


# RECOMMANDATIONS DU RESEAU PERINATAL LORRAIN

<p>Réseau Périnatal Lorrain</p> 	<p>RECOMMANDATIONS RPL_2020_MAP</p> <p><b>MENACE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURE (MAP) A MEMBRANES INTACTES</b></p>	<p>Version du 28/09/2023</p> <p><b>Rédaction</b> Dr Gauchotte Dr Rouabah Dr Creutz Leroy Mme Trabelsi</p> <p><b>Validation</b> Conseil de coordination</p>
---	--	--

## I – DEFINITION

Survenue de contractions utérines et/ou modifications cervicales chez la femme enceinte entre 22 SA et 36 SA + 6 j conduisant à une naissance prématurée en l'absence de traitement.

## II – PRISE EN CHARGE A L'ADMISSION DE LA PATIENTE

	Objectifs	Commentaires
L'interrogatoire	Rechercher les facteurs de risque d'accouchement prématuré	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <u>Antécédent</u> d'accouchement prématuré, de fausse-couche tardive, conisation, utérus malformé, exposition au diéthylstilbestrol (Distilbène)</li> <li>➤ <b>Placenta bas inséré, grossesse multiple</b></li> <li>➤ <b>Socio-économique</b> : femme seule, bas niveau socio-économique, travail pénible, stress, grossesse non/mal suivie ou non déclarée</li> <li>➤ Tabagisme, alcoolisme, autres <b>addictions</b></li> <li>➤ Contexte infectieux</li> </ul> <p><i>(liste non exhaustive)</i></p>
	Evaluer le terme	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ L'âge gestationnel doit être recalculé précisément et exprimé <u>en SA + jours</u> avec les éléments à disposition (DDR, date de grossesse déterminée par l'échographie du premier trimestre).</li> </ul>

	Objectifs	Commentaires
L'examen clinique	Procéder à un examen médical et obstétrical complet	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pouls, tension artérielle, température, poids de la patiente</li> <li>➤ Tonus utérin, hauteur utérine</li> <li>➤ Examen au spéculum et prélèvements vaginaux (attention pour le mycoplasme, prélèvement de cellules de l'endocol)</li> <li>➤ Toucher vaginal : état du col</li> </ul>
	Rechercher les bruits du cœur fœtal et /ou procéder à un enregistrement cardiaque fœtal	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Enregistrement du RCF à partir de 24 SA</b> (RCF + toco) pendant 30 minutes avant la mise en route du traitement</li> <li>➤ <b>Recherche des bruits du cœur avant 24 SA</b></li> <li>➤ Recherche de mouvements actifs fœtaux (MAF)</li> </ul>
Les autres examens	Affiner le diagnostic - Préparer la prise en charge	
	Echographie du col	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Longueur cervicale &lt; 25 mm au moment des contractions utérines</li> <li style="padding-left: 20px;"><i>Cf. Annexe 1</i></li> </ul>
	Bilan biologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Numération formule sanguine (NFS)</li> <li>➤ Recherche d'agglutinines irrégulières + compléter si nécessaire le groupage sanguin</li> <li>➤ Bandelette urinaire (+/- ECBU selon signes d'appel)</li> <li>➤ <b>Sur signe(s) d'appel</b> : TP, TCA, Protéine C Réactive (PCR) ionogramme, transaminases</li> </ul>
	Estimer le poids fœtal, la quantité de liquide amniotique et la présentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Echographie obstétricale</li> </ul>
	Demander une consultation d'anesthésie	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Systématique</li> </ul>
	Informar la patiente	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Information conjointe des seniors d'obstétrique et de pédiatrie. Informations sur les risques liés à la prématurité. Si nécessaire, évoquer le transfert.</li> </ul>

