

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE(MESRS)**

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Année universitaire : 2014- 2015

Thèse N °

TITRE:

**FACTEURS DE RISQUE ET PRONOSTIC FOETO – MATERNEL
DANS LA PROCIDENCE DU CORDON OMBILICAL AU CENTRE
DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE II DU DISTRICT
DE BAMAKO**

THESE

**Présentée et soutenue publiquement le 27/11/2015 devant le jury
de la Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie**

Par :

M. Ousmane DIARRA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

JURY :

Président : Pr Salif DIAKITE

Membres : Dr Tioukani.A. THERA

Co-Directeur : Dr Alassane TRAORE

Directeur : Pr Niani MOUNKORO

DEDICACES

Je dédie ce travail

A feu Sadio Diarra

Bismilahi Rahmani Rahim

Sadio Diarra :

Cher père, tu nous as mis dans les meilleures conditions possibles pour que nous puissions étudier. Tu as accompli ton devoir de père exemplaire car ton souci majeur tout au long de notre éducation a été de cultiver en nous le respect, le sens de l'honneur, de la dignité et de la grandeur. Tes soutiens moral, intellectuel et financier nous ont assistés tout au long de notre étude. Ce travail n'est que le fruit de tes inestimables efforts, trouve ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de toute notre fierté. Ce travail est le tien.

A Aminata Diallo, tu as souffert pour tes enfants. Tes sacrifices pour nous sont inestimables et ont fait de nous ce que tu avais souhaité. Tu es le pilier de notre réussite. Sache en effet que l'honneur de ce travail te revient. Que le Tout-puissant te garde encore plus longtemps auprès de nous.

Que l'avenir soit pour toi soulagement et satisfaction, amen !

A ma grande sœur, Binta Diarra

Votre amour fraternel, vos sages conseils, m'ont souvent facilité le long parcours qui a abouti à ce travail. Trouvez ici tout mon attachement, je vous souhaite une longue vie

A mes frères Souleymane, feu Kalifa, Sadio, Seydou, Lassine

Considérez ce modeste travail comme une esquisse du chemin que je voudrais vous montrer, afin de susciter en vous beaucoup de courage. Que l'esprit de cohésion de nos parents nous anime tous, car notre force est dans l'union. bonne chance pour la vie

A tous mes oncles, tantes cousins, et cousines :

Un grand merci pour tout ce que vous avez fait pour que ce travail aboutisse.

A mes Oncles (Abdoulaye, Souleymane DIARRA) et Tantes (Kadia Point G, Madani, Kemeltou. Le fruit de l'arbre que vous avez tant souffert à

l'entretien a maintenant muri, et DIEU en a décidé autrement pour la cueillette. Que cet entretien vous soit récompensé par le paradis. Dormez en paix, que la clémence et la miséricorde d'ALLAH vous accompagnent.

Feu à mon oncle Mamadou Markamadi et ma Tante Kadia, que DIEU vous accorde le Paradis.

A mes très chers amis :

Brehima Yalcoué, Souley Idriss, Daouda Magassa, Ibrahim Konaté, Zoumana Kanté, El Cheick Oumar Traoré, Sidi Modibo Doucouré

A tous mes amis de Csref CI, ASACOSISOU Centre catholique de Nafadji sans oublier Dr Cheick Samaké qui m'a beaucoup aidé sur ma thèse et qui est toujours disponible à mes appels

Vous m'avez maintes fois donné l'occasion de me rendre compte que je pouvais compter sur vous. Grâce à vous, je crois en l'amitié véritable. Que Dieu vous prête longue vie

A ma femme Fatoumata Dany Tigana sans oublier tes conseils, tes encouragements, que Dieu nous donne une longue vie et beaucoup d'enfants.

Au Mali,

Pour tes efforts consentis dans notre éducation, dans notre formation, nous te servirons avec amour, loyauté et patriotisme.

A l'Afrique et à tous ceux qui se battent pour son unité

Hier c'était l'Organisation de l'Union Africaine (OUA), aujourd'hui c'est l'Union Africaine.

Votre combat ne sera pas vain car les jeunes générations porteront le flambeau surtout de la paix.

REMERCIEMENTS

-Au personnel du centre de santé de référence de la commune II ;

-Aux Docteurs : Dr Samaké, Macalou, DAO Seydou Z, Dr Sagoba Konaté

Et tous les DES de gynécologie et d'obstétrique qui sont passés par le Csref CII.

-A mes collègues internes du centre

-A toutes les équipes de gardes du Csref de la commune II

-Au personnel du Csref CI sans oublier mes chers maitres Dr Soumaré, Dr Dicko, Dr Sylla, Dr Ousmane Coulibaly, Dr Kalifa Traoré.

-A tous mes maîtres depuis le primaire, le secondaire, la faculté jusqu'à l'hôpital

-A tous mes camarades de promotion, que Dieu nous donne bonne chance

-Et à tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail dont je n'ai pas pu citer les noms. Toute ma profonde gratitude.

A notre Maître et président du Jury

Professeur Salif DIAKITE

- **Professeur titulaire honoraire de Gynécologie Obstétrique à la FMOS**
- **Ancien gynécologue Obstétricien au CHU Gabriel TOURE**

Cher Maître,

C'est un grand honneur pour nous d'être comptés parmi vos élèves.

Clinicien de talent et d'expérience, nous avons été impressionnés par la qualité de votre enseignement, votre sagesse et votre simplicité.

Que le bon Dieu vous donne longue vie afin que nous puissions continuer de bénéficier de votre enseignement et de vos conseils.

Trouvez ici, cher Maître, l'expression de toute notre reconnaissance et de notre profond respect.

A notre maître et juge,

Dr THERA Tioukani Augustin

. Maître -assistant de gynécologie obstétrique à la FMOS

. Chef du service de gynécologie obstétrique du CHU du Point-G

. Ancien chef de service de l'hôpital Nianakoro Fomba de Ségou

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation et de notre réussite, vous êtes pour nous un modèle à suivre.

Votre abord facile, votre grande simplicité et surtout votre abnégation font de vous un modèle pour les étudiants.

Nous espérons être dignes de votre confiance, et nous vous prions, cher Maître, d'accepter notre profonde reconnaissance et notre haute considération.

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre profond respect et de notre très grande considération.

Que le tout puissant Allah Vous protège. Amen !

A notre maître et co-directeur de thèse,

DR TRAORE Alassane ;

.Chef de service adjoint de gynéco obstétrique à l'Hôpital du Mali

. Ancien chef de service de gynéco obstétrique à l'Hôpital Régionale de Gao de 2005 à 2011

.Gynécologue obstétricien au Csref de la commune I en 2011

.Formateur en GESTA Internationale

Cher Maître,

Nous avons été touchés par votre rigueur scientifique, votre simplicité, votre disponibilité, vos qualités humaines et de formateur qui font de vous un modèle de simplicité humaine. Nous avons reçu de vous depuis nos premiers pas dans le service de gynécologie obstétrique une formation théorique et pratique.

Le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la faculté d'écoute font de vous un maître admirable.

Votre bonté, votre modestie, votre courtoisie, ainsi que vos qualités professionnelles ne peuvent que susciter notre grande estime et notre profond respect.

Nous apprécions grandement votre dynamisme et votre générosité.

Nous vous remercions sincèrement pour votre rôle déterminant dans la réalisation de ce travail.

Veillez trouver ici, cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

Puisse le tout Puissant vous donner une longue vie. Amen

A notre maître et Directeur de thèse,

Pr MOUNKORO Niani

.Maître de conférences de gynécologie obstétrique à la FMOS

. Chef de service d'obstétrique au CHU Gabriel Touré

.Chevalier du l'ordre de mérite de la sante.

