

INDICATIONS, CONDITIONS ET LIMITES DU TRANSPORT DES PATIENTES PRESENTANT UNE HEMORRAGIE DU POST-PARTUM

Isabelle Giraud (médecin- urgentiste - SAMU 34)

La prise en charge par les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) des Hémorragies du Post-Partum (HPP) est guidée par les recommandations de la Société Française des Anesthésistes-Réanimateurs (SFAR) et du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) de France (pratiques cliniques consensuelles et recommandations de grade C) ainsi que les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (novembre 2004).

On estime le nombre d'hémorragies du post-partum à environ 2700 par an dans la région. Actuellement cette technique d'embolisation ne représente pas un volume de patientes important sur la région (moins de 50 patientes par an et environ 10 transportées par le SMUR de Montpellier en 2005). Ce chiffre devrait augmenter compte tenu des dernières recommandations pour la pratique clinique.

La décision et l'organisation du transfert sont difficiles à mettre en œuvre et nécessitent une prise en charge multidisciplinaire, des indications consensuelles, une mise en condition avant transfert appropriée et spécifique en tenant compte des limites cliniques (hémodynamique de la patiente), géographiques (distance, conditions et temps de transport) et humaines (équipe médicale SMUR et équipe de radiologues interventionnels disponibles).

Les indications de transfert de patiente présentant une HPP

Tout état hémodynamique précaire, instable est une contre-indication absolue de transfert d'une patiente.

Les indications privilégiées de transfert sont principalement :

- la persistance d'un saignement non majeur chez une femme ayant bénéficié d'un traitement médicamenteux maximal bien conduit avec hémodynamique conservée.
- les premiers temps de saignement dans une HPP, si la cause du saignement n'est pas identifiée.

Par ailleurs, il faut favoriser l'orientation en anténatal vers un centre adapté, d'une parturiente identifiée comme à risque très élevé d' HPP (placenta recouvrant, placenta accreta, troubles sévères de l'hémostase).

Les conditions de transfert

Octobre – Novembre - Décembre 2005
Janvier – Février – Mars 2006 – Numéro 20 -21

Régulation et organisation du transfert

La décision concernant la faisabilité et l'organisation du transport médicalisé sont concertées et consensuelles entre les différents praticiens :

- du service demandeur : gynécologue-obstétricien et anesthésiste-réanimateur,
- du service receveur : gynécologue-obstétricien, anesthésiste-réanimateur et/ou radiologue interventionnel
- du SAMU : médecin régulateur et
- du SMUR : médecin transporteur qui, sur place, apprécie en dernier ressort la faisabilité du transport.

Le choix de la structure d'accueil tient compte du plateau technique, des possibilités d'hospitalisation et de surveillance ainsi que du facteur temps.

Le médecin régulateur doit évaluer en fonction du degré d'urgence :

- le temps de transport prévisible, en n'omettant pas d'évaluer le délai incontournable avant le départ d'une équipe SMUR (disponibilité) et
- le temps de prise en charge sur place (pour la transmission des éléments du dossier, l'examen et la prise ultime des constantes hémodynamiques, la mise en place du monitoring (entre 15 et 35 minutes).

L'équipe médicale est constituée d'un médecin SMUR voire d'un anesthésiste-réanimateur et d'un infirmier.

Le choix du vecteur, l'Unité Mobile Hospitalière ou l'hélicoptère est fonction du degré d'urgence, de la distance à parcourir, des conditions météorologiques, géographiques et circulatoires et enfin de la disponibilité de l'hélicoptère.

Conditionnement de la patiente

La prise en charge est celle du traitement ou de la prévention du choc hémorragique, c'est à dire :

- 2 voies veineuses périphériques (de bon calibre)
- remplissage vasculaire
- membres inférieurs surélevés
- oxygénation voire intubation oro-trachéale avant transfert s' il apparaît des troubles de la conscience ou pour permettre de stabiliser une hémodynamique initialement instable : possibilité de transfuser en cours de transport

- amines vasopressives
- massage utérin éventuellement
- sondage vésical

Il est à conseiller de placer la patiente dans une compression pneumatique circonférentielle (matelas anti G). Son gonflage éventuel permet un effet hémostatique (20-30 mmHg) et un effet hémodynamique par compression aortique (compression de 60 à 80 mmHg) en cas de décompensation et d'apparition d'un choc en cours de transport

Les moyens de surveillance sont installés (pression artérielle, pouls, fréquence respiratoire et saturation en oxygène) et l'équipe vérifie les deux voies veineuses périphériques (voire la voie centrale) ainsi que le sondage vésical.

