Version n°2	Création le 16/12/2019 Modifié le 04/07/22 Modifié le 26/03/2024	Validation le 23/04/2024 Par CS RPO
Nom : Vecteurs	Diffusion : XX	

AIDE A LA DECISION DE LA CLASSE DE VECTEURS POUR LES TRANSFERTS PERINATAUX

I. OBJET

Le protocole décrit les critères de choix du vecteur de transport lors des transferts in-utero.

II. DOMAINE D'APPLICATION

Ce protocole s'adresse aux professionnels des maternités et urgentistes

III. DOCUMENTS DE REFERENCE

- HAS – recommandations : Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé - nov 2012
- Circulaire DHOS/01 n°2006-273 du 21 juin 2006 relative à l'organisation des transports périnatals des mères
- Recommandations formalisées d'experts SFAR-SFMU 2010 : urgences obstétricales extrahospitalières
- Article L1110-4 du Code de la Santé Publique modifié par Ordonnance n°2017-31 du 12 janvier 2017 - art. 5 stipulant les conditions de transmission des données médicales entre professionnels de santé

IV. GROUPE DE TRAVAIL

Ce protocole a été travaillé par l'ensemble des professionnels suivants :

Dr Bounaud (urgentiste Carcassonnne/ORU),Dr Cotin (urgentiste SAMU Montpellier, responsable SMUR),Dr Delassat (urgentiste SAMU 82) , Marie Portes (GO CHU Nîmes/RPO), M Lenormand (SF CHU Toulouse), D Marragou (SFC Clementville), N Laurenceau (SF Coordinatrice CHU PDV), Dr Belot (SAMU 34, urgentiste), JM Amalric (urgentiste SAMU 31, référente périnatalité), L Tomaso (SF Coordinatrice CH de Narbonne),M Valenciano (SF, hôpital de Cerdagne), N Peixoto (SFC, CHU ADV), J Callis (SF transferts RPO), M Botz (SF transferts RPO), M Haberkorn (SF transferts RPO) J Coquenas (SF coordinatrice, pilote du pôle transferts RPO),

V. PROTOCOLE : Choix du vecteur selon l'indication du transfert

SOMMAIRE :

1. Rappel des vecteurs de transport 2
2. Rappel des contre-indications au transfert 2
3. En pratique 2
4. Choix du type de transport 2

Risque d'accouchement prématuré à membranes intactes (en l'absence de métrorragies), Rupture prématurée des membranes avant 36 SA.....4
Métrorragies – Hémorragie du post-partum- Anomalie de l'insertion placentaire..5
Prééclampsie 6
Pathologies fœtales exclusives.....7
Annexe : aide-mémoire conditionnement patientes 8

1. Rappel des vecteurs de transport

- **Classe 1** : Transport non médicalisé (type VSL)
- **Classe 2** : Transport paramédical : présence d'un infirmier.
- **Classe 3** : Transport médicalisé, réalisé par le SMUR. Présence d'un médecin. Il peut être terrestre ou héliporté.

- **Place de l'hélicoptère**
- En fonction de l'organisation locale des transports.

2. 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.

3. En pratique

- Après accord du transfert par l'établissement receveur : **le médecin de l'établissement envoyeur se charge d'organiser le transport de la patiente** (transport médicalisé ou non).
    - Appel d'une ambulance en cas de choix d'un vecteur de classe 1.
    - **Appel du 15** : en cas de choix d'un vecteur de **classe 2 ou 3 ou en cas de doute**.
    - Le RPO ne peut commander les ambulances privées pour les établissements.

En cas de délais majeurs impactant le pronostic de la patiente, le RPO peut appuyer la demande de transfert auprès du SAMU départemental.
Le RPO vous guide sur le choix du vecteur adapté avec les algorithmes suivants établis en partenariat avec les SAMU.
Dans tous les cas : intérêt d'une conférence téléphonique à 3 entre le médecin envoyeur, le médecin receveur et le médecin régulateur du SAMU pour :

- Valider l'indication du transfert
- Déterminer le vecteur terrestre ou aérien sans surestimer le gain de temps de ce dernier
- En cas de refus de transport, proposer une aide médicalisée chaque fois que cela est possible et nécessaire

A noter que cette procédure ne concerne que les transferts interhospitaliers. Les transports urgents depuis le domicile ou depuis le cabinet d'un professionnel relèvent de la responsabilité et de la régulation du SAMU et doivent passer par l'appel au 15.