Cher maître, nous avons été très honorés de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger cette thèse malgré vos multiples occupations.

Sensible à la confiance que vous nous avez accordé en nous confiant et sous votre direction ce travail, nous espérons en avoir été dignes.

Homme de principe, la qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique fait de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, d'humilité et du travail bien fait.

Nous sommes fiers de compter parmi vos élèves.

Vous nous avez impressionnés en tant que pédagogue.

Vous ne saurez quel honneur, vous nous faites en acceptant de diriger cette thèse.

Nous vous prions, cher maître de bien vouloir trouver ici l'expression de notre grand respect et nos vifs remerciements. Puisse le Seigneur vous accorder santé et longévité (Amen).

ABREVIATIONS

ABREVIATIONS

ABOSAC : Association de santé communautaire de Bozola.

ASACOBENKADI : Association de santé communautaire de Bakaribougou

ASACOME : Association de santé communautaire de Médine

ASACOHI : Association de santé communautaire d'hippodrome.

BONIABA : Association de santé communautaire de Bozola, Niarela, Bagadadji.

CSREF CII : Centre de santé de référence de la commune II

CSCOM : Centre de santé communautaire

DES : Diplôme d'étude spécialisée

FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

IOTA : Institut d'Ophtalmologie tropicale d'Afrique

Mn : Minute.

PEV : Programme élargi de vaccination.

PMI : Protection maternelle et infantile.

PTME : Prévention de la transmission mère enfant.

RAM : Rupture artificielle des membranes.

RSM : Rupture spontanée des membranes.

TSF : Quartier téléphone sans fil.

1^{er} : Premier.

2^e :Deuxième.

3^e :Troisième.

SOMMAIRE

I.INTRODUCTION.....	1
II .OBJECTIFS.....	3
III.GENERALITES.....	4
IV.METHODOLOGIE.....	10
V.RESULTATS.....	16
VI.COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	27
VII.CONCLUSION ET RECOMMADATIONS.....	30
VIII.REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	32
IX. ANNEXES.....	36

I- INTRODUCTION

Les anomalies funiculaires par leur sévérité pronostique confèrent souvent à la naissance de l'enfant un caractère critique. Ces pathologies funiculaires constituent une inquiétude dans la pratique obstétricale.

On distingue :

-les anomalies accidentelles s'exprimant au cours du travail d'accouchement (circulaire, les bretelles et les procidences) qui sont fréquentes ;

-les anomalies de développement (cordon court et les insertions velamenteuses) qui sont rares.

Généralement tolérées aux cours de la grossesse, les pathologies funiculaires font de l'accouchement un accident à haut risque influençant la vie fœtale. Les anomalies du cordon ombilical augmentent significativement la mortalité.

Parmi les anomalies funiculaires on peut citer la procidence du cordon, les nœuds du cordon, les enroulements, les circulaires, les bretelles du cordon.

La procidence du cordon est une tragédie redoutable pour le fœtus nécessitant donc une extrême urgence obstétricale où seules la rapidité des décisions thérapeutiques et leur réalisation permettent de sauver le fœtus [2, 5,8].

Cependant, il faut distinguer la procidence:

-du procubitus

- de la laterocidence

Malgré le caractère tragique de la procidence du cordon, beaucoup d'auteurs ne se sont pas intéressés au problème de façon spécifique.

La procidence du cordon ombilical est un phénomène obstétrical rare, sa fréquence dans la littérature varie entre 0,21 et 1,87 %.

Dufour [6] a trouvé une fréquence de 0,21%, Traoré Y [23]: 0,28%.

La plus importante évolution numérique ancienne a été observée en 1821 par Marie Louise La Chapelle qui sur 15380 accouchements en a recensé 28 cas avec une mortalité fœtale de 25% [6] citer par Dufour.

Sa survenue peut être prévue et la prévention souvent possible, ceux-ci obligent :

- La connaissance de tous les facteurs étiologiques (Présentations du siège, transversale, hydramnios, multiparité, rétrécissement du bassin, amniotomie, la prématurité).
- Le respect strict des conditions effectives de la rupture artificielle des membranes (RAM).

Avec la maîtrise de ces données, on pourrait réduire la procidence du cordon ombilical de façon objective. Cette anomalie obstétricale est déjà rare mais surtout au pronostic fœtal sévère.

Pour cela nous avons jugé nécessaire de mener une étude sur la procidence du cordon ombilical pour déterminer les facteurs de risque et évaluer le pronostic fœto-maternel au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

II- **OBJECTIFS**

- **GENERAL :**

- ❖ Etudier la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

- **SPECIFIQUES :**

- ❖ Déterminer sa fréquence de la procidence du cordon ombilical.
- ❖ Décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des parturientes.
- ❖ Préciser les facteurs de risque.
- ❖ Décrire sa prise en charge.
- ❖ Déterminer son pronostic fœtal et maternel

III- GENERALITES :

- Le cordon ombilical est le support des vaisseaux, reliant le placenta au fœtus, transportant le sang maternel vers le fœtus.
- C'est une tige blanchâtre, grêle ou épaisse, longue de 45 à 60 cm.
- Il s'insère sur le fœtus au niveau de l'ombilic, sur le placenta à proximité du centre, on parle d'insertion centrale.
- ❖ **Les anomalies de développement et de forme du cordon ombilical**
- ✓ **Les anomalies de longueur**
- Le cordon court: Il a une longueur inférieure à 30 cm. Le cordon court est épais, gras, il expose aux accidents suivants:
 - Allongement de la durée du travail
 - La souffrance fœtale
 - Le décollement prématuré du placenta
 - Les anomalies de la présentation
- L'excès de longueur du cordon ombilical:
- Le cordon est trop long lorsqu'il mesure plus de 70 cm. Il peut être responsable de nœuds de circulaires et de procidence.

Les anomalies de longueur

- Le cordon court: Il a une longueur inférieure à 30 cm. Le cordon court est épais, gras, il expose aux accidents suivants:
 - Allongement de la durée du travail
 - La souffrance fœtale
 - Le décollement prématuré du placenta
 - Les anomalies de la présentation
- L'excès de longueur du cordon ombilical:
- Le cordon est trop long lorsqu'il mesure plus de 70 cm. Il peut être responsable de nœuds de circulaires et de procidence.

Les anomalies des vaisseaux

- Le syndrome de l'artère ombilicale unique: Il est fréquemment associé à des malformations fœtales et d'autres anomalies de la grossesse.
- Hypotrophie
- Hydramnios, l'oligo-amnios.
- Métrorragies, avortements.

Rupture prématuré des membranes.

Les anomalies d'insertion

- ✓ **L'insertion marginale:** le cordon s'insère sur le bord du placenta. Cette anomalie peut s'accompagner d'une légère diminution du poids du fœtus et du placenta.
- ✓ **L'insertion velamenteuse:** C'est une insertion du cordon sur les membranes, elle est souvent associée à:
 - Des malformations fœtales
 - L'hypotrophie
 - L'artère ombilicale unique.

❖ **Les anomalies de position**

- Elles sont souvent la conséquence de la trop grande longueur du cordon.
- ✓ **Les nœuds du cordon**
 - Ils sont retrouvés souvent dans les grossesses gémellaires et n'entraînent pas de symptomatologies dans la plupart des cas. Cependant les nœuds très serrés ou en cas de plusieurs nœuds, on peut avoir une souffrance fœtale et la mort fœtale.
- ✓ **les enroulements du cordon**
 - Le circulaire: L'enroulement autour du cou entraîne une souffrance fœtale pendant le travail.
 - Au moment de l'expulsion de la tête fœtale, couper le cordon ombilical entre deux pinces avant l'expulsion du tronc du fœtus
 - Le circulaire:
L'enroulement autour du cou entraîne une souffrance fœtale pendant le travail.