### III - PRISE EN CHARGE EN HOSPITALISATION ET TRAITEMENT

Principales situations cliniques :	
MAP « certaine » = contractions utérines régulières et modifications cervicales cliniques (ouverture) et/ou raccourcissement échographique avec longueur cervicale < 25 mm	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tocolyse</li> <li>➤ <b>Maturation fœtale</b> cf. recommandations du Réseau Périnatal Lorrain « <i>Maturation fœtale par corticothérapie anténatale</i> »</li> <li>➤ <b>Demande de transfert materno-fœtal</b> sur maternité adaptée à l'âge gestationnel et/ou à l'estimation du poids fœtal (tableau en annexe 2)</li> </ul>
MAP « suspectée » = Contractions utérines mais longueur cervical > 25 mm	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tocolyse</li> <li>➤ <b>Réévaluation</b> clinique après 2h de traitement tocolytique <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si arrêt des contractions et pas de modification cervicale : pas de maturation fœtale ni de transfert</li> <li>○ Si poursuite des CU et/ou modifications cervicales avec longueur cervicale &lt; 25 mm : maturation fœtale et demande de transfert materno-fœtal sur maternité adaptée à l'âge gestationnel et/ou à l'estimation du poids fœtal (tableau en annexe 2)</li> </ul> </li> </ul>
Découverte fortuite d'un col court < 25 mm sans contraction utérine	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Demande possible d'avis auprès du senior de garde de la maternité adaptée à l'âge gestationnel et/ou à l'estimation du poids fœtal</b> (tableau en annexe 2)</li> </ul>

A noter que toute MAP « certaine » ou MAP « suspectée » échappant à la tocolyse implique une corticothérapie de maturation et un transfert vers un établissement adapté à l'âge gestationnel.

LA TOCOLYSE		
<b>Mise en œuvre</b>		
	<b>A partir de 22 SA et jusqu'à 35 SA-36 SA.</b> ➤ Entre 35 et 36 SA, la tocolyse est à discuter au cas par cas en fonction des bénéfices attendus.	<b>Durée 48 heures maximum.</b> Il ne semble pas y avoir de bénéfice à la poursuite du traitement au-delà des 48 heures.
<b>Contre-indications obstétricales à la tocolyse</b>	Toute situation maternelle ou fœtale contre-indiquant la poursuite de la grossesse.	
<b>Choix du médicament</b>		
<b>Entre 22 SA et 35 SA</b>	<b>En 1<sup>ère</sup> intention : nifédipine 20 mg LP</b>	
	<b>Contre-indications :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hépatopathie</li> <li>• Tension Artérielle Systolique (TAS) &lt; 90 mmHg,</li> <li>• Angor instable,</li> <li>• Déficit en lactase</li> <li>• Syndrome de malabsorption du glucose</li> <li>• Infarctus du myocarde datant de moins d'un mois</li> <li>• Allergie</li> </ul>
	<b>Dose de charge :</b>	1 cp 20 mg LP (à avaler sans croquer)
	<b>Evaluation après 30 min de traitement</b>	<b>Si persistance des CU :</b> 1 cp 20 mg LP  Si traitement <b>inefficace après 2 heures au total</b> : relais par <b>atosiban</b>
	<b>Traitement d'entretien :</b>	Poursuivre avec 1 cp de nifédipine à H3 puis 1 cp toutes les 8h pendant 48 heures si les CU persistent. Traitement maintenu maximum 48h (prise totale de 8 cp au maximum)
	<b>En cas d'intolérance à l'ADALATE®</b> (céphalées, hypotension)	Discuter l'arrêt du traitement ou sa substitution par atosiban
<b>Surveillance :</b>	Traitement d'attaque : Tension artérielle et fréquence cardiaque toutes les 15 minutes pendant 2 heures.  RCF continu pendant la 1 <sup>ère</sup> heure de traitement.  Traitement d'entretien : TA et RCF dans les 30 min suivant chaque prise.	

