


NE PAS REMPLIR OU MODIFIER LES ZONES %%%%%%%%%% (INFORMATIONS REPRISES PAR LE LOGICIEL)

 Centre hospitalier de Marne-la-Vallée	Référence : %%%%%%%%%% Version %%%%%%%%%%	Nombre de Pages : 5
	Date de dernière validation : %%%%%%%%%%	
	Date prévisionnelle de révision : %%%%%%%%%%	
	Valideur(s) : %%%%%%%%%%	

Auteur(s)	Joëlle LOZACH, cadre de santé, gynécologie obstétrique Fabienne MAROT, sage-femme coordinatrice, gynécologie obstétrique Estelle WAFO, médecin chef de service de gynécologie obstétrique
Vérificateur(s)	Dr Omar BELKHODJA, médecin chef de service du SAU Elisabeth DELON, AS, gynécologie obstétrique Odile FREMIN, praticien hospitalier, gynécologie obstétrique Ingrid HORNUNG, assistant spécialiste, gynécologie obstétrique Marie MAUDUIT, sage-femme, gynécologie obstétrique Marie MATAR, assistant spécialiste, gynécologie obstétrique Stéphanie PEYRABOUT, IDE, gynécologie obstétrique
Approbateur	Groupe SOCRATE

Contexte, Objectif

Organisation du circuit d'accueil des patientes aux urgences Gynécologie-Obstétrique au CHMLV à Jossigny

Domaine d'application

Services concernés :	%%%%%%%%%%
Personnels concernés :	Médecins, Sages-femmes, IDE, AS/AP
Responsables d'application :	Les chefs de service et les cadres de gynécologie obstétrique et du SAU

Bibliographie et Cadre réglementaire

Recommandations de bonne pratique, HAS novembre 2012 : « Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé. »

Procédure de transfert du Réseau périnatal Val de marne, 2012.

Définitions - abréviations

SA : semaine d'aménorrhée

HU : hauteur utérine

RCF : rythme cardiaque fœtal

BVR : bilan vasculo-rénal

BPO : bilan pré opératoire

Organisation du circuit d'accueil des femmes entre les urgences générales et les urgences gynécologiques au 1er

Admissions administratives au niveau des urgences générales, + passage IAO pour orienter selon les critères suivants :

- Douleurs pelviennes et saignements,
- Métrorragie, saignements
- Douleurs localisées très bas exacerbée pendant les rapports
- Pertes et prurit

- Problèmes sénologiques

Si femme enceinte < à 22SA et douleurs autres qu'obstétrique les gynécologues peuvent donner un avis sur la thérapeutique adaptée.

Ne pas faire monter la femme au seul motif qu'elle est enceinte excepté pour les symptômes suivant :

- Infection urinaire de la femme enceinte, leucorrhées, perte de liquide
- Troubles digestifs de la femme enceinte, vomissements
- Saignements
- Fièvre et/ou Prurit

Tris

3 situations :

- **Les tris 1** : graves : Elles sont installées en SAUV : les gynécologues sont appelés directement au SAUV et la patiente est montée directement au bloc si indication chirurgicale urgente
 - Les patientes potentiellement instables : les gynécologues sont appelés directement au SAUV :
 - s'ils considèrent la patiente instable, cas numéro 1
 - s'ils considèrent la patiente stable, cas numéro 2
- **Les tris 2** : stables : attendent le brancardier
- **Les tris 3** : pas grave : montent seules

Les urgences générales organisent l'accompagnement des patientes aux urgences gynécologiques.

Les femmes enceintes > à 22SA sont adressées directement aux urgences obstétricales.

La signalétique vers l'ascenseur F est organisée depuis le poste IAO en aval (Gynéco +Obstétrique)

A l'arrivée aux urgences gynéco obstétrique :

L'IDE évalue :

Pour la gynécologie	Pour l'obstétrique à partir de 22 SA
<ul style="list-style-type: none"> - douleur - TA, pouls, température - Demande la carte de groupe sanguin - BU +/- ECBU sur prescription médicale 	<ul style="list-style-type: none"> - douleur - TA, pouls, température - Bandelette urinaire +/- ECBU - Demande la carte de groupe sanguin, dernières RAI - Récupérer les sérologies (toxco, rubéole, VIH 1 et 2, BW, AgHbs) - Récupérer les échographies de la grossesse

La Sage-Femme évalue :