Ce travail est un guide et non un document opposable car :

- **Le choix du mode de transport de la patiente est de la responsabilité du médecin demandeur du transfert.**

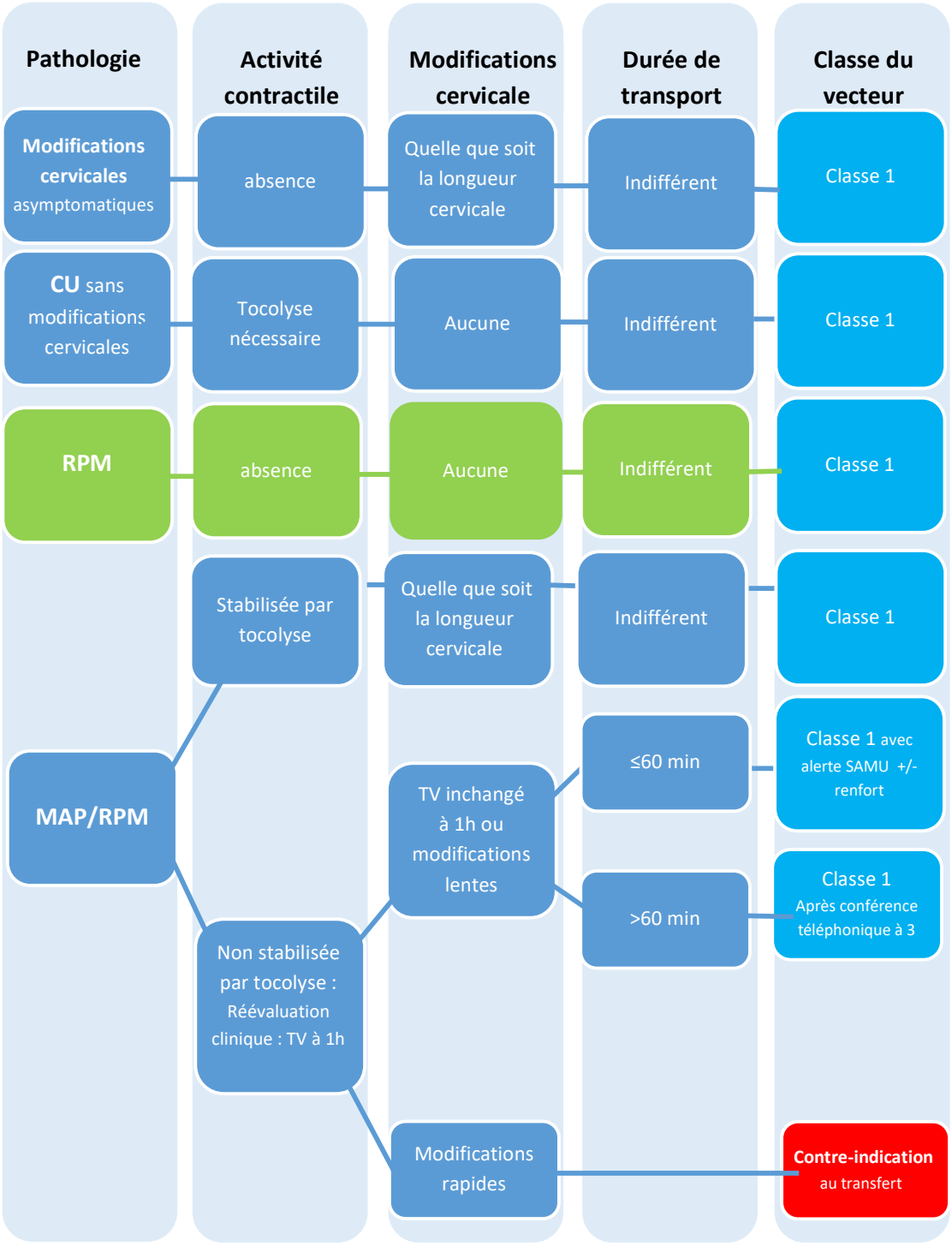
MAIS

- **La décision finale du mode de transport médicalisé revient au médecin régulateur du SAMU.**