## LA TOCOLYSE (suite)

### Choix du médicament (2)

Entre 22 SA et 35 SA	<u>2ème intention : Atosiban</u>	
	<b>Indications :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Echec de tocolyse par Nifédipine</li> <li>• Contre-indication à la Nifédipine</li> </ul>
	<b>Contre-indication :</b>	Aucune
	<b>Dose de charge :</b>	<p><u>Bolus initial</u> : prélever 0,9 ml dans un flacon de atosiban* 6,75 mg/0,9 ml solution injectable et administrer le bolus lentement, en 1 minute, par voie intraveineuse, sous surveillance médicale dans un service d'obstétrique.</p> <p>atosiban* 6,75 mg/0,9 ml solution injectable doit être utilisé immédiatement.</p>
	<b>Perfusion de charge :</b>	<p><u>Perfusion continue à dose forte</u> : Préparation de la solution à perfuser par voie intraveineuse qui fait suite au bolus, Atosiban* 37,5 mg/5 ml solution à diluer à l'aide de l'une des solutions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solution injectable de chlorure de sodium 9 mg/ml (0,9 %)</li> <li>• Solution de Ringer Lactate</li> <li>• Solution de glucose à 5 % p/v.</li> </ul> <p>Prélever 10 ml de solution de la poche de perfusion de 100 ml et les éliminer. Les remplacer par 10 ml de Atosiban 37,5 mg/5 ml soit la solution à diluer prélevée à partir de 2 flacons de 5 ml, pour obtenir une concentration de 75 mg d'Atosiban par 100 ml. Administrer la préparation à un débit de 24 ml/heure (soit 18 mg/heure) pendant 3 heures sous surveillance médicale dans un service d'obstétrique.</p>
	<b>Perfusion d'entretien :</b>	<p><u>Perfusion d'entretien</u> : après 3 heures de perfusion de charge, le débit est réduit à 8 ml/heure pendant 15 à 45 heures au maximum.</p> <p>Préparer de la même façon d'autres poches de 100 ml afin de pouvoir assurer la continuité de la perfusion.</p>
	<b>Effets indésirables (peu fréquents)</b>	Nausées, vomissements, hyperglycémie, céphalées, vertiges, tachycardie, bouffées de chaleur, hypotension.
<b>Surveillance</b>	Pas de surveillance spécifique au traitement	
<b>Quel que soit le traitement retenu</b>		
Entre 35 SA et 36 SA	➤ Evaluer le rapport bénéfice/risque maternel et fœtal	
Au-delà de 36 SA	➤ Pas d'indication de tocolyse	
Durée de la tocolyse	➤ Maintien de la tocolyse pendant 48 heures. ➤ Pas de poursuite du traitement ou relais per os non systématique	
<b>En cas de récurrence de la Menace d'Accouchement Prématuro :</b>		➤ Mettre en place les mêmes traitements et bilans

En cas d'indisponibilité de la nifédipine, l'atosiban doit être largement utilisé notamment en cas de MAP sévère et d'hospitalisation.

Sinon, la nicardipine 50 LP peut être utilisée :

- 2 cp par jour : 1 matin et 1 le soir pendant 48h
  - o Si inefficace : envisager le protocole atosiban
- Surveillance TA et FC toutes les 15 min pendant 2 heures après le 1<sup>er</sup> comprimé
- RCF pendant la 1<sup>ère</sup> heure de traitement après la 1<sup>ère</sup> prise puis à adapter en fonction du contexte

#### IV – CORTICOTHERAPIE ANTENATALE

Cf. recommandation du Réseau Périnatal Lorrain  
 « **Maturation fœtale par Corticothérapie Anténatale** »

<b>Indications :</b>	Menace d'accouchement prématuré <b>avérée</b> (MAP « certaine » ou MAP « suspectée » échappant à la tocolyse) à <b>partir de 23 SA + 5 jours</b> (délai d'efficacité de 48h) et jusque 34 SA.
<b>Cas particulier :</b>	<i>La maturation fœtale peut être envisagée au cas par cas pour les âges gestationnels compris entre 23 et 23 SA + 5 jours, si une demande formelle de prise en charge est exprimée par les parents après une information claire et loyale.</i>  <i>La décision est prise <b>conjointement</b> par les parents, l'équipe médicale en charge de la mère et les équipes obstétricales et de réanimation de type 3 qui seront en charge de l'enfant à naître.</i>
<b>Durée d'action de la cure de corticothérapie :</b>	Une cure de corticothérapie anténatale a une durée d'action estimée entre 10 et 15 jours.
<b>Renouvellement de la cure de corticothérapie :</b>	Une deuxième cure est possible passé le délai de 15 jours. Une 3 <sup>ème</sup> cure n'est pas recommandée (pas de bénéfice prouvé).