- Poids
- HU

Premiers gestes aux urgences

Gynécologie : appel de l'Interne de Garde	Obstétrique : appel SF + IDG
<p>1- Si saignements abondants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - voie veineuse de bon calibre - laisser à jeun - bilan : NFS, plaquettes, groupe, Rhésus, RAI, BHCG <p>2- si fièvre ou frissons :</p> <ul style="list-style-type: none"> - bilan : NFS, CRP, ECBU, PV - hémoculture (si T°>38,5 ou < 36,5°C) 	<p>1- Si saignements abondants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - voie veineuse de bon calibre - bilan : NFS, plaquettes, groupe, Rhésus, RAI, TP TCA, fibrinogène, Kleihauer - échographie sus-pubienne (IDG) - appel de l'anesthésiste (SF- IDG) - si métrorragies + TA élevées : faire BVR + BPO + Kleihauer + groupe, Rhésus, RAI <p>2- Si pré-éclampsie compliquée ou éclampsie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Loxen IVSE (SF-IDG) - Valium (10 mg) / Rivotril (1 mg) IM - Canule de Guedel - appel de l'anesthésiste (SF- IDG) <p>3- Si fièvre ou frissons :</p> <ul style="list-style-type: none"> - bilan : NFS, CRP, ECBU, PV - RCF (SF) - hémoculture (si T°>38,5 ou <36,5°C)

Pour tout retour à domicile, la patiente est informée des risques et invitée à recontacter les urgences en cas de problème.

Circuits d'hospitalisation

IVG médicamenteuses : chirurgie ambulatoire

Grossesse extra utérine médicamenteuses : chirurgie conventionnelle ou ambulatoire

Vomissements, Pyélonéphrite aigüe gravidique : chirurgie

Mort fœtale in utero : grossesses pathologiques, chirurgie

Fausse couche tardive / Menace de fausse couche tardive : Grossesses pathologiques

Modalités de transfert des grossesses pathologiques (HAS novembre 2012)

L'organisation des transferts *in utero* de classe 1 (ambulance simple) ou 2 (ambulance avec infirmière ou sage-femme), qui ne sont pas réalisés par des médecins, doit relever d'un accord direct entre le praticien qui adresse et celui qui accueille la patiente.

Une cure de corticothérapie pourra être réalisée avant le transfert en fonction de l'établissement receveur.

Le bénéfice du monitoring du rythme cardiaque fœtal pendant le transfert inter hospitalier n'est pas démontré à ce jour.

L'indication de transfert doit être une décision médicale relevant d'un accord entre :

- le médecin demandeur (qui doit être présent auprès de la patiente)
- le médecin receveur puis, si le transport est médicalisé,
- le médecin régulateur du SAMU (et/ou cellule de périnatalité)
- le médecin transporteur du SMUR.

Le médecin régulateur du SAMU doit toujours intervenir lorsqu'un transfert *in utero* médicalisé est proposé. Il décide *in fine* de l'engagement du vecteur approprié.

CONTRE-INDICATIONS

Le transfert *in utero* a pour but d'organiser la prise en charge de la mère et si besoin du nouveau-né dans des conditions optimales. Certaines situations sont donc inadaptées pour un transfert *in utero* mais peuvent nécessiter un transfert dès stabilisation ou post-partum pour rapprochement maternel.

Les principales contre-indications sont donc :

- MAP avec dilatation du col ≥ 4 cm (à revoir au cas par cas selon stabilité, distance...)
- Placenta prævia avec instabilité hémodynamique et/ou avec hémorragie sévère
- HRP
- Patiente instable au niveau hémodynamique ou neurologique (risque d'éclampsie)
- Toute pathologie posant l'indication d'une extraction fœtale immédiate : anomalies sévères du Rythme cardiaque fœtal, ...

Annexe : Indications de transports en ambulance (sans avoir recours au SAMU)

- *Rupture prématurée des membranes isolée.*
- *Placenta prævia sans métrorragie ou métrorragie > 12 heures si transfert nécessaire.*
- *État hypertensif, retard de croissance intra-utérin (RCIU) et rythme cardiaque fœtal (RCF) normal.*
- *Diabète maternel sans pousse-seringue d'insuline.*
- *Cholestase avec RCF normal*
- *Menace d'accouchement prématuré (MAP), y compris les jumeaux sans tocolyse IV.*
- *MAP, grossesse simple sous tocolyse IV par antagoniste de l'ocytocine.*

- *Pré éclampsie avec pression artérielle équilibrée sans signes fonctionnels : TA ≤ 160/100 si transfert nécessaire. »*

Documents associés (dont supports de traçabilité)

%%
%%