

C DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE





SEPT. 2021 Grand Palais LA MÉDECINE D'URGENCE AU CŒUR DES FILIÈRES DE SOINS

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

Poser vos questions aux modérateurs!

Rdv en ligne sur www.slido.com

Code: #718553







22-24





## Périnatalité

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

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









#### A MEDECINE D'URGENCE AU CŒUR DES FILIERES DE SOINS

# 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)
- <u>Études et publications scientifiques validées</u> : rares





22-24 | | | | E





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

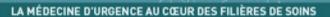
Circulaire N°DHOS/01/03/CNAMTS/2006/151 du 30 mars 2006













## Premier plan périnatal 1970-1976 :

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

## Plan périnatal 1995-2000 :

<u>objectifs</u>: mortalité maternelle -40%, mortalité néonatale -15%

<u> résultats 1991-2003</u> :

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%.











A MÉDECINE D'URGENCE AU CŒUR DES FILIÈRES DE SOINS

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

22-24





Collège de Molacie d'Orgens Anti-Paule-Cales



LA MÉDECINE D'URGENCE AU CŒUR DES FILIÈRES DE SOINS

<u>Maternité type 1</u> (en 2018: 194 maternités, 20,7% des accouchements en France)

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

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









A MÉDECINE D'URGENCE AU CŒUR DES FILIÈRES DE SOINS

<u>Maternité type 2a</u> (en 2018: 142 maternités, 28,4% des accouchements en France)

Unité obstétricale Unité de néonatologie 24/24h, pédiatre astreinte op.

- · Grossesse et accouchement avec facteur de risque modéré
- · hospitalisation possible Nnés ≥ 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)









A MÉDECINE D'URGENCE AU CŒUR DES FILIÈRES DE SOINS

<u>Maternité type 2b</u> (en 2018: 88 maternités, 23,8 des accouchements en France)

Unité de néonatologie 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









LA MÉDECINE D'URGENCE AU CŒUR DES FILIÈRES DE SOINS

<u>Maternité type 3</u> (en 2018: 67 maternités, 27,1 % des accouchements en France)

Unité Obstétricale, Unité de Néonatologie, Unité de Réanimation Néonatale

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









LA MÉDECINE D'URGENCE AU CŒUR DES FILIÈRES DE SOINS



## TIU

#### •Indications materno-fœtales :

- anomalies d'insertion du placenta : placenta prævia, placenta accreta...
- •métrorragies sans retentissement maternel ni fætal
- 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 3ème percentile
- malformations fœtales justifiant une prise charge très spécialisée dès la naissance : cardiopathie, spina bifida, laparoschisis...

## Pathologies intercurrentes de la grossesse.











LA MÉDECINE D'URGENCE AU CŒUR DES FILIÈRES DE SOINS

# 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 :

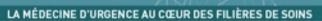
- \*risque important : pas de transfert, assistance anténatale à proposer
- \*risque faible : transport possible, médicalisation à discuter
- pas de score prédictif validé avant 34 SA (Prémat-SPIA).
- \*Conférence à 3 nécessaire entre SAMU et deux obstétriciens













#### 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

22-24|| ||

•rupture prématurée des membranes

placenta prævia 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 prœvia 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 <305A

\*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-fætale ? »

•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.









A MÉDECINE D'URGENCE AU CŒUR DES FILIÈRES DE SOINS

- Responsabilité de la <u>décision de transfert</u> in-utero : obstétricien de la maternité d'origine.
- Responsabilité de la <u>décision de médicalisation</u> 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.













LA MÉDECINE D'URGENCE AU CŒUR DES FILIÈRES DE SOINS

# 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











LA MÉDECINE D'URGENCE AU CŒUR DES FILIÈRES DE SOINS

## 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 <315A naissance out-born,
- Transfert pour mise en hypothermie thérapeutique (urgence!! < 6h00)</li>







22-24





# 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)









#### A MÉDECINE D'URGENCE AU CŒUR DES FILIÈRES DE SOINS

## 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



C DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE





SEPT. 2021 Grand Palais LA MÉDECINE D'URGENCE AU CŒUR DES FILIÈRES DE SOINS

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

Poser vos questions aux modérateurs!

Rdv en ligne sur www.slido.com

Code: #718553

