

Transfert In Utero et Menace d'Accouchement Prématuré

Historique des modifications		
Version	Dates de modification	Objets de la modification
N°1	24/03/2023	Création

Indexation : 2023_TIU_MAP, référentiel accessible sur www.perinatalite-occitanie.fr

Seule la version informatique fait foi.

Périodicité de révision : 5 ans

- ✓ **Rédaction :** Dr Armelle BERTRAND, Gynécologue - obstétricienne, RPO Toulouse
Mme Jessica COQUENAS, Sage-femme coordinatrice médicale, RPO Toulouse
Dr Harmonie DUPUIS, Gynécologue – obstétricienne et épidémiologiste, RPO Toulouse
Dr Marie PORTES, Gynécologue – obstétricienne, RPO Montpellier
- ✓ **Relecture :** Membres du Conseil Scientifique RPO
- ✓ **Validation :** Conseil scientifique RPO du 17/01/2023

Objet	Le protocole décrit la prise en charge des patientes lors d'un transfert in utero pour risque d'entrée en travail prématuré à membranes intactes
Domaine d'application	Ce référentiel s'adresse aux équipes des maternités. Rédigé sous l'égide du Réseau de Périnatalité Occitanie, ce référentiel 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.
Documents de référence	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandations HAS 2012 « Femmes enceintes ayant eu une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé » • Recommandations du CNGOF 2016 « Prévention de la prématurité spontanée et de ses conséquences »
Abréviations	TIU : transfert In Utéro MAP : menace d'Accouchement Prématuré HRP : hématome rétro placentaire RCF : rythme cardiaque fœtal TV : toucher vaginal LA : liquide amniotique ERCF : enregistrement du rythme cardiaque fœtal EPF : estimation de poids fœtal CU : contraction utérine PDE : poche des eaux

Référentiel

I. Qui transférer ?	Erreur ! Signet non défini.
II. Où et quand transférer ?	3
III. Bilan initial	3
IV. Prise en charge	4
V. Annexes : utilisation des tocolytiques	6

I. Qui transférer ?

Le transfert In Utero (TIU) est indiqué lorsqu'il existe une inadéquation entre la structure d'hospitalisation d'une femme enceinte et la pathologie qu'elle ou son enfant présente.

➤ Menace d'accouchement prématuré (MAP)

L'association suivante constitue une indication de TIU :

- ✓ Contractions utérines nécessitant une tocolyse d'attaque
- ✓ **ET** modifications cervicales avec longueur fonctionnelle échographique du col < 25mm
- ✓ Si le col est entre 15 et 25mm, **TIU à discuter** en fonction de l'âge gestationnel, de l'histoire obstétricale, de la distance entre la maternité d'origine et celle correspondant au terme, de la positivité de la fibronectine.

➤ Modifications cervicales asymptomatiques

En cas de col court isolé (longueur fonctionnelle < 25mm), **la décision de transfert sera prise au cas par cas**, après appel de la cellule du RPO, et dépendra de l'âge gestationnel au moment du diagnostic, de l'histoire obstétricale et de la distance séparant la maternité d'origine et celle de destination

➤ Contractions utérines nécessitant une tocolyse d'attaque sans modifications cervicales

Du fait de l'excellente valeur prédictive négative d'une longueur fonctionnelle du col ≥ 25 mm, cette situation ne constitue pas une indication de transfert in utero.

Néanmoins, en cas d'échec d'une première tocolyse et de nécessité de recours à une seconde ligne de traitement, la décision de TIU pourra être discutée après appel de la cellule du RPO (**Tel : 09 70 75 30 50**).

Contre-indications au TIU

- Etat maternel instable
- RCF pathologique
- Hématome rétro placentaire (HRP)
- Risque trop important d'accouchement durant le transport à apprécier en fonction du contexte (maîtrise des contractions, parité, antécédents), de l'examen clinique (dilatation par exemple ≥ 4 cm) et du trajet : **à réévaluer avant le départ (échographie cervicale ou TV)**

NB : penser au diagnostic d'HRP ou d'hématome marginal devant une « MAP inexpliquée » avec métrorragies.

En cas d'accouchement prématuré imminent, contre-indiquant le TIU, **l'intervention anténatale du SMUR pédiatrique** peut être sollicitée afin de constituer un renfort à la prise en charge du nouveau-né prématuré (**accord régional**)

II. Où et quand transférer ?

Les indications recommandées de transfert in utero sont fonction :

- Du terme de survenue des symptômes
- De l'estimation pondérale fœtale
- Et du type des maternités

Le choix de l'établissement receveur tient compte de sa typologie, des contraintes géographiques et de la disponibilité de place dans la maternité d'accueil.

