouveau-né dans l'établissement de proximité et adapté**

- **Connaissance géographique du territoire**
- **Connaissance de son réseau de soins**
- **Des différents vecteurs possibles**
- **Notions de base de médecine néonatale**
- **Connaissance de la disponibilité des lits (Répertoire Opérationnel des Ressources)**

## Hétérogénéité des organisations selon les territoires

- Le SAMU : réception et traitement des appels au CRRA
- Régulation déportée : pédiatre du SMUR pédiatrique, ex : Toulouse
- Cellule Régionale d'Orientation Périnatale, ex : Languedoc Roussillon, Rhône-Alpes, Hauts-de-France
- Persistance de transfert non régulés : gestion des transports par les services (transport sanitaire par ambulance, TIIH +++)
- Le SAMU doit valider tout transport médicalisé inter hospitalier

JOURNÉES  
THÉMATIQUES INTERACTIVES

22-24 LILLE  
SEPT. 2021 | Grand Palais

DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
DE MÉDECINE D'URGENCE  
ET JOURNÉE NATIONALE DES INFIRMIERS  
ET PERSONNELS DE L'URGENCE



LA MÉDECINE D'URGENCE AU CŒUR DES FILIÈRES DE SOINS

[www.jti.sfm.org](http://www.jti.sfm.org)

VENDREDI : SYNTHÈSE DES ATELIERS DE 9H À 13H15 EN SALLE PLÉNIÈRE

Poser vos questions aux modérateurs !

Code : #718553



Rdv en ligne sur [www.slido.com](http://www.slido.com)