#### V – ANTIBIOTIQUES

<b>Indications</b>	<b><i>Pas d'indication d'antibiothérapie systématique</i></b>
<b>En cas de points d'appel infectieux :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Réaliser un bilan infectieux complet</li> <li>➤ <b>Attention</b>, si une antibiothérapie est indiquée, l'utilisation de l'Augmentin (amoxicilline + acide clavulanique) n'est pas conseillée car risque augmenté d'entérocolite néonatale.</li> </ul>

#### VI – AUTRES

<b>Repos :</b>	➤ Attention au risque thromboembolique : pas de repos strict
<b>Prévention thromboembolique :</b>	➤ <b>Contention veineuse</b> : bas de contention ajustés aux mensurations de la patiente
<b>Prophylaxie par Gamma-globulines anti-D</b>	➤ Chez la mère Rhésus négatif (cf. annexe 3)

## VII – ORGANISATION DU TRANSFERT MATERNO-FCETAL

Les modalités d'organisation sont disponibles sur le site du Réseau Périnatal Lorrain

### **Recommandations « Transfert materno-fœtal »**

**Le tableau des gradations de prises en charge néonatales par type de maternité, critères, et par département est disponible en Annexe 2.**

<b>CONDUITE A TENIR EN CAS DE TRANSFERT DEPUIS UNE MATERNITE</b>	
<b>Indications :</b>	<b>MAP stable = pas de CU et absence de modification cervicale durant 2 h.</b>
<b>Organisation du transfert :</b>	Voir recommandations « <i>Transfert materno-fœtal</i> » du RPL
<b>Médicalisation du transfert :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Concertation entre l'<b>obstétricien senior demandeur</b>, l'<b>obstétricien senior receveur</b>, le <b>pédiatre senior receveur</b> et le <b>senior régulateur du SAMU</b>.</li> <li>➤ Type de transfert : indications de la médicalisation des transferts en annexe 5 mais de <b>manière générale, le transfert est non médicalisé en ambulance simple.</b></li> <li>➤ <b>L'accord de transfert est donné par l'établissement receveur.</b></li> </ul>
<b>Traitement médicamenteux :</b>	<p><b>Avant</b> le départ de la patiente :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tocolyse par <b>atosiban</b> avec le dosifuser multiflow (voir protocole en annexe 6)</li> <li>• <b>Corticothérapie anténatale</b></li> <li>• Départ de la patiente à organiser en fonction du changement du débit à 3 heures de perfusion.</li> </ul>
<b>Juste avant le départ :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>+/- dernier contrôle du col (TV) à l'appréciation du praticien</b></li> <li>➤ <b>Vérification du bon fonctionnement du dispositif Dosifuser.</b></li> </ul>

### **En cas de demande d'orientation depuis un cabinet médical de ville :**

- Si la situation est **urgente**, le praticien demandeur sollicite le **SAMU avec orientation vers la maternité la plus proche** ;
- Si la situation **n'est pas urgente**, la patiente se rend **par ses propres moyens** soit à la maternité la plus proche soit à la maternité adaptée à l'âge gestationnel avec un courrier rédigé par le praticien de ville.
- Le praticien de ville contacte la maternité où la patiente est orientée pour prévenir les équipes de son arrivée +/- transmission du dossier.  
Le degré d'urgence est évalué en concertation entre le praticien de ville et le GO de garde de la maternité adaptée à l'âge gestationnel.

## VIII – SURVEILLANCE AU COURS DE L’HOSPITALISATION

<b>Activité cardiaque fœtale</b>	Vérification quotidienne
<b>ERCF</b>	1 fois par semaine
<b>Pas de toucher vaginal</b>	Sauf point d’appel clinique

## IX – RETOUR A DOMICILE APRES HOSPITALISATION

<b>Prescriptions</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Pas de traitement tocolytique au long cours systématique</li><li>➤ Arrêt de travail – repos</li></ul>
<b>Surveillance</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Reprise des consultations prénatales habituelles</li><li>➤ +/- surveillance à domicile par une sage-femme (1 à 2 fois/semaine)</li></ul>

## BIBLIOGRAPHIE

Cabrol D, Goffinet F. Menace d'accouchement prématuré à membranes intactes. Protocoles cliniques en obstétrique. Abrégés de périnatalité. 3<sup>ème</sup> Edition. Masson 2009 ; p129-132

Prise en charge d'une menace d'accouchement prématuré. Protocoles en Gynécologie Obstétrique. CNGOF Masson 2007 ; p101-102

Tsatsaris V, Goffinet F, Carbonne B, Abitayeh G, Cabrol D. Tocolyse de première intention par Nifédipine. Gynecol Obstet Fertil 33 (2005) 263-265

Bekkari Y, Lucas J, Beillat T, Chéret A, Dreyfus. Tocolyse par la Nifédipine : utilisation en pratique courante. Gynecol Obstet Fertil 33 (2005) 483-487

Cabrol D, Goffinet F, Carbonne B, Dreyfus M, d'Ercole C. La menace d'accouchement prématuré à membranes intactes. Recommandations pour la pratique clinique CNGOF. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002 ; 31 suppl. au n°7.