- **Pour les grossesses < 23 SA et 5j** : pas d'indication systématique de TIU vers une maternité de type III (à discuter au cas par cas)
- **Pour les grossesses ≥ 24 SA et < 32 SA, ou au-delà si l'estimation fœtale est inférieure à 1500 grammes**, le TIU doit s'effectuer vers une maternité de type III.
- Pour les grossesses entre 32 SA et 35 SA + 6j et en cas d'estimation pondérale fœtale supérieure ou égale à 1500 grammes, le TIU doit s'effectuer vers une maternité de type II (cf. Annexe 3)

En cas d'indisponibilité de places dans les structures de niveau de soins adapté à l'échelle régionale (ou d'emblée si proximité géographique) un transfert hors région peut être envisagé, voir protocole « Transfert difficile ».

III. Bilan initial

- **Clinique** : examen clinique obstétrical avec **TV** (si patiente hyperalgique) + **examen au speculum** si doute sur écoulement de LA
- **Paraclinique** :
 - Carte de groupe sanguin valide, RAI
 - **Bilan infectieux** : NFS-pq, +/- CRP (selon contexte), prélèvement vaginal + ECBU systématique
 - **ERCF** pendant au moins 30 min (à partir de 24 SA et EPF > 500g)
 - **Echographie du col** (vessie vide, en dehors d'une CU)
 - Avant 34 SA
 - Seuils retenus : **col < 15mm** : risque élevé d'accouchement prématuré
Col > 25mm : peu de risque d'accouchement prématuré
 - Mauvaise Valeur Prédictive Positive
 - **EPF récente** avec indication de la présentation, de la placentation et de la quantité de LA.
 - **Promtest** : si protrusion de la PDE à l'examen clinique ou doute sur écoulement
 - **Fibronectine** : le dépistage de la fibronectine fœtale chez les patientes en MAP a une

excellente valeur prédictive négative pour prédire l'absence d'accouchement prématuré à 48h et à 7j. Elle peut être utilisée dans la stratégie globale pour décider ou non d'un transfert, notamment pour les cols entre 15 et 25 mm :

- **Si négative** : transfert à réévaluer
- **Si positive** : ok transfert

IV. Prise en charge

a) Corticothérapie anténatale à visée maturative fœtale

- Possible à partir de 23 SA et 5j (accord régional)
- Faite avant le départ **après accord du centre receveur** (à discuter en fonction du terme, de la réalité du risque d'accouchement prématuré, en cas de diabète de type 1 très déséquilibré)
- Béthaméthasone 12mg IM à renouveler 24h plus tard (Ne pas avancer la deuxième injection)
- **Ne pas faire si accouchement imminent**
- **Ne pas répéter les cures**

b) Tocolyse initiale (cf fiches thérapeutiques en annexe 1)

2 tocolytiques à privilégier en première intention :

- **Inhibiteurs calciques : prescription hors AMM**
 - ✓ Nifédipine per os AMM :
 - Traitement d'attaque : 20mg LP à renouveler à T0 + 30 minutes
 - Traitement d'entretien en cas de persistance des contractions utérines: 20mg LP toutes les 8h pendant 48h soit 6 comprimés maximum
 - ✓ Nicardipine IV : pas de preuve d'une efficacité supérieure à la Nifédipine per Os : **non recommandé** (Avis d'expert CNGOF 20214)
- **Antagoniste de l'ocytocine : Atosiban**
 - ✓ En cas d'échec des inhibiteurs calciques ou d'emblée en cas de contre-indication aux inhibiteurs calciques, ou pour encadrer le transport en cas de longue distance entre la maternité d'origine et celle de destination.
- Les bêtamimétiques IV : **ne sont pas recommandés**

c) Indications d'une antibiothérapie

Les situations qui justifient une **antibiothérapie initiale** sont les suivantes :

- Vaginose bactérienne
- Vaginite symptomatique à streptocoque B
- Infection urinaire (y compris la bactérie asymptomatique)

d) Le transfert in utero

- **Permanence téléphonique de la cellule transfert du RPO de 8h à 20h, 365j/365j :**
Tel : 09 70 75 30 50 (de 20h à 8h00, en composant le numéro, l'appel est enregistré et transféré vers le niveau III de référence)
- **Décision médicale :** accord entre le médecin demandeur (qui doit être présent auprès de la patiente) et le médecin receveur (cellule réseau / chef de garde)
- Le transfert n'est habituellement **pas médicalisé** sauf cas particulier (éloignement géographique et transfert par hélicoptère, modifications cervicales présentes mais lentes et trajet > 30 min) : **à discuter le plus tôt possible avec le SAMU pour étudier la faisabilité du transfert. Attention ! Certaines ambulances ne prendront pas en charge les patientes sous PSE de tractocile.**
- **S'assurer de la réussite de la tocolyse (diminution des CU ressenties et/ou enregistrées après au moins 30 minutes)**
- **L'état clinique de la patiente doit être réévalué au moment du départ afin de confirmer la faisabilité du transport**