Au moment de l'expulsion de la tête fœtale, couper le cordon ombilical entre deux pinces avant l'expulsion du tronc du fœtus.

1. **Définition :**

1-1 La procidence du cordon, accident de la période du travail, est la chute du cordon en avant de la présentation avec membranes rompues. C'est de loin le plus grave des cas de déplacement du cordon à cause du danger qu'il fait courir au fœtus [15].

1-2 le pro cubitus est la chute du cordon ombilical au-devant de la présentation fœtale, les membranes intactes.

1-3 la laterocidence est la chute du cordon entre la présentation fœtale et la paroi utérine sans que le siège funiculaire ne dépasse le plan de la présentation [15].

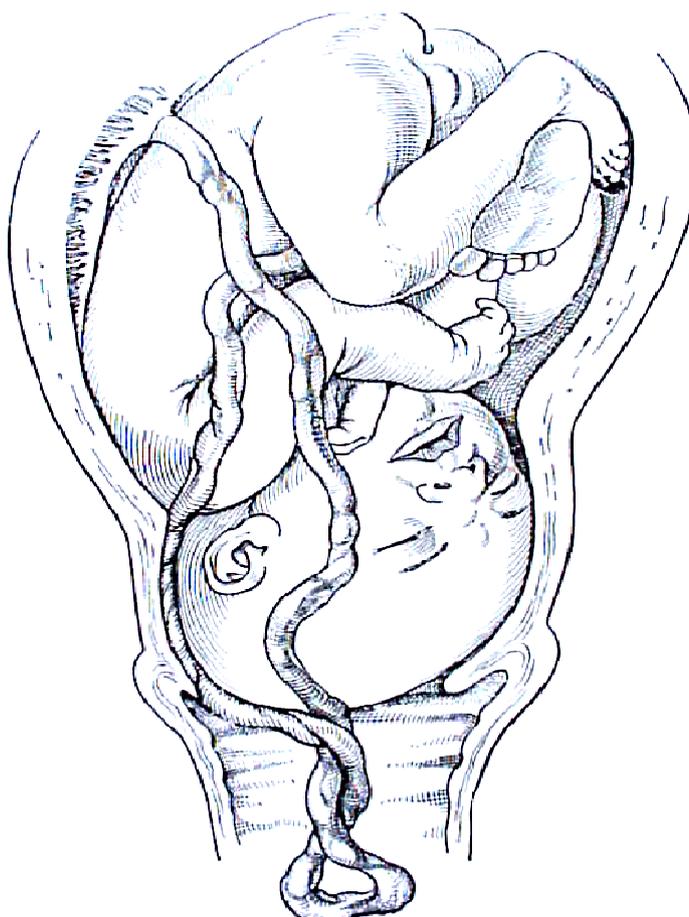


Figure 1 :

Procidence du cordon In Merger M (15)

2. Etiopathogénie :

Lorsqu'au cours du travail, la présentation s'adapte avec exactitude au segment inférieur bien formé et au détroit supérieur non rétréci, c'est-à-dire lorsque l'accommodation est parfaite, la procidence est impossible. Pour qu'elle se produise, il faut une faille par où le cordon s'engage. [3, 4,15]

3. FACTEURS OVULAIRES ET ANNEXIELS :

- ❖ **Hydramnios** : agissant à la fois en gênant l'accommodation en permettant au fœtus une trop grande mobilité et surtout en entraînant le cordon par l'irruption trop abondante du liquide lors de l'ouverture de l'œuf.
- ❖ **La déflexion du fœtus** : supprime la loge où le cordon reste maintenu.
- ❖ **Le placenta prévia** avec insertion basse du cordon
- ❖ **L'excès de la longueur du cordon** : favorise son déplacement aussi bien vers le bas qu'autour du fœtus.
- ❖ **Les présentations transversales** : la procidence du cordon est fréquente. Rien n'oblitére le détroit supérieur : le cordon descend avec la même facilité que les bras même du fœtus.
- ❖ **Les présentations de siège** : elles sont encore assez fréquentes surtout si le siège est complet [7,15].

4. FACTEURS MATERNELS :

- ❖ Gène à l'accommodation : les bassins rétrécis, les tumeurs prévia, la grossesse gémellaire, la disproportion foeto-pelvienne, la multiparité

5. FACTEURS IATROGENES :

- ❖ L'amniotomie : la rupture artificielle trop brutale des membranes peut augmenter le risque d'une procidence du cordon.
- ❖ Le refoulement malencontreux de la présentation par la main lors d'une tentative de version.
- ❖ Le forceps: l'entraînement du cordon par une branche du forceps.

- ❖ Certains incriminent une baisse de la pression dans les vaisseaux du cordon, baisse que serait déjà l'expression d'une souffrance fœtale. [5, 14,15]

6. ANATOMIE PATHOLOGIE :

Le cordon peut tomber en avant ou plutôt à côté de la présentation alors que les membranes sont intactes. Ces variétés nommées pro cubitus et la laterocidence sont rares et beaucoup moins dangereuses. Le cordon dans le liquide amniotique est difficilement soumis à la compression mais jamais à la dessiccation[21]. La véritable procidence se produit lorsque l'œuf est ouvert selon la situation du cordon : on distingue 3 degrés dans la procidence :

1 er degré : quand le cordon est au niveau du segment inférieur et le col ;

2ème degré : présence du cordon au niveau du vagin ;

3^{ème} degré : le cordon est perçu de l'extérieur[21].

7. CONSEQUENCES PHYSIOPATHOLOGIQUES :

La conséquence redoutable de la procidence du cordon est :

- ✓ **La compression du cordon** entre parois osseuses du bassin et la présentation. Cette compression est d'autant plus rare et d'autant moins grave que la présentation est moins favorable, notion qui apporte un correctif à celle de la fréquence de l'accident. La compression est dangereuse dans les présentations céphaliques surtout lorsque le cordon est coincé en avant ou latéralement. En arrière, en effet, le cordon glisse sur le promontoire pour s'abriter dans l'un des sinus sacro-iliaques.
- ✓ **La dessiccation** : on a même avancé que les troubles de la circulation funiculaire étaient dus plus à la mauvaise nutrition du cordon, (son imbibition se trouvant empêchée) qu'à la compression.
- ✓ **La mort réflexe** : décrite en 1960 par Lacomme, la simple mobilisation du cordon lors du toucher vaginal peut entraîner le décès fœtal. Il s'agirait d'une mort par réflexe vagal.

8. DIAGNOSTIC

Il est clinique, la procidence du cordon est trouvée dans deux possibilités :

- ✓ **La 1^{ère} Procidence** : se constitue le plus souvent lors de la rupture artificielle des membranes. Il s'agit d'une parturiente dont la poche est bombante, la dilatation cervicale avancée et la présentation haute, mobile souvent non appréciable. C'est au cours de la rupture que l'on a la surprise désagréable de sentir tomber sur le doigt une anse du cordon.
- ✓ **La 2^e Procidence** : Plus rare, il peut s'agir d'une parturiente admise pour rupture spontanée des membranes. Les bruits du cœur fœtal sont souvent ralentis au maximum, ils sont non perçus.

Dans quelques cas plus favorables, on ne note pas d'anomalies. Quoiqu'il en soit, c'est le **toucher vaginal** qui permet de rapporter cette souffrance à la procidence ; le cordon se présente alors comme un bâtonnet pulsatile reconnaissable par ses battements synchrones au pouls fœtal.