Tsatsaris V, Papatsonis D, Goffinet F, Dekker G, Carbonne B. Tocolysis with nifedipine or beta-adrenergic agonists: a meta-analysis. Obstet Gynecol 97 (2001) 840-47.

Mesure de la longueur du canal cervical du col de l'utérus par échographie par voie vaginale – intérêt dans la prévision de l'accouchement prématuré spontané, Avis sur les actes, HAS, juillet 2010.

Prévention de l'allo-immunisation Rhésus D fœto-maternelle, recommandations pour la pratique clinique, 2005.

Recommandations formalisées d'experts 2010 : urgences obstétricales extrahospitalières de la société française d'anesthésie et de réanimation et de la société française de médecine d'urgence et Guide d'aide à la régulation au SAMU centre 15.



## Annexe 1

### TECHNIQUE DE MESURE DU COL UTERIN A L'ECHOGRAPHIE INTRAVAGINALE

---

- Voie endovaginale exclusivement
- Vessie vide
- Placer la sonde échographique sur le col (lèvre antérieure du col le plus souvent) et repérer en coupe sagittale l'orifice interne, le canal cervical et l'orifice externe.

Après la reconnaissance de ces repères grâce à une pression suffisante sur le col, **il est nécessaire de retirer la sonde** pour ne pas trop appuyer sur le col, ce qui « allongerait » artificiellement sa longueur.

Point de repère : les 2 lèvres sont d'épaisseurs équivalentes

**Deux mesures au moins doivent être réalisées et, concernant la longueur du canal cervical, c'est la mesure la plus petite qui doit être retenue.**

## Annexe 2

### TABLEAU DES GRADATIONS DE PRISES EN CHARGE NEONATALES PAR TYPE DE MATERNITE, CRITERES, ET PAR DEPARTEMENT

Les modalités d'organisation sont disponibles sur le site du réseau – Recommandations «Transfert materno-fœtal» du Réseau Périnatal Lorrain  
<https://www.reseauperinatalloirain.fr/recommandations-rpl/transfert/>



Recommandation transfert materno-foetal

<b>Maternité de type I</b>	<b>≥ 36SA et Pds de naissance estimé ≥ 2000g</b>
	<b>54 Meurthe et Moselle</b> CH Alpha Santé de Mont Saint Martin CH de Briey CH de Toul CH de Lunéville
	<b>57 Moselle</b> Clinique Saint Nabor CH de Sarrebourg CH de Sarreguemines Clinique Claude Bernard
	<b>88 Vosges</b> CH de Neufchâteau CH de Saint-Dié
<b>Maternité de type IIA (+ Néonatalogie)</b>	<b>≥ 34SA et Pds de naissance estimé ≥ 1800g</b>
	<b>54 Meurthe et Moselle</b>
	<b>55 Meuse</b> CH de Verdun
	<b>57 Moselle</b>
	<b>88 Vosges</b> CH de Remiremont
<b>Maternité de type IIB (+ néonatalogie + Soins Intensifs néonataux)</b>	<b>≥ 31SA et Pds de naissance estimé ≥ 1200g</b>
	<b>54 Meurthe et Moselle</b> Clinique Majorelle
	<b>55 Meuse</b>
	<b>57 Moselle</b> CHIC Unisanté+ de Forbach CHR site de Metz (Mercy) / CHR site de Thionville (Bel Air)
	<b>88 Vosges</b> Nouvel Hôpital d'Epinal
<b>Maternité de type III (+ Néonatalogie + Soins Intensifs néonataux + Réanimation Néonatale)</b>	<b>&lt; 31 SA et /ou Pds de naissance estimé &lt; 1200g Autres AG et Pds de naissance avec pathologie associée</b>
	<b>54 Meurthe et Moselle</b> CHRU de Nancy

[http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/PURPC\\_13.HTM](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_13.HTM)

## Annexe 4

### FICHE RESEAU TRANSFERT

---

- La fiche de demande de transfert est disponible sur le site du RPL :

<https://www.reseaperinatalorrain.fr/recommandations-rpl/transfert/>

Recommandations formalisées d'experts 2010 : urgences obstétricales extrahospitalières de la société française d'anesthésie et de réanimation et de la société française de médecine d'urgence et Guide d'aide à la régulation au SAMU centre 15.