Checklist avant transfert in utero

- Information et consentement de la patiente
- Dossier médical complet (sérologies, carte de groupe sanguin, échographies, résumé du suivi obstétrical, dernier ERCF)
- Fiche de liaison ou courrier médical rappelant les horaires d'administration des médicaments et les résultats des bilans sanguins, s'ils sont disponibles.

e) La réorientation

Réévaluation 24h après l'arrêt de la tocolyse, si situation stabilisée (pas de CU, pas de tocolyse, pas de MTR), le devenir de la patiente dépend de l'histoire obstétricale, de la clinique et des examens paraclinique de la patiente et des habitudes des centres.

- Maintien en hospitalisation de type III jusqu'à 32 SA si :
 - Col initial < 5 mm
 - Col de contrôle < 10 mm et/ou fibronectine +
 - Col initial entre 5 et 15 mm (ou si col < 25 mm et histoire obstétricale) avec raccourcissement du col sur écho de contrôle à J7
- Possibilité d'**hébergement en hôtel hospitalier** sur Toulouse selon conditions, si éloignement géographique, < 32 SA, stabilisée mais histoire obstétricale et / ou col initial entre 5 et 15 mm
- **Retransfert** vers un établissement de type II si > 32 SA ou 34 SA et col toujours < 10 mm ou 10-20 mm avec fibronectine+

Un contact avec l'équipe médicale de l'établissement receveur est réalisé via le RPO pour :

- Valider la demande et transmettre les éléments du dossier
- Vérifier, en concertation avec les pédiatres, la disponibilité des places
- Définir les modalités de transport
- Déterminer la date et l'heure de transfert

Checklist avant retransfert

- Dossier médical complet (sérologies, carte de groupe sanguin, échographies, résumé du suivi obstétrical, dernier ERCF)
 - Fiche TIU RPO ou courrier médical rappelant les médicaments administrés
- **Retour à domicile** : dans certains cas, un retour à domicile peut être discuté et nécessite un accord préalable entre les équipes médicales des établissements envoyeur et receveur (accord souhaitable du médecin qui assurera la poursuite du suivi obstétrical). **Une consultation devra être proposée à la patiente au sein de l'établissement qui assurera la poursuite du suivi obstétrical dans un délai rapide.**

Checklist avant retour à domicile.

- Courrier médical et comptes-rendus des échographies obstétricales
- Surveillance à domicile non systématique mais pouvant être proposées

V. Annexes : utilisation des tocolytiques

1) Tocolyse par inhibiteurs calciques

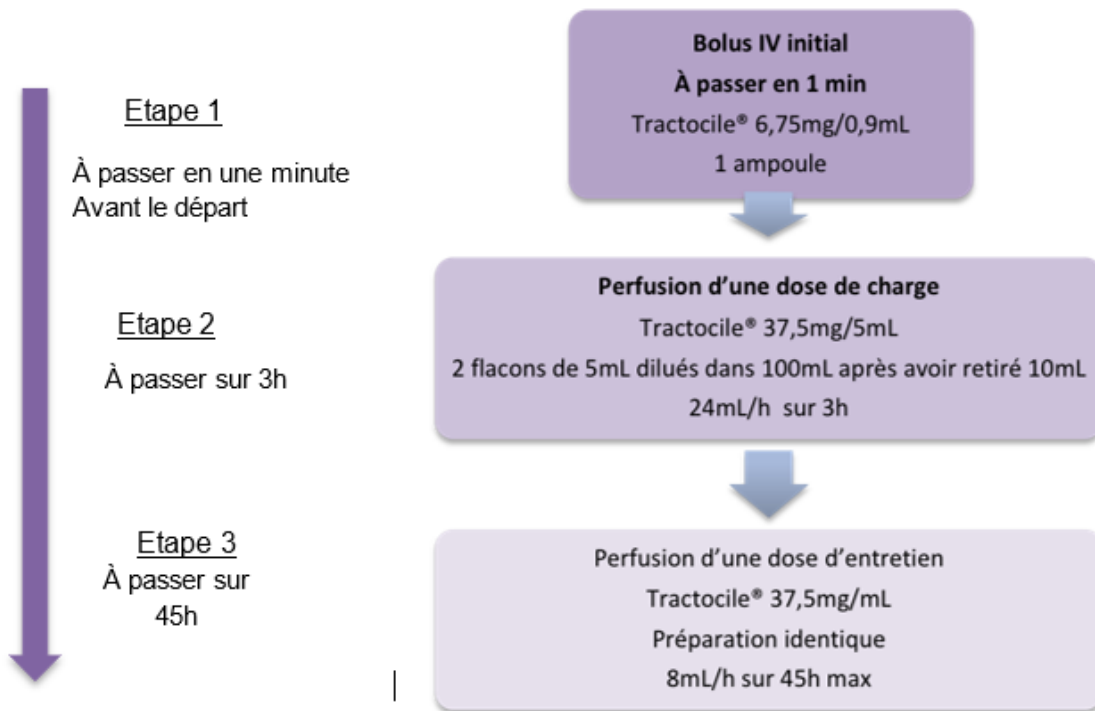
Aucune contre-indication mais prescription hors AMM (information sur les bénéfices/risques à tracer) mais recommandée par CNGOF 2016 + 2020 (suppression de la forme non LP)