Le diagnostic est évident lorsque le cordon se trouve hors de la vulve.

9. CONDUITE A TENIR

La procidence du cordon est une urgence obstétricale.

Le traitement est basé sur l'extraction rapide de l'enfant qui souffre d'une hypoxie aigue.

Le mode d'accouchement a un rôle fondamental dans le pronostic fœtal.

C'est sans discussion la césarienne qui donne la meilleure chance possible à l'enfant d'être extrait dans les meilleures conditions.

Le premier geste à faire lorsque le diagnostic de procidence est posé est de maintenir et refouler la présentation élevée par le toucher vaginal afin d'éviter la compression du cordon jusqu'à l'extraction fœtale. Mettre la patiente en position de TRENDELEBOURG, l'enveloppement humide avec une compresse en cas de procidence du **3^{ème} degré**, oxygénation, certains font le remplissage vésical [21].

Si l'extraction du fœtus ne peut se faire pour des raisons logistiques, dans les plus brefs temps, on peut administrer à la patiente des bêtamimétiques par voie intraveineuse directe afin d'obtenir une utero relaxation[25].

Cette extraction sera faite d'une manière générale par césarienne.

L'accouchement par voie basse n'est envisagé que dans deux éventualités :

- Enfant mort ou non viable ;
- Présentation engagée avec dilatation complète.

CAS PARTICULIER

Dans le **pro cubitus**, la césarienne est de règle et on doit :

- Respecter les membranes ;
- Surveiller attentivement le rythme cardiaque du fœtus jusqu'à la césarienne.

Dans la **laterocidence**, le mode d'extraction sera fonction des données fournies par l'étude du liquide amniotique, du tracé cardiotocographique, du pH au scalp rapporté au partogramme et à l'évolution du travail.

10. PRONOSTIC

La procidence reconnue, il importe d'apprécier immédiatement l'état du fœtus par l'analyse attentive du rythme cardiaque fœtal et d'évaluer le degré d'urgence thérapeutique.

✓ **Pronostic maternel :**

La mère ne court pas de danger du fait de la procidence .Cependant, l'acte chirurgical fait en urgence et l'infection liée à la rupture des membranes constituent un risque pour la parturiente. Les risques infectieux sont constitués par la chorioamniotite, l'endométrite, les suppurations pariétales.

✓ **Pronostic fœtal :**

L'enfant est exposé à l'anoxie et à la mort.

Les facteurs pronostiques sont constitués par :

- La prématurité ;
- La nature de la présentation ;
- Le délai entre la survenue de la procidence et l'intervention pour extraire l'enfant ;
- Le mode d'accouchement ;
- Le niveau de la hauteur de la présentation.

IV- METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude :

Notre étude a été menée dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako.

Dispensaire puis **PMI** (Protection Maternelle et Infantile) jusqu'en 1998 où il fut érigé en Centre de santé de Référence.

Deuxième niveau de la pyramide sanitaire du Mali sur trois niveaux : les centres de santé communautaires (dont 5 en commune II : ASACOHI (Hippodrome), ASACOME (Médine), ASACO Benkadi (Bakaribougou), BONIABA (Niarela), ABOSAC (Bozola) et une mutuelle Valentin de Pablo (TSF) sont le premier niveau, les centres de santé de référence, puis les hôpitaux qui constituent le sommet de la pyramide.

1.1- Situation géographique et service :

La commune II couvre une superficie de 17 Km² soit environ 7% de la superficie totale du district de Bamako 267 km².

Elle est limitée :

- Au nord par le pied de la colline du Point G ;
- Au sud par le fleuve Niger ;
- A l'Est par le marigot de Korofina ;
- A l'Ouest par la route goudronnée N° Boulevard du peuple passant par l'IOTA traversant le grand marché jusqu'au Pont des Martyrs.

Elle comporte 12 quartiers (Bagadadji, Bakaribougou, Bougouba, Bozola, Hippodrome, Médina coura, Missira, Niaréla, Quinzanbougou, TSF, Zone industrielle, N'gomi).

Le centre de santé de référence se trouve à Missira rue 283 porte 1015, il comporte plusieurs services :

- L'administration,
- Le bureau des entrées,
- L'infirmerie,

- Le laboratoire,
- La pharmacie,
- Le service d'oto-rhino-laryngologie,
- Le service d'ophtalmologie,
- Le service de médecine,
- Le service d'odontostomatologie,
- Le service de pédiatrie,
- Le service du **PEV** (Programme Elargi de vaccination),
- Le service social,
- Le service de gynécologie obstétrique,**

1-2 Description du service de gynécologie obstétrique

Le service de gynécologie obstétrique occupe le rez-de-chaussée.

A L'étage se trouvent l'administration et d'autres services. Il comporte :

- Un bloc opératoire ;
- Un bureau de la sage-femme maîtresse ;
- Une salle de dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- Une salle des médecins en cours d'étude de spécialisation en gynécologie et d'obstétrique ;
- Une salle d'accouchement avec trois tables d'accouchement ;
- Une salle de prise en charge des nouveau-nés ;
- Une salle d'échographie.
- Une salle de garde pour les infirmiers anesthésistes *et* réanimateurs ;
- Trois salles d'hospitalisation contenant cinq lits chacune ;
- Une toilette externe pour le personnel ;
- Une unité de planning familial ;
- Une unité prénatale ;
- Une unité post natale ;
- Une unité de **PTME**;
- Une unité de gynécologie et de grossesse à haut risque ;

Le personnel comprend :

- Une spécialiste en gynécologie obstétrique qui est le chef de service ;
- Six médecins ;
- Dix-sept étudiants en médecine faisant fonction d'interne ;
- La sage-femme maîtresse ;
- Vingt-quatre sages-femmes ;
- Quatre infirmières obstétriciennes ;
- Trois infirmiers anesthésistes réanimateurs ;
- Vingt aides –soignantes ;
- Cinq manœuvres ;
- Trois chauffeurs ;
- Quatre étudiants en spécialisation de gynécologie obstétrique.

1-3. Fonctionnement :

Le service dispose d'une salle d'accouchement, qui fonctionne vingt-quatre heures sur vingt-quatre, un bloc opératoire pour les urgences chirurgicales gynécologiques et obstétricales qui fonctionne également vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Les consultations gynécologiques et obstétricales sont assurées par la gynécologue obstétricienne deux jours par semaine (Lundi et Mercredi).

Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par des sages-femmes avec l'aide des infirmières et des aides-soignantes sauf le dépistage du cancer du col de l'utérus les mardis et les mercredis.

Une équipe de garde composée de médecins en spécialisation, d'étudiants en médecine, de sages-femmes, d'infirmières obstétriciennes, d'infirmiers anesthésistes réanimateurs d'aide soignantes de manœuvres, d'un chauffeur d'ambulance supervisée par le professeur assure le travail 24H/24H.

Régulièrement un staff se tient chaque matin du lundi au vendredi à huit heures trente où l'équipe de garde effectue le compte rendu de leurs prestations. Le staff est dirigé les lundis et les mercredis par le chef de service de gynécologie

obstétrique les autres jours par les médecins en formation en gynécologie obstétrique.

Une à deux fois par semaine (mercredi ou vendredi à 11 heures) un exposé est organisé pour discuter de la prise en charge de certaines pathologies fréquemment rencontrées dans le service.