**Tableau 4.** Choix du vecteur selon l'état de la patiente (circulaire n° DHOS 2006-273 du 21 juin 2006 relative à l'organisation des transports périnataux des mères)

Classe 1 : ambulance simple

Rupture prématurée des membranes isolée

MAP sans tocolyse intraveineuse, y compris les jumeaux

MAP d'une grossesse simple avec tocolyse intraveineuse par antagoniste de l'ocytocine

Classe 2 : transfert infirmier interhospitalier (T2IH)

MAP d'une grossesse simple avec tocolyse intraveineuse (médicalisation à discuter au cas par cas en fonction du tocolytique choisi)

MAP jumeaux avec tocolyse intraveineuse par antagoniste de l'ocytocine (à défaut classe 1, si vecteur 2 indisponible)

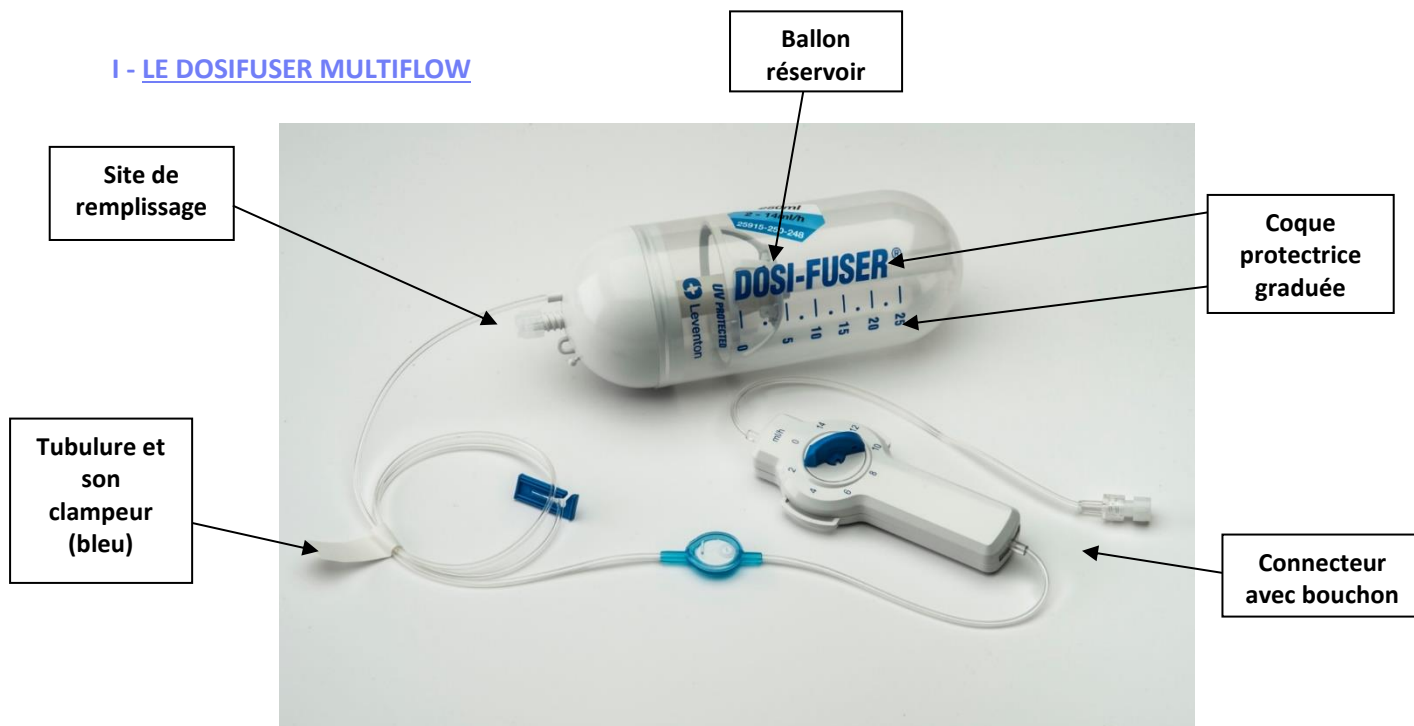
Classe 3 : transport médicalisé (Smur)

MAP avec tocolyse intraveineuse : médicalisation à discuter au cas par cas en fonction du tocolytique choisi

MAP avec dilatation du col  $\geq 4$  cm et terme  $< 30$  SA : à discuter avec le Samu en conférence téléphonique avec demandeur et receveur

## PROTOCOLE DOSIFUSER MULTIFLOW

### I - LE DOSIFUSER MULTIFLOW



Ce dispositif permet de ne plus utiliser de seringue électrique lors des transferts intra-utérins entre les maternités dans des contextes de MAP.