Il est indispensable de vérifier si tous les documents de la patiente sont prêts (documents immunologiques : déterminations du groupe sanguin et les RAI).

Avant le départ, le médecin transporteur réévalue avec l'équipe sur place l'importance des déperditions sanguines, la stabilité hémodynamique et la faisabilité du transfert.

Les limites au transport d'une patiente souffrant d'une HPP

Liées à l'état hémodynamique

Il est nécessaire de bien fixer les critères de stabilité hémodynamique de la parturiente et propre à cette dernière ; ainsi un état hémodynamique instable malgré une prise en charge bien conduite (incluant la correction des troubles de l'hémostase, la révision utérine et l'examen sous valve) contre-indique le transport vers une autre structure et conduit à une chirurgie d'hémostase sur place (si possible conservatrice). Il en va de la sécurité de la maman d'autant plus que la durée du transport est conséquente.

Liées à la logistique

Les limites liées au transport concernent essentiellement :

- une majoration du risque hémodynamique lors des accélérations/décélérations surtout par voie terrestre
- une modification du volume sanguin circulant par la mobilisation de la patiente pouvant aggraver l'hémodynamique

Très peu de gestes gynécologiques peuvent être assurés pendant le transport.

Liées à la disponibilité d'une équipe SMUR

Surtout la nuit ou le week-end où les effectifs de garde ne sont constitués par exemple à Montpellier que de deux médecins pour assurer les interventions dites primaires chez le particulier, les transports dits intra-hospitaliers entre les différents services et les transports dits secondaires entre les différents hôpitaux du Languedoc-Roussillon.

Liées aux contraintes d'utilisation de l'hélicoptère :

Il faut effectivement prendre en compte :

- la conformité des pistes de poser (DZ) de nuit,
- la réquisition du pilote en horaire nocturne par le préfet,
- l'éloignement de l'hôpital de certaines DZ, augmentant ainsi la durée de prise en charge
- l'exiguïté de la cellule sanitaire qui ne permet pas la réalisation de tous les gestes de réanimation dans les conditions optimales.

Ainsi le transfert des parturientes présentant une hémorragie du post partum est un transfert délicat dont il faut bien évaluer les risques avant toute décision.

Cela nécessite une réflexion au niveau régional sur les indications de transfert, une harmonisation des protocoles de transport et notamment en fonction des différences entre les divers bassins de population (Aude, Gard, Hérault, Lozère, Pyrénées Orientales) et le cas particulier des régions limitrophes.

Bibliographie:

- 1-Recommandations pour la pratique clinique; novembre 2004, HAS
- 2-Recommandations pour la pratique clinique - J Gynecol Obstet Reprod 2004;33,(supp. au n°8) 4589-4592 « Modalités d'un transfert maternel dans le cadre d'une hémorragie post-partum G Bagou »,
- 3- Rozenberg A.- le transport médicalisé des hémorragies de la délivrance; situations critiques en anesthésie obstétricale - Paris, éditions JEPU, 2003: 33-35
- 4- Rozenberg A., Leclerc G., Boothors A.S., Moussa S. Prise en charge SMUR des pathologies liées à la grossesse. Journées scientifiques de SAMU de France 2003; SAMU-SMUR et Périnatalité, Paris, éditions SFUM 2004: 151-170,
- 5- F Sergent, B. Resch, E Verspyck, B. Rachet, E. Clavier and L. Mayreau - Hémorragies graves de la délivrance: ligatures vasculaires, hystérectomie ou embolisation - EMC- Gynécologie-Obstétrique; vol 2 issue 1, February 2005, pages 125-136,
- 6- N. Boisseau, E. Lhubat et M. Raucoles-Aimé - hémorragie du post-partum immédiat - Conférence d'actualisation, 40 ième congrès National d'Anesthésie-Réanimation, Elsevier et SFAR, Paris (1998) pp.299-312
- 7- G Descargues, E. Clavier et B Rachet - Hémorragie de la délivrance. Stratégie interventionnelle: chirurgie ou embolisation ? - Conférence d'actualisation, 39 ième Congrès national d'Anesthésie-Réanimation, Elsevier et SFAR, Paris (1997) pp 55-60
- 8- J.L. Chabernaud - Transfert maternel en cas de grossesse normale ou pathologique - La Revue des SAMU n°155 ISSN 1145-8115 tome 23

RAPPELS SUR LE SAMU - SMUR

Le transport médicalisé des patientes présentant une hémorragie du post-partum est régulé par le médecin du SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) qui reçoit l'appel via le 15 (numéro d'urgence).

Il existe un SAMU par département situé dans la ville préfectorale. Le transport médicalisé d'un patient est par contre effectué par une équipe SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) composée habituellement d'un médecin et d'un infirmier diplômé d'état (et d'un ambulancier dans le cas d'un transport terrestre dans un véhicule appelé UMH : Unité Mobile Hospitalière).

Il existe plusieurs SMUR par département (cf tableau ci dessous indiquant les pistes éventuelles de poser Hélicoptère dit DZ).

Ces SMUR peuvent effectuer trois types de missions :

- *intervention SMUR dite PRIMAIRE ayant lieu au domicile du patient, ou dans un lieu public et consistant à une prise en charge initiale du patient*
- *intervention SMUR dite SECONDAIRE concerne un transport interhospitalier d'un patient conditionné par l'équipe médicale sur place et nécessitant un service de spécialité*
- *intervention SMUR dite TRANSFERT réalisé à l'intérieur d'une structure hospitalière entre deux services.*

Etat des moyens – janvier 2006							
département	Ville siège d'1 SAMU	Ville siège d'1 SMUR	Equipe(s) d'intervention PRIMAIRE	Equipe(s) d'intervention SECONDAIRE	Présence d'une DZ (POSER HELICOPTERE)	Equipe hélicoptère	Site d'embolisation éventuel
AUDE	CARCASSONNE	CARCASSONNE	2	OUI	OUI mais non fonctionnelle la nuit	OUI POUR LE DEPARTEMENT	MONTPELLIER PERPIGNAN TOULOUSE
		CASTELNAUDARY	1	NON	NON	NON	PERPIGNAN TOULOUSE
		NARBONNE	1	OUI	HELIPORT A DISTANCE	+/- (PERIODE ESTIVALE)	MONTPELLIER PERPIGNAN
GARD	NIMES	NIMES	5 le jour / 2 la nuit	OUI	DZ non fonctionnelle la nuit	OUI POUR LE GARD	NIMES
		ALES	1	NON	DZ non fonctionnelle la nuit	NON	NIMES
		BAGNOLS/CEZE	1	NON	DZ non fonctionnelle la nuit	NON	NIMES
HERAULT	MONTPELLIER	MONTPELLIER	4 équipes le jour, 2 la nuit	OUI	DZ FONCTIONNELLE LA NUIT	1 HELICOPTERE SAMU + 1 HELICO DE LA SECURITE CIVILE	MONTPELLIER
		SETE	1 (2 le jour et en période estivale)	NON	DZ	NON	MONTPELLIER
		BEZIERS	2	OUI	DZ non fonctionnelle la nuit	NON	MONTPELLIER PERPIGNAN
LOZERE	MENDE	MENDE	2	OUI	DZ non fonctionnelle la nuit	NON	MONTPELLIER
PYRENEES ORIENTALES	PERPIGNAN	PERPIGNAN	3	OUI	DZ A L AEROPORT	OUI	PERPIGNAN
MILLAU	MILLAU	MILLAU	1	OUI	DZ non fonctionnelle la nuit	NON	MONTPELLIER