2- METHODE :

2-1 Type d'étude : Il s'agit d'une étude descriptive et prospective effectuée à la maternité du centre de santé de référence de la Commune II

2-2 Période d'étude : L'étude s'est déroulée du 3 mars au 31 décembre 2014

2-3 Population d'étude :

Elle est constituée de tous les accouchements effectués à la maternité durant la période d'étude.

2-4 Echantillonnage : Nous avons fait un échantillonnage exhaustif sur toutes les parturientes qui ont répondu à nos critères.

2-4-1 Critère d'inclusion : ont été incluses dans notre étude toutes les parturientes dont :

- l'âge gestationnel était au moins supérieur ou égal à 28 semaines d'aménorrhée.
- L'existence d'une procidence du cordon

2-4-2 Critère de non inclusion : n'ont pas été incluse les parturientes dont :

- l'âge de la grossesse était inférieur à 28 semaines d'aménorrhée.
- Femmes enceintes en travail sans procidence du cordon et celles non en travail.
- Pro cubitus
- laterocidence

7- Supports des données : Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête à partir des dossiers d'accouchement et le compte rendu opératoire.

8- Variables étudiées

Nous avons établi une fiche d'enquête individuelle comportant les paramètres suivants :

- l'âge de la parturiente ;
- la profession ;
- la provenance ;

- la situation matrimoniale ;
- la gestité et la parité ;
- le mode d'admission ;
- l' état du cordon ;
- La hauteur utérine ;
- le type de présentation fœtale ;
- la dilatation cervicale au moment du diagnostic de la procidence ;
- la hauteur de la présentation ;
- le degré de la procidence du cordon au moment du diagnostic ;
- la durée de la rupture des membranes ;
- le mode de rupture des membranes ;
- le délai entre le moment du diagnostic et l'accouchement ;
- le type de bassin maternel à l'examen clinique ;
- le mode d'accouchement ;
- le score d'APGAR du nouveau-né ;
- le poids du nouveau-né ;
- la longueur du cordon.
- les BCF à l'admission

9- Saisie et analyse des données :La saisie et l'analyse des données ont été effectuées avec le logiciel spss. Le traitement de texte a été réalisé sur micro soft Word 2007. Le test Khi deux et l'odds ratio ont été utilisés pour comparer nos résultats.

Le seuil de signification était $P < 0,05$.

Définitions opératoires :

Nulligeste : femme n'ayant jamais contracté une grossesse ;

Nullipare : femme n'ayant jamais accouché ;

Primigeste : patiente à sa première grossesse ;

Primipare : femme à son premier accouchement ;

Paucigeste : patiente ayant contracté 2 à 4 grossesses ;

Paucipare : patiente ayant accouché 2 à 4 fois ;

Multigeste : patiente ayant contracté 5 à 6 grossesses ;

Multipare : patiente ayant accouché 5 à 6 fois ;

Grande multigeste : patiente ayant contracté 7 grossesses ou plus ;

Grande multipare : patiente ayant accouché 7 fois ou plus.

Les facteurs de risque : selon l’OMS on entend par facteurs de risque, toute caractéristique ou toute circonstance déterminante, attachée à une personne ou à un groupe de personnes, et dont on sait, qu’elle est associée à un risque anormal d’existence ou d’évolution d’un processus, ou d’exposition spéciale à un tel processus[18].

Mortinatalité: Parfois appelé mortinaissance est l’expulsion d’un fœtus mort après 22 semaines de gestation. [18].

V- RESULTATS

Du 03 Mars au 31 Décembre 2014, nous avons recensé 33 cas de procidence du cordon sur 1885 accouchements soit une fréquence de 0,84%.

Tableau I : Répartition des parturientes selon l'âge

Age	Effectif	Pourcentage
13 à 19 ans	9	27,3
20 à 35 ans	21	63,6
sup 35 ans	3	9,1
Total	33	100,0

La tranche d'âge 20 à 35 ans était la plus représentée avec 63,6%.

Tableau II : répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Femme au foyer	18	54,5
Etudiante	8	24,2
Fonctionnaire	3	9,1
Autre	4	12,1
TOTAL	33	100,0

Les Femmes au foyer étaient majoritaires avec 54,5%.

Tableau III : Répartition de patientes selon la résidence

PROVENANCE	Effectif	Pourcentage
Commune I	3	9,1
Commune II	30	90,9
TOTAL	33	100,0

NB=Les trois parturientes adressées par les confrères de la communes 1 étaient dues à la non disponibilité du bloc opératoire.

Plus de trois quart de nos patientes venaient de la Commune II avec 90,9%.

Tableau IV : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage
Mariée	27	81,8
Célibataire	5	15,2
Veuve	1	3,0
Total	33	100,0

81,8% des accouchements étaient des femmes mariées.

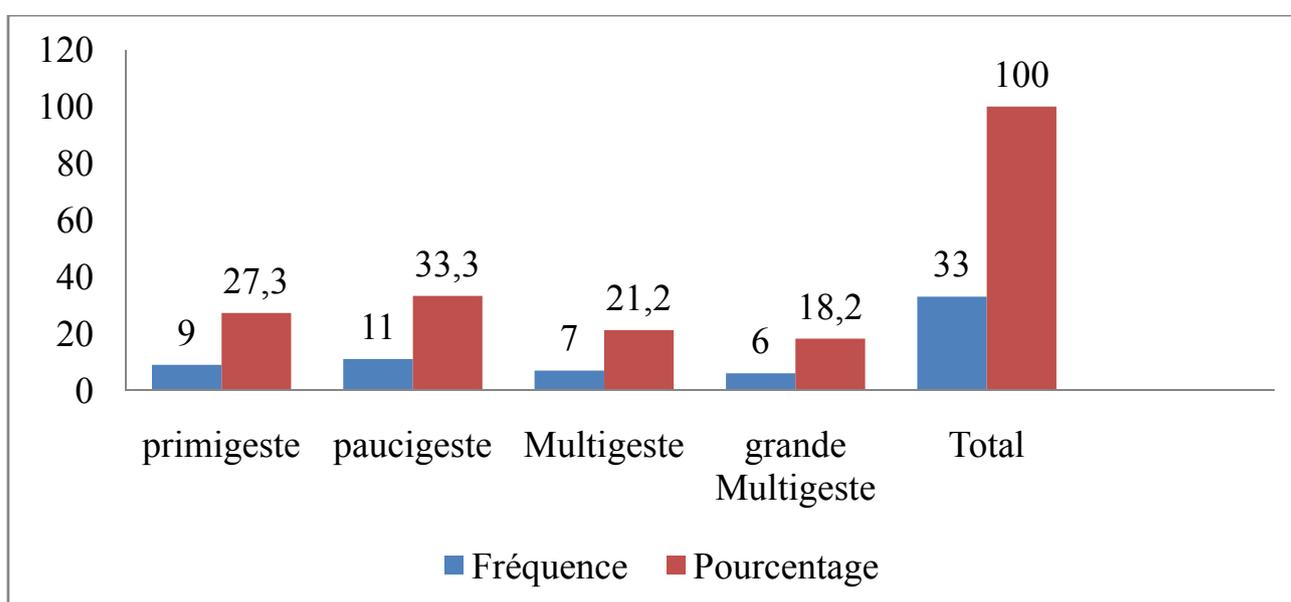


Figure: La répartition des patientes selon leur gestité.

Les paucigestes étaient majoritaires avec 33,3%.

Tableau V : Répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Venue d'elle même	17	51,5
Evacuée de l'ASACOME	5	15,15
Evacuée de l'ASACOHI	6	18,20
Evacuée de la clinique	5	15,15
Total	33	100,0

Plus de la moitié des patientes sont venues d'elle-même soit 51,5%.