Il permet une efficacité de perfusion **pendant les 24 premières heures du traitement** tocolytique par Atosiban sans changer de dispositif.

**ATTENTION** : au vu de sa longue durée d'utilisation, nous rappelons qu'il est primordial que le préparateur respecte les règles d'hygiène afin de garantir la stérilité de la préparation

### II - LA TOCOLYSE PAR ATOSIBAN (TRACTOCILE®) avec le Dosifuser Multiflow

#### **Dose de charge :**

Bolus initial : prélever 0,9 mL dans un flacon de Tractocile 6,75 mg/0,9 mL solution injectable et administrer lentement, en 1 minute, le bolus par voie intraveineuse sous surveillance médicale dans un service d'obstétrique.

**Perfusion de charge** : perfusion continue à dose forte avec le Dosifuser

Matériel :

- 1 dosifuser multiflow 100 mL (pouvant être gonflé jusqu'à 130 mL)
- 1 flacon de 100 mL de NaCl 0,9%
- Seringue de 50 mL, et seringue de 10 ou 5 mL
- 5 flacons d'Atosiban 37,5 mg/5 mL

### Préparation de la solution à injecter :

- A. Vérifier l'intégrité du produit : clappeur fonctionnel, système de purge, connecteur de la tubulure et clé bleue sur le modulateur de débit.
- B. Préparation de la solution à injecter et purge de la ligne :
1. Clamper la tubulure avec le clappeur ;
  2. Retirer le bouchon du site de remplissage ;
  3. Insérer une seringue de **50 mL de NaCl 0,9%** dans le ballonnet par le site de remplissage. Lors du remplissage, le ballonnet va se gonfler, vérifier que le gonflement est symétrique ;
  4. Déclamper la tubulure (la purge de l'air démarrera partiellement en temps masqué) ;
  5. Prélever **25 mL de Tractocile 37,5 mg/5 mL (soit 5 flacons)** et les insérer dans le ballonnet par le site de remplissage ;
  6. Prélever **50 mL de NaCl 0,9% et insérez les** dans le ballonnet par le site de remplissage pour atteindre un **volume total de solution de 125 mL** ;
  7. Refermer le site de remplissage avec le bouchon ;
  8. Retirer le bouchon du connecteur et une fois qu'une goutte de solution apparaît (purge de l'air complète en 30-45sec) remettre le bouchon du connecteur.
  9. Tourner la clé bleue de sécurité sur le « **12** » (= **18 mg d'atosiban/heure**).
  10. Retirer la clé bleue de sécurité et accrochez-la sur la tubulure ou gardez-la avec vous.
- C. Brancher le Dosifuser Multiflow à l'aide du connecteur sur la perfusion de la patiente.

### Perfusion d'entretien : après 3 heures de perfusion de charge avec le Dosifuser Multiflow :

1. Mettre la clé bleue de sécurité dans le modulateur de débit ;
2. Tourner la clé jusqu'à régler le débit **sur le « 4 » (= 6 mg d'atosiban/heure)** ;
3. Retirer la clé et accrochez-la sur la tubulure ou gardez-la en salle de soins.

### **Astuces / conseils :**

Pour suivre l'évolution de la perfusion vous pouvez vous référer aux graduations se situant sur la coque et au curseur au bout du ballonnet gonflé (le haut du ballonnet atteint la mesure correspondant au volume restant de solution).



Le filtre à particules et à air, sur la tubulure, éliminera tout air qui aurait été introduit accidentellement dans le réservoir lors du remplissage.



Nous vous conseillons de bien noter sur le dispositif l'heure de début de perfusion grâce à l'étiquette adhésive du kit, à apposer sur la coque.

Porter le diffuseur si possible dans sa sacoche à température ambiante.

Clamper la tubulure avant déconnexion, en fin de perfusion.