- **Traitement d'attaque** :
 - 1 cp de Nifédipine 20 mg LP, à répéter une fois après 30 min (soit 2 cp en 30 min)
 - Surveillance de la pression artérielle : toutes les 15 min durant 2h (si Tas < 100mmHg ou baisse de la TA > 20% ou si symptômes cardiovasculaires : arrêt immédiat du traitement)
- **Traitement d'entretien** :
 - Nifédipine 20 mg LP : 1cp / 8h (3/j)
 - A débiter 3h après la dernière prise du traitement d'attaque
 - Attendre au moins 2h pour juger de l'efficacité ou non de la Nifédipine
 - Durée du traitement :48h (6 cp au total)

Surveillance : TA / 15 min, ERCF

Effets indésirables : céphalées, bouffées vasomotrices, palpitations, vertiges, nausées.

2) Tocolyse par Atosiban/Tractocile® : IV



3) Critères d'accueil du nouveau-né dans les établissements de santé en Occitanie

Département	Unité	Type de soin	Limite âge gestationnel	Limites poids naissance
09	CH St Giron	I	36 SA	2400 g
09	CHIVA (Foix)	IIa	32 SA	1500 g
11	CH Narbonne	I	35 SA	2000 g
11	CH Carcassonne	IIa	32 SA	1500 g
12	CH Villefranche de Rouergue	I	36 SA	2400 g
12	CH St Afrique	I	36 SA	2500 g
12	CH Millau	I	36 SA	2000 g
12	CH Rodez	IIb	32 SA	1500 g
30	Polyclinique Grand Sud	IIa	34 SA	1800 g
30	CH Bagnols sur Cèze	IIa	34 SA	1800 g
30	CH Alès	IIa	34 SA	1800 g
30	CHU Nîmes	III	24 SA	500 g
31	Clinique Croix du Sud	I	34 SA	1750 g
31	Clinique d'Occitanie	I	36 SA	2000 g
31	CH St Gaudens	I	36 SA	2200 g
31	Hôpital Joseph Ducuing	I	35 SA	2000 g
31	Clinique Rive Gauche	IIa	32 SA	1500 g
31	Clinique de l'Union	IIa	32 SA	1500 g
31	Clinique Ambroise Paré	IIb	31SA	1200 g
31	CHU Toulouse	III	24/25 SA	500 g
32	CH Auch	IIa	32 SA	1500 g
34	Clinique Champeau	I	36 SA	2400 g
34	Clinique St Louis	I	36 SA	2100 g
34	Polyclinique St Thérèse	I	36 SA	2100 g
34	Polyclinique St Roch	IIa	34 SA	1800 g
34	CH Sète	IIa	34 SA	1800 g
34	Clinique Clémentville	IIa	34 SA	1800 g
34	CH Béziers	IIb	32 SA	1500 g
34	CHU Montpellier	III	23 SA	500 g
46	CH Cahors	IIa	32 SA	1500 g
48	CH Mende	IIa	34 SA	1800 g
65	Polyclinique de l'Ormeau	I	36 SA	2200 g
65	CH Tarbes	IIb	32 SA	1500 g
66	Polyclinique Méditerranée	I	36 SA	2200 g
66	CH Perpignan	III	26 SA (24 SA en urgence)	600g (500 g en urgence)
81	CH Lavaur	I	35+5 SA	2000 g
81	CH Castres	IIa	32 SA	1500 g
81	CH Albi	IIa	32 SA	1500 g
82	Clinique Croix St Michel	I	36 SA	2000 g
82	CH Montauban	IIa	32 SA	1500 g
/	Hôpital de Cerdagne	Hôpital transfrontalier : type non caractérisable	35 SA (sans pathologie associée)	2200 g

NB : Les critères d'accueil des nouveau-nés dans un établissement peuvent être modifiés transitoirement en raison d'une situation dégradée des ressources humaines médicales ou non médicales