Tableau VI : Répartition des patientes selon la durée entre le diagnostic et l'admission

Si évacuée la durée entre le diagnostic et l'admission	Effectif	Pourcentage
15 minutes	11	33,3
30 minutes	2	6,1
Plus	3	9,1
Autres	17	51,5
Total	33	100,0

Nb: Moins de 15 minutes, 30 minutes et plus

Dans notre échantillon 33,3% des cas avaient moins de 15 minutes entre le diagnostic et l'admission chez les évacuées.

Tableau VII : Répartition des patientes selon l'état du cordon

Etat du cordon	Effectif	Pourcentage
Battant	29	87,9
Non battant	4	12,1
Total	33	100,0

87,9% des cordons étaient battants.

Tableau VIII : Répartition des patientes selon le degré de la procidence

Degré	Effectif	Pourcentage
1er degré	8	24,2
2 ^{ème} degré	21	63,6
3 ^{ème} degré	4	12,1
Total	33	100,0

Les 2^{ème} degrés étaient les plus fréquents avec 63,6%.

Tableau IX : Répartition des patientes selon les présentations du fœtus.

Présentation du fœtus	Effectif	Pourcentage
Céphalique	26	78,8
Siège	6	18,2
Transverse	1	3,0
Total	33	100,0

La présentation céphalique était la plus représentée avec 78,8%.

Tableau X : Répartition des patientes selon la hauteur de la présentation

Hauteur de la présentation	Effectif	Pourcentage
Engagée	7	21,2
Non engagée	26	78,8
Total	33	100,0

Tableau XI : Répartition des patientes selon mode de la rupture de la poche des eaux

Mode de la rupture	Effectif	Pourcentage
Spontanée	11	33,3
Artificielle	16	48,5
Accidentelle	6	18,2
Total	33	100,0

48,5% des cas de notre échantillon étaient la rupture artificielle.

Tableau XII : Répartition des patientes selon l'aspect du liquide amniotique

Aspect du liquide amniotique	Effectif	Pourcentage
Clair	27	81,8
Sanguinolente	2	6,1
Méconial	4	12,1
Total	33	100,0

Les liquides amniotiques clairs étaient les plus représentés avec 81,8%.

TABLEAU XIII: Répartitions des patientes selon la phase du travail d'accouchement

Phase du travail d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Phase de latence	3	9,1
Phase active	26	78,8
Phase expulsive	4	12,1
Total	33	100,0

Dans l'étude 78,8% des femmes sont venues en phase active

Tableau XIV : répartitions des patientes selon la durée entre le diagnostic et le début de la césarienne en minute

Durée entre le diagnostic et le début de la césarienne	Effectif	Pourcentage
15 minutes	23	69,7
30 minutes	6	18,2
Plus	4	12,1
Total	33	100,0

69,7% des femmes avaient été césarisées dans les 15 minutes.

Tableau XVII : Répartition des patientes selon de mode d'accouchement

mode d'accouchement	Effectif	Pourcentage
voie haute	28	84,8
voie basse	5	15,2
Total	33	100,0

Seulement 15,2% des femmes ont accouché par voie basse.

TABLEAU XVIII : Répartition des patientes selon le sexe du nouveau-né

Sexe du nouveau-né	Effectif	Pourcentage
Masculin	15	45,5
Féminin	18	54,5
Total	33	100,0

54,5% des enfants étaient de sexe féminin.

TABLEAU XIX : Répartitions des patientes selon les poids à la naissance

Poids à la naissance	Effectif	Pourcentage
Inférieur ou égal à 2500 g	3	9,1
2500 à 4000 g	28	84,8
Supérieur à 4000g	2	6,1
Total	33	100,0

Dans notre échantillons 84,8% des nouveaux nés avaient un poids situé entre 2500 à 4000 g.

TABLEAU XX : Répartitions des patientes selon la longueur du cordon

longueur du cordon	Effectif	Pourcentage
Inférieur à 30 cm	1	3,00
30 -70 cm	29	87,9
Supérieur à 70 cm	3	9,1
Total	33	100,0

La longueur du cordon située entre 30 -70 cm étaient la plus représentée avec 87,9%.

TABLEAU XXI :Répartitions des patientes selon l'apgar à la 1 minute

1 minute	Effectif	Pourcentage
0	3	9,1
4 à 7	24	12,1
Supérieur à 8	6	78,8
Total	33	100,0

12,1%des nouveaux nés avaient un apgar situé entre 4 à 7 à la première minute.

TABLEAU XXII : Répartitions des patientes selon l'apgar à la 5 minute

5minutes	Effectif	Pourcentage
-----------------	-----------------	--------------------

0	4	12,1
4 à 7	26	78,8
Supérieur à 8	3	9,1
Total	33	100,0

Dans notre échantillonnage 12,1% des nouveaux nés avaient un apgar situé entre 4 à 7 à la première minute.

TABLEAU XXIII : Répartition des patientes selon l'état du cordon et mode d'accouchement

Etat du cordon		
Moded'accouchement	Battant	Non battant
Voie haute	28(100%)	0(0,0%)
Voie basse	2(40,0%)	3(60,0%)
Total	30(87,9%)	3(9,1%)

TABLEAU XXIV : Répartitions des patientes selon l'Apgar le mode d'accouchement

~~5 minutes~~

Mode d'accouchement	0	4-6	supérieur 7	TOTAL
Voie haute	2(7,1%)	1(3,5%)	25(89,2%)	28(100%)
Voie basse	3(60,0%)	1(20,0%)	1(20,0%)	5(100%)
TOTAL	5	2	26	33

TABLAU XXV : Relation selon l'état du cordon et le statut matrimonial

Etat du cordon	Statut matrimonial			Total
	Mariée	Célibataire	Veuve	
Battant	24	4	1	29
non battant	3	1	0	4
Total	27	5	1	33

P=0,796

Nous n'avons pas eu une relation statistiquement significative entre l'état du cordon et la parité avec $p=0,796$

TABLAU XXVI : Relation selon la parité et l'état du cordon

Etat du cordon	Parité					Total
	Nullipare	Primipare	Paucipare	Multipare	Grande multipare	
Battant	8	3	7	5	6	29
non battant	1	0	1	2	0	4
Total	9	3	8	7	6	33

P=0,553

Nous n'avons pas eu une relation statistiquement significative entre l'état du cordon et la parité avec $p=0,553$

TABLAU XXVII : Relation selon la gestité et l'état du cordon

Etat du cordon	Gestité				Total
	Primigeste	Paucigeste	Multigeste	grande Multigeste	
Battant	8	10	5	6	29
non battant	1	1	2	0	4
Total	9	11	7	6	33

P=0,439

Nous n'avons pas eu une relation statistiquement significative entre l'état du cordon et la gestité avec $p=0,439$

TABLAU XXVIII : Relation selon la hauteur de la présentation et l'état du cordon

Etat du cordon	Hauteur de la présentation		Total
	Engagée	Non engagée	
Battant	3	25	28
Non battant	4	1	5
Total	7	26	33

P=0,,0001

Nous avons eu une relation statistiquement significative entre l'état du cordon et la hauteur utérine avec $p=0,,0001$

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1-FREQUENCE

Au terme de notre étude nous avons enregistré 33 cas de procidence du cordon sur 1885 accouchements soit une fréquence de 1,75%. Notre résultat est supérieur à celui de Berthé B [4] à Bamako qui a trouvé 0,43%, mais inférieur à celui de Tounkara .S[25] qui a trouvé 0,81%.