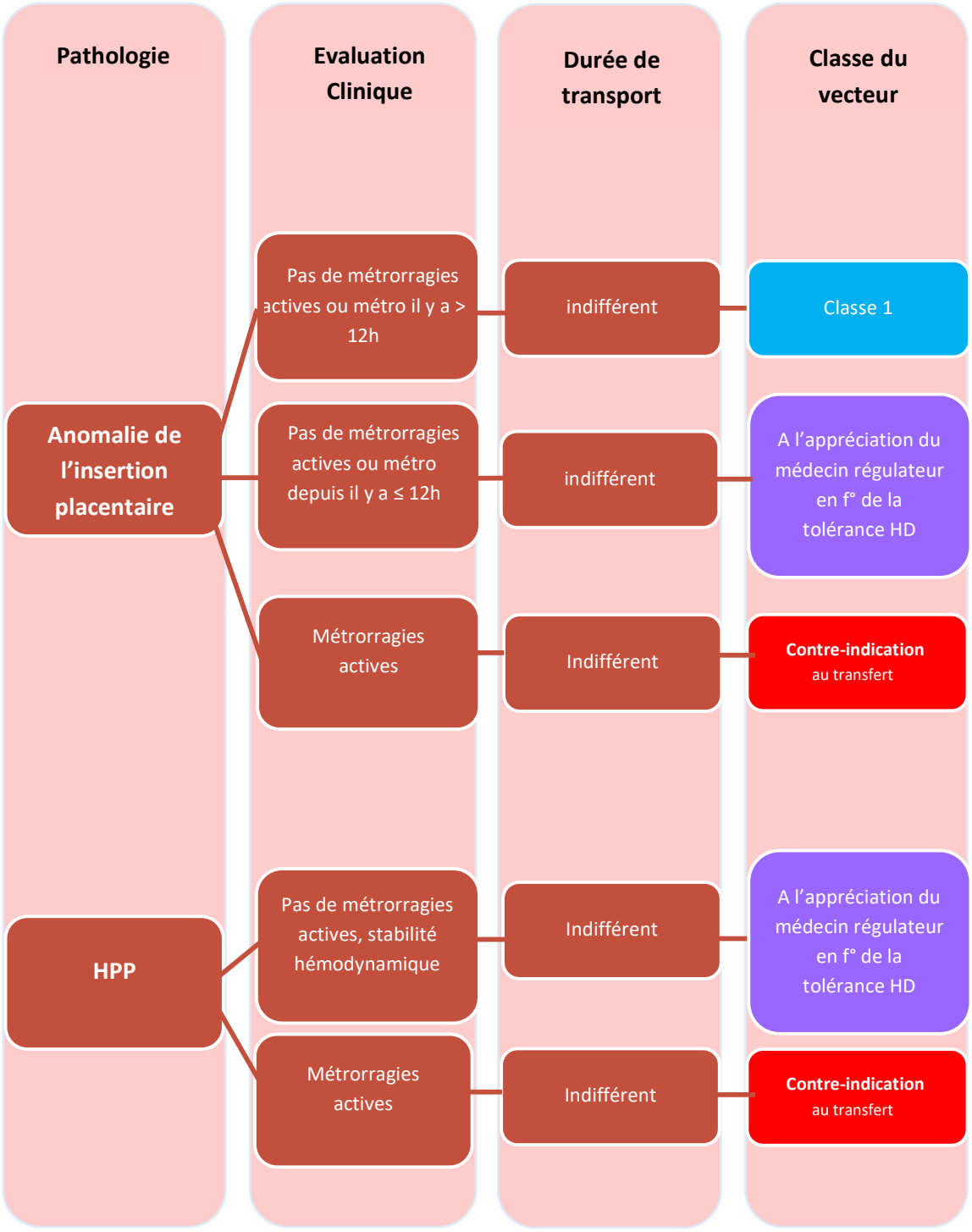
4. Choix du type de transport

La modalité du transfert repose sur l'analyse :

- de l'indication materno foetale en terme de pronostic vital et fonctionnel
- de l'état clinique et de la stabilité maternelle
- du risque de dégradation maternelle et/ou foetale pendant le transfert inter-hospitalier
- de la durée du transfert et surtout des possibilités de renfort médicalisé pendant ce transfert
- des ressources médicales et para médicales disponibles à la demande du transfert

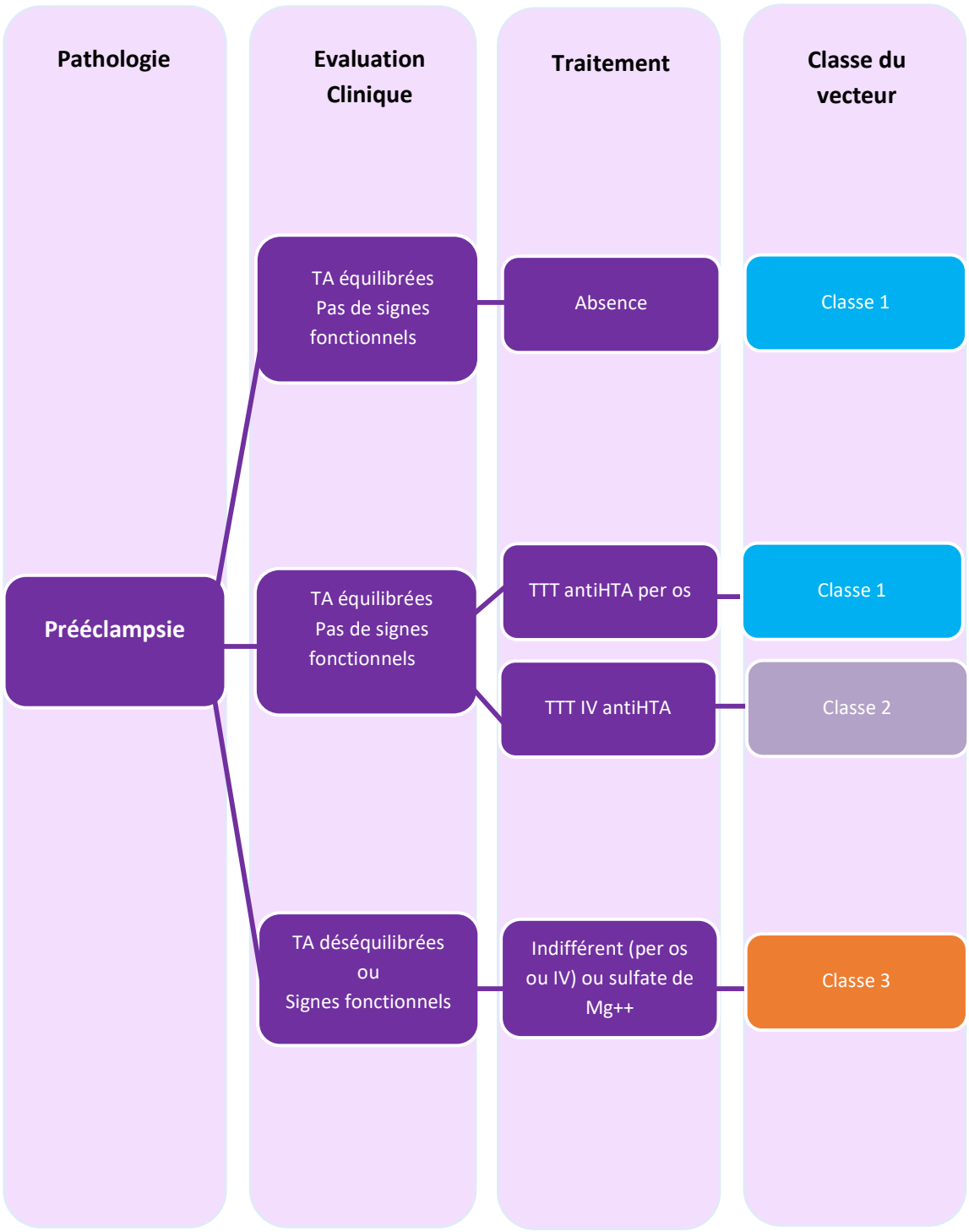


Risque d'accouchement prématuré à membranes intactes (en l'absence de métrorragies), Rupture prématurée des membranes avant 36 SA



Métrorragies – Hémorragie du post-partum- Anomalie de l'insertion placentaire

Prééclampsie



Pathologies fœtales exclusives

Tout transfert d'indication fœtale exclusive s'effectuera en vecteur de quelle que soit la durée du transport ;

Classe 1

Toute anomalie du rythme cardiaque fœtal **nécessitant une extraction en urgence** contre indique le transfert.

Demandes de transfert pour suractivité :

Se reporter à l'algorithme correspondant (MAP pour patiente en W, RPM)

Annexe : aide-mémoire + conditionnement patientes transferts in utero

MAP/RPM

- Corticothérapie (possible dès 23SA)
- Bilan infectieux (PV, ECBU, NFS-pq, CRP)
- Echographie du col (< 34SA) +/- FNF en cas de MAP
- Echographie foetale récente (<15J)
- ERCF de 30 min (>24SA)
- Tocolyse
- Antibiothérapie si RPM

Pathologies vasculaires (HTA - Pré éclampsie)

- Corticothérapie
- Pose voie veineuse
- Bilan biologique HTA
- ERCF de 30 min minimum
- Echographie foetale
- +/- traitement antihypertenseur et sulfate de Mg++
- Position DLG à privilégier pendant transport
- Monitorage maternel pendant transport

Métrorragies

- Corticothérapie
- Pose voie veineuse
- Bilan sanguin: groupage sanguin,bilan pré-opératoire, Kleihauer
- ERCF
- Echographie obstétricale abdominale et endovaginale (localisation placentaire)

RCIU

- Corticothérapie
- ERCF
- Echographie foetale: EPF en percentile reportée sur des courbes individualisées (Gardosi), transmettre toutes les echographies
- Si contexte de préeclampsie (cf pathologies vasculaires)
- Position en DLG à privilégier pendant transport