2-ASPECTS SOCIODEMOGRAPHIQUES

➤ **Age :**

Près de 63,6% des patientes avaient un âge compris entre 20 à 35 ans, avec un âge extrême à 13 et 35 ans inférieur à celui TouréCoulibaly.K [24] qui a trouvé 61,5%

L'âge ne joue pas un rôle dans la survenue de la procidence du cordon ombilical. La survenue de la procidence du cordon pourrait s'expliquer par un relâchement excessif de la paroi utérine chez la multipare.

➤ **Profession :**

Les femmes au foyer étaient représentées dans notre échantillon avec 54,5% La profession n'est pas un facteur déterminant dans la survenue de la procidence du cordon.

➤ **Statut matrimonial :**

Dans notre étude 81,8% des femmes étaient mariées. Il n'y a pas de lien entre le statut matrimonial et la survenue de la procidence du cordon $p=0,796$

La Gestité et Parité :

✓ **LA Gestité :**

Les multigestes ont été les plus fréquentes avec un taux de 51,7% des cas, avec une différence statistiquement non significative $P=0,439$

✓ **La Parité :**

Les nullipares avec 27,3% ont été les plus représentées. La parité, dans notre série était un facteur qui influence la survenue de la procidence du cordon. Il en est de même chez TounkaraS[25].

3 DONNEES CLINIQUES :

✓ Le niveau d'engagement de la présentation fœtale

Les patientes avec une présentation non engagée ont couru 9 fois plus de risque de faire une procidence du cordon ombilical avec une relation statistiquement significative $p=0,0001$

Le mode d'accouchement :

La césarienne a été la voie d'accouchement la plus fréquente avec 84,8%chez nos patientes. Il en est de même chez Anongba S[24] au GABON Cela est dû au caractère d'urgence de la prise en charge de la procidence du cordon ombilical surtout battant.

✓ La longueur du cordon ombilical :

Nous avons noté la longueur excessive du cordon ombilical 30-70 cm chez 87,9% des cas de nos patientes. Cela peut s'expliquer par la mobilité du cordon.

Les autres facteurs incriminés dans l'étiologie de la procidence du cordon ombilical qui n'ont pas été retrouvés dans notre série sont : la prématurité, le petit poids de naissance, la gémellité, l'hydramnios, le placenta prævia, les fibromes sur grossesse ; tous ces facteurs rendent l'accommodation imparfaite

TRAITEMENT :

La procidence du cordon est une urgence obstétrico-chirurgicale.

La césarienne a été le mode d'extraction fœtale le plus représenté avec 84,8% des cas.

15,2%des patientes avaientaccouché par voie basse soit parce que celle-ci était imminente, soit parce que le fœtus était mort en l'absence de toute contre-indication de la voie basse.

Nos résultats étaient similaires à ceux d'une étude menée par Coulibaly Y F et KAKOU C[12], où la césarienne a été le mode d'extraction dans 87,9% des cas pour procidence du cordon battant.

4PRONOSTICS :

✓ **Fœtal**

✓ **Fœtal**

L'irruption de la circulation au niveau du cordon est une condition défavorable au maintien de l'oxygénation fœtale normale.

Le fœtus est, en cas de procidence du cordon, exposé à l'hypoxie et à la mort [1, 9, 13,17].

Nous avons noté 3,3 % cas de mort-nés. Il s'agit de patientes qui avaient une procidence du cordon non battant arrivées dans notre service avec un fœtus déjà mort.

Traoré Y. [23] a trouvé un taux de 32 %

Notre taux faible pourrait s'expliquer par :

- les conditions d'évacuation favorables des patientes ;
- le délai court entre le diagnostic et l'accouchement ;
- La gratuité de la césarienne ;

Le mode d'accouchement est un facteur déterminant du pronostic fœtal ;

Tous les nouveau-nés accouchés par césarienne dans notre série étaient vivants cinq minutes après la naissance.

Deux nouveau-nés issus de l'accouchement par voie basse étaient vivants.

Nous pensons comme beaucoup d'auteurs que l'accouchement par voie basse altère le pronostic fœtal [16,21, 23 ,24] comparativement à la césarienne.

La procidence du cordon constitue une étiologie imprévisible de mortinatalité[2, 15,20, 23].

Tous les nouveau-nés adressés à la Pédiatrie étaient vivants trois mois après leur accouchement

VII - Conclusion :

La procidence du cordon ombilical constitue une urgence obstétrico-chirurgicale malgré sa fréquence relativement élevée.

C'est une complication obstétricale grave qui compromet fortement le pronostic foetal. Nous avons trouvé une fréquence de 0,84% proche de celle de la plupart des auteurs.

- La prématurité ;
- Les grossesses multiples ;
- Les présentations anormales ;
- Les ruptures artificielles et les ruptures spontanées des membranes ;
- Les longueurs excessives du cordon.
- La multiparité
- L'hydramnios

Nous avons eu recours à la césarienne dans 84,8% des cas.

La procidence du cordon a été fœticide dans notre étude avec 12,1% environ de décès (3 cas).

Le pronostic foetal est fonction de la qualité de la surveillance au cours de la parturition, corollaire d'un diagnostic rapide mais surtout de la rapidité et de la pertinence de la prise en charge thérapeutique.

RECOMMANDATIONS

A l'attention des autorités sanitaires :

- Formation et recyclage des accoucheurs et de tous les agents qui ont en charge les parturientes.
- Mise à la disposition au CSREF CII d'une ambulance équipée.
- Mise en place d'un service de réanimation néonatale au CSREF CII

A l'Attention des agents de santé :

- Le respect scrupuleux des conditions de rupture artificielle des membranes (présentation engagée ou appliquée, rupture des membranes au moment des contractions, rupture punctiforme haute tout en modelant le flux du liquide amniotique à l'aide des doigts).
- Sensibilisation des gestantes pour qu'elles se rendent aux centres de santé dès la perte des eaux.
- Examen du bassin lors des consultations prénatales du 3^e trimestre ou au cours de l'accouchement

Aux parturientes

- Fréquentation d'un centre de santé dès l'apparition d'un ou des signes de danger (perte des eaux, l'apparition des contractions utérines douloureuses)
- Suivi correct des consultations prénatales. .

VIII- BIBLIOGRAPHIE

1. Beata S, Akapazza KS, Hodonou AKS, Idder AZ Etiologie des morts fœtales in utero : A propos de 308 cas observés de Janvier 1984 à Juin 1985.

Publications médicales africaines n° 118, 1991, 14-22.

2. Berthe.B,

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel de la procidence du cordon ombilical au Csref CV (Thèse de Médecine BAMAKO 2006 M220)

3. Barnet WM

Funic reduction for management of umbilical cord prolapse. Am. J. Obstet. Gynecol., 1991, 165, 654-657.

4. Berland M, Magnin G

La rupture prématurée des membranes. Encycl. Méd. Chir., (Paris), obstétrique, 5072-B 10, 5-1982.

5. Duchatel F, HammpOury J

Histoire d'une chute. La procidence du cordon ombilical. Rev. Fr. Gynecol-obstét., 1988, 83, 7-9, 561-567.

6. Dufour P, Vinatier D, Bennanis, Tordjeman N

Procidence du cordon : Revue de la littérature à propos de 50 observations. J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1996, 25, 841-845.

7. Grall JY, Dubois J, Moquet, Poulain P

Présentation du siège.

Encycl. Méd. Chir., (Paris), obstétrique, 5-049-L40, 1994, 14.

8. Guikovati JP, Dellembach P, Lewin D

La procidence du cordon et des membres. Traité d'obstétrique, VOKAER, Tome 2, 1985, 473-476.

9. Guikovati JP, Dellembach P

Les anomalies du cordon ombilical. Encycl. Méd. Chir., (Paris), obstétrique, 5073-A10, 6-1978.

10. Jacquetin B, Fondrinier E

La perte des eaux en début de travail : conduite à tenir. Pratique de l'accouchement, Lansac J., SIMEP, Paris, 2^e édition, 1992, P. 185-196.

11. Jeffrey M, Barret MD

Funic reductions of the management of umbilical cord prolapse. Am. J. Obstet. Gynecol., 1991, 165, 654-7.

12. Kakou C, Bokossa E, Ronan J, Angoi V, Abauleth R, Boni S

Procidence du cordon ombilical battant à propos de 92 cas au CHU de Cocody Thèse de Médecine 2007, 82p.

13. Kouam L, Miller EC

Les méthodes thérapeutiques dans les procidences du cordon et le pronostic foetal . Rev. Fr. Gynécol. Obstét. 1981, 76, 1.

14. Lenain F, Delest A, Puech F, Codaccioni X

Procidence du cordon. J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1991, 20, 1, 296-300.

15. Merger G, Levy J, Melchior J

Précis d'obstétrique, 6e édition. MASSON, Paris, 1995, P.296-298.

16. Mirguet G, Vaillant F, Guesmi A, Grosieux P

La procidence du cordon : à propos de 74 observations. J. Gynécol. Obsté. Biol. Reprod, 1991, 20, N°1, 258.

17. Murphy DJ, Makenzie IZ

The mortality and morbidity associated with umbilical cord prolapse. J. of obstetric and gynaecology, 1995, 102, 856-30

18- OMS

Classification internationale des maladies 9^{ème} révision, OMS-Genève 1977

19. Papiernik E

Rupture prématurée des membranes .La revue du praticien (Paris), 1995, 45, 1738.

20. Pontonnier G, Fournie A, Reme JM, Grand-Jean H Souffrance foetale.

Encycl. Méd. Chir., (Paris), obstétrique, 5077-A30, 6-1990, 14.

21. Randrianantoanina F, Rakotosalena D, Ravelosoa E, Rakotadramanana N, Brada Y, Rasolofondraibe A

Intérêt du remplissage vésical au cours des procidences du cordon ombilical pulsatile à propos de 14 cas observés à la maternité du CHUA de Befelatanana (Antananarivo-MADAGASCAR) méd. trop 2007. 126 :214-46

22. Seguy B, Chavinie J, Michelon B

Nouveau manuel d'obstétrique, Tome II, 3^{ème} édition, Intermédica, Paris, 1969
P. 226-229.

23. Traoré Y

Procidence du cordon ombilical : facteurs étiologiques et pronostic fœtal. Mémoire CES de Gynéco-obstétrique du CHU de Treichville en RCI 2000, 748

24. Traoré Y, Teketé I, Dicko T F, Mulbah J K, Adjobi R, N'guessan E, Tegan A, Kouyaté S, KOUAKOU f, Anongba S, Touré Coulibaly K.

Procidence du cordon ombilical : facteurs étiologiques et pronostic fœtal, à propos de 47 cas colligés dans un centre de santé de référence. Mali médical 2006 tome 21, N°1 : P. 25-29.

25. Toukara S.

Procidence du cordon prise en charge, accouchement, pendant la présentation, Thèse de Médecine 2009, 79p.

IX- ANNEXES

PROCIDENCE DU CORDON OMBILICAL

FACTEURS DE RISQUE ET PRONOSTIC FOETOMATERNEL

FICHE D'ENQUETE

Numéro.....

Date.....

Identification

Q1 : Nom.....Prénom.....

Q2 : Age en année /___/ 1 : 13-19 ; 2 :20-35 ; 3 : >à 35

Q3 : Profession /___/ 1 : Femme au foyer ; 2 : Etudiante ; 3 :
Fonctionnaire ; 4 : Autres

Q4 : Provenance /___/ 1 : Com1 ; 2 : Com2 ; 3 :Com3 ; 4 :Com4 ;5: Com5;
6:Com6

Q5: Situation Matrimoniale /___/ 1: Mariée; 2: Célibataire; 3: Veuve; 4:
Divorcée

Q6a : Gestite /___/ 1 : Primigeste ; 2 :Paucigeste ; 3 :Multigeste ; 4 :Grande
Multigeste

Q6b : Parite /___/ 1 : Nullipare 2 Primipare ;3 : Paucipare ;4: Multipare ; 5 :
Grande Multipare

Q7: Mode d'admission /___/ 1: Venue d'elle-même 2: Référée,

Q7a : si référée, la durée entre le diagnostic et l'admission/___/1 :15min
2 :30min 3 : plus

Q8 : Etat du cordon /___/ 1 : Battant ; 2 : Non battant

Q9 : Degré / ___/ 1 : 1^{er} degré ; 2 : 2^e degré ; 3 : 3^e degré

EXAMEN GENERAL

Q10:Hauteur Utérine /__/ **1**: inférieure à 36; **2**: supérieure à 36

Q11 : Présentation du fœtus /__/ **1** : Céphalique ; **2** : Siege ; **3** : Transverse

Q12 : Hauteur de la Présentation /___/ **1** : Engagée ; **2** : Non engagée:
Supérieure à 24h

Q15 : Mode de la rupture /_____/ **1** : Spontanée ; **2** : Artificielle; **3** :
Accidentelle ; **4** : Iatrogène

Q16 : aspect du liquide amniotique /_____/ **1** : clair ; **2** : sanguinolente ; **3** :
méconial

Q17 : Mode d'accouchement /__/ **1** : Voie haute **2** : Voie basse

Q18 : Durée entre le diagnostic et le début de la césarienne/___/ **1** : 15mn; **2** :
30mn; **3** :60mn; **4** : 120mn

Q19 :Durée entre Diagnostic et accouchement /___/ **1** : 15mn; **2** : 30mn;
3 :60mn; **4** : 120mn

Q20: Durée du travail /_____/ **1** : moins de 6h ; **2** : plus de 6h

Q21 : Phase du travail d'accouchement/_____/ **1**: phase latence ; **2** : phase
active ; **3** : phase expulsive

Nouveau-né

Q22 : Sexe /_____/ **1** : masculin ; **2** : féminin

Q23 : Poids de naissance /___/ **1** : ≤ 2500g ; **2** : 2500-4000g ; **3** : > 4000g

Q24 : Longueur du cordon ombilical /_____/ **1** : < 30cm ; **2** : 30-70cm ; **3** : >
70cm

Q25 : APGAR 1mn /___/ 5mn /___/ **1** :0 ; **2** : 1-3 ; **3** : 4-6 ; **4**: >7

FICHE SIGNALETIQUE

NOM : DIARRA

Prénom : Ousmane

Age :

Titre de thèse : Procidence du cordon ombilical :

Année universitaire : 2014 – 2015

Ville de soutenance : Bamako

Pays : Mali

Secteur d'intérêt : Obstétrique, santé publique

Résumé : La procidence du cordon constitue un accident imprévisible de la période du travail et une cause importante de mortalité périnatale. Notre étude avait pour objectif de déterminer la fréquence de la procidence du cordon, ses facteurs étiologiques et d'évaluer le pronostic fœtal.

Notre étude s'est déroulée à la maternité du CS Réf CII de Bamako.

C'est une étude descriptive et prospective qui s'est étendue sur une période de 10 mois, allant du 03 Mars 2014 au 31 Décembre 2014.

Nous avons obtenu 1885 accouchements dont 33 cas soit une fréquence de 0,84%.

Nous avons eu recours à la césarienne dans 84,8%.

MOTS CLES : Procidence – Cordon – Mortalité – Fœtus.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE !