

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

**Ministère de L' Enseignement
du Mali**

, Supérieur et de la

Une Foi

Recherche Scientifique



UNIVERSITÉ DE BAMAKO



République

Un Peuple – Un But

**FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET
D'ODONTO – STOMATOLOGIE**

ANNEE UNIVERSITAIRE : 20 - 20

N°...../

Thèse

**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
ETUDE CAS/TEMOINS**

**Présentée et soutenue publiquement le/...../20
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto- stomatologie**

Par M. Yacouba Fily COULIBALY

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)**

Jury

Président : Pr. Salif DIAKITE
Membre : Dr. Samba TOURE
Membre : Dr. Youssouf TRAORE

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

Directrice de Thèse : Pr. SY Assitan SOW

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Bismilahi Rahmani Rahim

Je dédie ce travail

A Mon père, Fily COULIBALY :

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 ma mère, Mariam DIARRA 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, Ramata COULIBALY et son mari SAGARA

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

A mes frères et sœurs : Souleymane, Agaichatou, Nana kadidia et Soumana

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.

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

A ma nièce, mon neveu et mon homonyme Kadidia, Fily SAGARA et Yacouba DIARRA

Bonne chance pour la vie

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 (Bakary, Karamoko COULIBALY et Seydou DIARRA) et Tantes (Rabah COULIBALY, Kadiatou DIAWARA) décédés

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.

A mes très chers amis :

Amara, Moro, Abdou, Compol, Ag, Pasteur, Trabelsi, Samba, Nouhoum, Aboubacrine, Kadidia, Ina, Carol, Batoma, Gogo, Nabou, Ana.

A tous mes amis de l'ASACOMA, du quartier de Magnambougou, 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

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 : Haidara, Macalou, DAO Seydou Z, Diarra Issa, Sagara Issiaka, Ballo Mamadou, Major de l'ASACOMA

Et tous les DES de gynécologie et d'obstétrique qui sont passés par le CSREF C II.

-A mes collègues internes du centre

-A mon équipe de garde, Docteur Niambélé, Docteur Sali les internes, (Fomba, Mme Camara), l'externe Tangara

-Au personnel et à toutes les équipes de garde de l'ASACOMA

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

-A tous mes maîtres depuis le primaire jusqu'à l'hôpital. --A tous mes camarades de promotion que Dieu nous donne bonne chance.

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

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury Professeur Salif DIAKITE

Professeur honoraire de Gynécologie obstétrique à la FMPOS

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique, votre générosité et sens élevé de la vie font de vous un homme hors du commun. Vous êtes pour nous une source de connaissance inépuisable et une référence à suivre.

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

Dans l'élaboration de ce travail, j'ai pu apprécier votre disponibilité, votre compréhension.

C'est l'occasion de vous exprimer l'expression de ma plus profonde gratitude et de mon respect.

**A notre Maître et juge Docteur Samba TOURE,
Gynécologue obstétricien au Centre Hospitalier Universitaire du Point G
Chef de service adjoint de Gynécologie obstétrique du CHU du Point G.
Enseignant à l'institut national de formation en Sciences de la Santé (INFSS).**

Cher Maître,

Nous sommes très honorés de vous compter dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de ce travail.

Vos qualités humaines, votre modestie et votre sagesse font de vous un exemple à envier et à suivre.

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

Nous vous prions d'accepter l'expression de nos sentiments de reconnaissance et de profond respect.

A notre Maître et juge Docteur Youssouf TRAORE

Gynécologue obstétricien au Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré.

Maître assistant à la FMPOS.

Secrétaire Général de la SOMAGO.

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Homme de sciences, nous avons été touchés par votre abord facile, votre rigueur scientifique, votre simplicité, votre sens élevé de l'humanité.

Acceptez cher Maître nos remerciements pour la qualité de l'encadrement et les conseils prodigués tout au long de ce travail. Que DIEU vous accorde longue vie.

A notre Maître et Directrice de thèse Professeur SY Assitan SOW
Professeur honoraire de Gynécologie obstétrique à la FMPOS
Présidente de la SOMAGO
Chevalier de l'ordre national du MALI.

Cher Maître affectueusement appelé Tanti,

Ce travail est le vôtre, vous l'avez initié et dirigé sans ménager aucun effort.

L'assiduité, la ponctualité et la rigueur scientifique qui vous caractérisent ont forcé notre admiration.

La qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique font 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.

Honorable Maître, la probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la rigueur, la faculté d'écoute sont des vertus que vous incarnez et font de vous un grand médecin.

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

Soyez convaincue que nous serons toujours votre très fidèle et respectueux disciple.

Puisse ALLAH vous prêter encore heureuse et longue vie.

SOMMAIRE

I.INTRODUCTION.....

OBJECTIFS.....

II.GENERALITES.....

III.METHODOLOGIE.....

IV.RESULTATS.....

V.COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....

CONCLUSION ET RECOMMADATIONS.....

REFERENCES.....

ANNEXES.....

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.

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

TSF : Quartier téléphone sans fil.

1^{er} : Premier.

2^e :Deuxième.

3^e :Troisième.

INTRODUCTION

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 fréquents) ;

-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

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

Malgré le caractère tragique de la procidence du cordon, beaucoup d'auteurs ne 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].

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.

OBJECTIFS

- GENERAL :

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

- SPECIFIQUES :

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

II. GENERALITES :

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].

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

1-2 le procubitus 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].

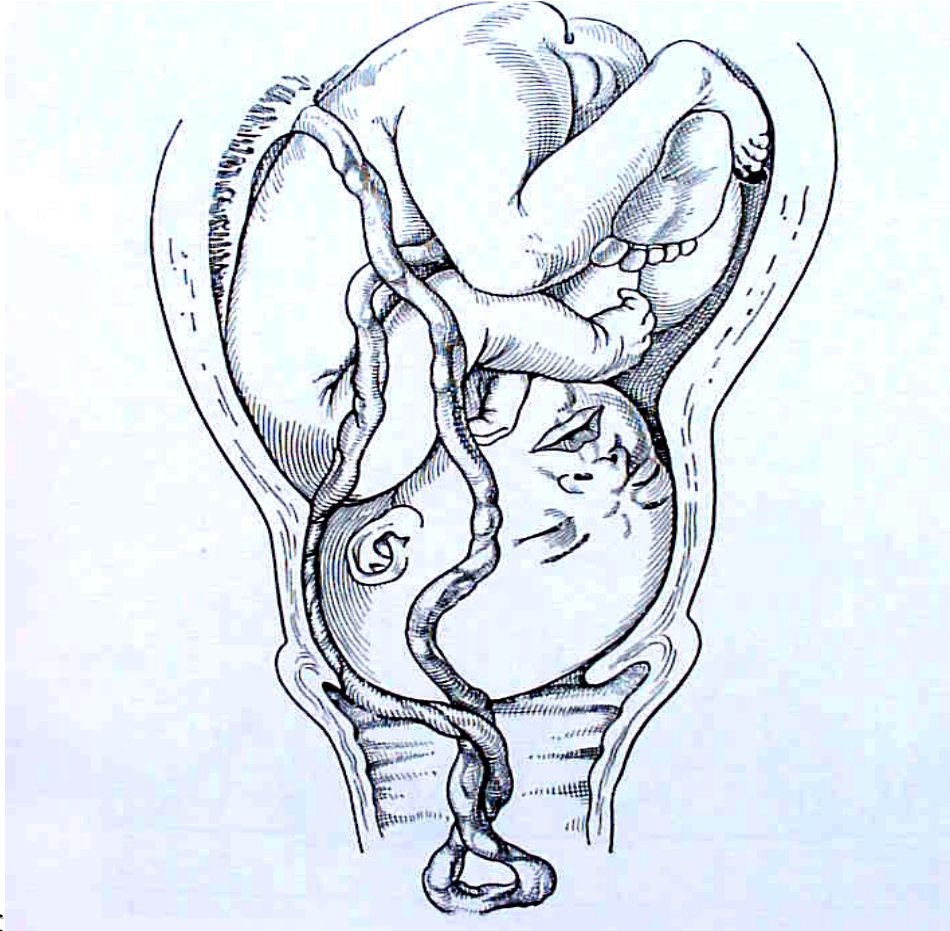


Figure 1 :

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 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 préavia** : lorsque le cordon s'insère à la partie basse du disque placentaire, toute proche de l'orifice cervical.
- ❖ **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 préavia, 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 :

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

Le cordon peut tomber en avant ou plutôt à côté de la présentation alors que les membranes sont intactes. Ces variétés nommées procubitus 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. 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 ;

2^{ème} degré : présence du cordon au niveau du vagin ;

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

7. CONSEQUENCES PHYSIOPATHOLOGIQUES :

La conséquence redoutable de la procidence du cordon est :

- ✓ **La compression du cordon** entre les 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

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

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. Quoi qu'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, la 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.

Cette extraction sera faite d'une manière générale par césarienne et c'est quelque soit le type de présentation et quelque soit la dilatation.

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

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

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

CAS PARTICULIER

Dans le **procubitus**, 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 ;

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

- 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.

III. 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 ;

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

-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'infirmierie,

-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,

1-2Description 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 ;

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

- 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** (Prévention de la transmission mère enfant) ;
- 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.

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

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- Type d'étude : Il s'agit d'une étude cas/témoins effectuée à la maternité du centre de santé de référence de la Commune II

3- Période d'étude : L'étude s'est déroulée sur 3 ans du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2009.

4- Population d'étude :

Notre étude a porté sur les cas d'accouchement dans un contexte de procidence du cordon ombilical enregistré à la maternité du CSREF CII pendant la période d'étude du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2009 soit 60 cas de procidence, qui ont constitué notre échantillon, Ces cas étaient comparés à 120 cas d'accouchement durant la même période sans procidence du cordon , les

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

témoins ont été choisis à partir des dossiers d'accouchements qui ont précédé et suivi directement les cas de procidence.

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.

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

-l'âge de la grossesse était inférieur à 28 semaines d'aménorrhée.

4-3 Critères d'appariement : était l'âge

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

6- 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 ;

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

- 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

7- Saisie et analyse des données : La saisie et l'analyse des données ont été effectuées avec le logiciel épi info 6.04 dfr. 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 $P < 0,05$.

8-Définitions opérationnelles :

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].

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

Mortinatalité: est le décès d'un nouveau-né survenant entre sa naissance et le 28^{ème} jour après l'accouchement [18].

IV RESULTATS

1 la fréquence

Pendant notre période d'étude, nous avons enregistré **10029 accouchements** à la maternité du Centre de Référence de la Commune II, dont **60 cas** de procidence du cordon ombilical soit une fréquence de **0,60%**.

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

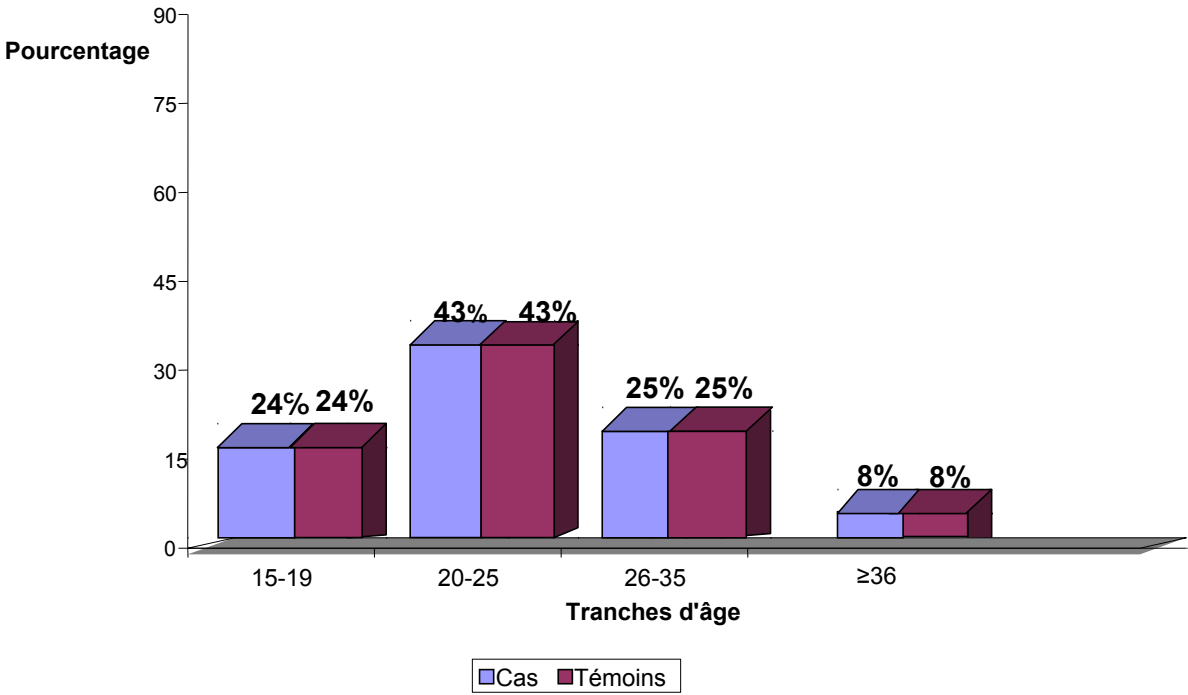


Figure 2: répartition des patientes selon l'âge

L'âge moyen a été de 24ans
 Les extrêmes ont été 15 et 37 ans

Tableau I : répartition des parturientes selon la profession

Profession	Cas	Témoins	p	OR-IC
------------	-----	---------	---	-------

	n	%	n	%		
Ménagère	34	56,7	55	45,8	0,170	1,55 (0,79-3,03)
Etudiante	13	21,7	42	35,0	0,067	0,51 (0,23-1,10)
Fonctionnaire	6	10,0	7	5,8	0,308	1,79(0,47-6,55)
Autres	7	11,6	16	13,3	0,752	0,86(0,28-2,38)
Total	60	100,0	120	100,0		

La fréquence des ménagères était plus élevée dans les 2 groupes respectivement (56,7%) et (45,8%) avec $p=0,170$

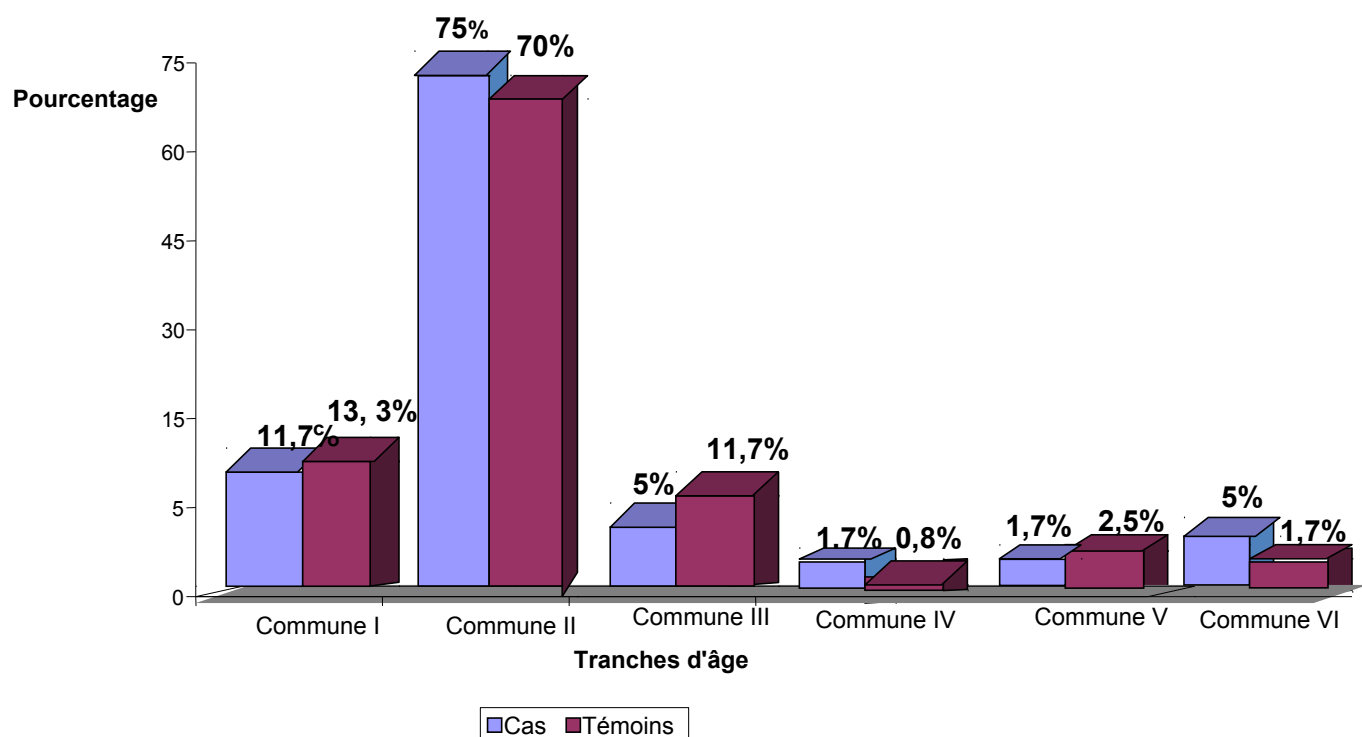


Figure 3 : Répartition des patients selon la provenance

La majorité des cas et des témoins provenaient de la commune II

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procdence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

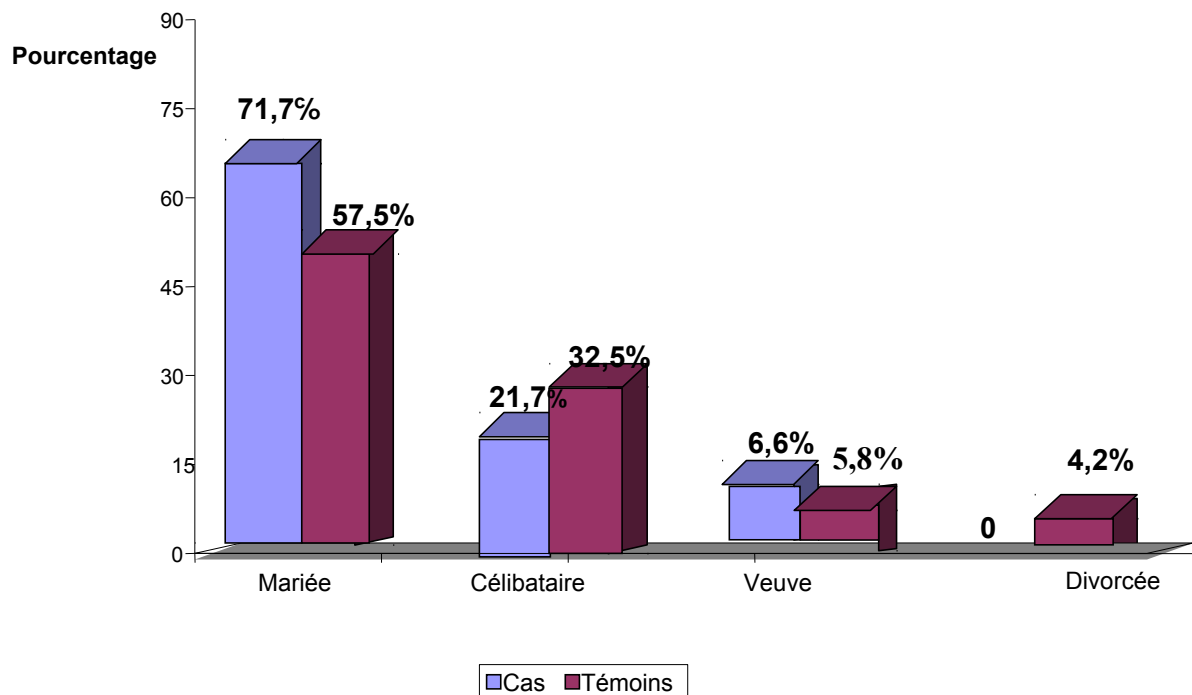


Figure 4: répartition des patientes selon le statut matrimonial
Les deux groupes étaient comparables en ce qui concerne la répartition selon le statut matrimonial mariée. P=0,064

Tableau II : répartition des parturientes selon la Gestité

Gestité	Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	n	%		
Primigeste	10	16,7	11	9,2	0,139	1,98(0,70-5,50)
Paucigeste	11	18,3	41	32,2	0,027	0,43(0,18-0,96)
Multigeste	31	51,7	51	42,5	0,24	1,45(0,74-2,83)
Grande multigeste	8	13,3	17	14,1	0,87	0,93(0,33-2,46)
Total	60	100,0	120	100,0		

Les multigestes étaient plus retrouvées chez les cas (51,7%) que chez les témoins (42,5%) p=0,24

Tableau III : répartition des parturientes selon la parité

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

Parité	Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	n	%		
Nullipare	11	18,4	10	8,3	0,04	2,47(0,88-6,93)
Primipare	8	13,3	18	15,0	0,764	6,87(0,31-2,28)
Paucipare	11	18,3	78	65,0	0,0000001	6,16(0,04-0,22)
Multipare	26	43,3	9	7,5	0,0000001	9,43(3,78-24,83)
Grande multipare	4	6,7	5	4,2	0,468	1,64(0,31-7,9)
Total	60	100,0	120	100,0		

Les multipares étaient plus retrouvées (43,3%) chez les cas que dans le groupe des témoins (7, 5%) p=0,0000001

Tableau IV : répartition des parturientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	n	%		
Evacuée	37	61,7	25	20,8	0,000001	6,11(2,93-12,80)
Venue d'elle-même	23	38,3	95	79,2	0,000001	0,16(0,08-0,34)
Total	60	100,0	120	100,0		

La majorité des cas soit 61,7% étaient évacués tandis que les témoins représentaient 38,3% p=0,000001

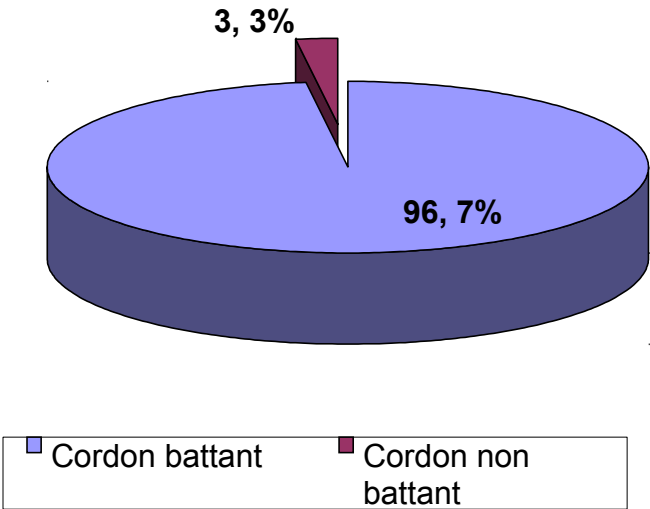


Figure 5: répartition des parturientes selon l'état du cordon ombilical pulsatile ou non

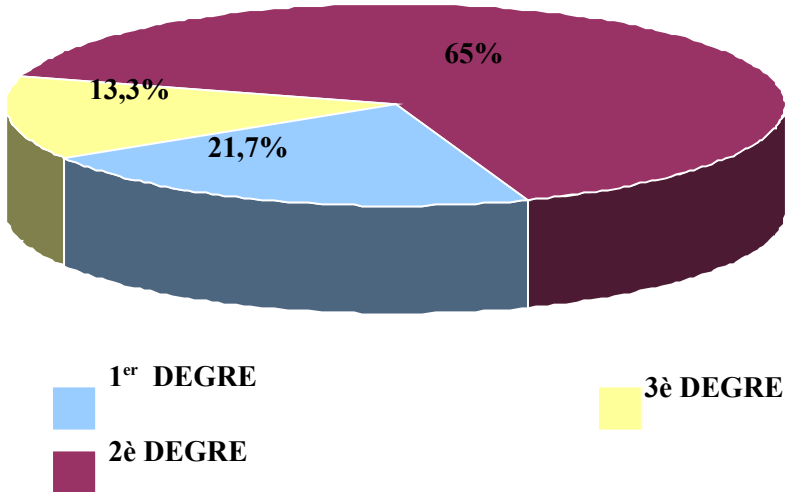


Figure 6 : Répartition selon le degré de la procidence du cordon .

Tableau V : répartition des parturientes selon la hauteur utérine

Hauteur utérine (cm)	Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	n	%		
<36	55	91,7	100	83,3	0,127	2,20(0,74-7,89)
≥36	5	8,3	20	16,7	0,127	0,49(0,13-1,35)
Total	60	100,0	120	100,0		

Les cas et les témoins étaient comparables selon la répartition en fonction de la hauteur utérine p=0,127

Tableau VI : répartition des parturientes selon le type de la présentation du fœtus à l'admission

Présentation du fœtus	Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	n	%		
Céphalique	40	66,7	85	70,8	0,567	0,82(0,40-1,71)
Siège	15	25,0	28	23,4	0,804	1,10(0,49-2,37)
Transverse	5	8,3	7	5,8	0,526	1,47(0,35-5,64)
Total	60	100,0	120	100,0		

Les deux groupes étaient comparables en ce qui concerne la répartition selon la présentation céphalique du fœtus p=0,567

Tableau VII : répartition des parturientes selon le niveau de la présentation fœtale à l'admission

Hauteur de la présentation	Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	n	%		
Engagée	20	33,3	99	82,5	0,0000001	0,11(0,05-0,23)

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procdence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

Non engagée	40	66,7	21	17,5	0,0000001	9,43(4,36-20,52)
Total	60	100,0	120	100,0		

La présentation non engagée était de 66,7% chez les cas contre 17,5% chez les témoins $p=0,0000001$

Tableau VIII : répartition des parturientes selon l'état du bassin osseux

Bassin osseux	Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	n	%		
Normal	46	76,7	106	88,3	0,041	0,43(0,18-1,07)
Pathologique	14	23,3	14	11,7	0,041	2,30(0,93-5,66)
Total	60	100,0	120	100,0		

Le bassin était pathologique dans 23,3% des cas contre 11,7% pour les témoins $p=0,041$

Tableau IX : répartition des parturientes selon la durée de la rupture des membranes

Durée de la rupture des membranes	Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	n	%		
<12 heures	58	96,7	111	92,5	0,271	2,35(0,46-22,98)
≥12 heures	2	3,3	9	7,5	0,271	0,43(0,04-2,16)
Total	60	100,0	120	100,0		

La durée de la rupture des membranes <12h représentait 96,7% chez les cas contre 92,5% chez les témoins $p=0,271$

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procdence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

Tableau X : répartition des parturientes selon le mode de la rupture des membranes à l'admission

Mode de la rupture	Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	n	%		
Spontanée	36	60,0	25	20,8	0,0000002	5,70(2,74-11,89)
Artificielle	24	40,0	95	79,2	0,00205	0,24(0,12-0,48)
Total	60	100,0	120	100,0		

La rupture des membranes faite spontanément était plus retrouvée chez les cas (60%) que chez les témoins (20,8%) $p=0,0000002$

Tableau XI : répartition des parturientes selon le mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	n	%		
Voie basse	5	8,3	108	90	0,0000001	0,01(0,00-0,03)
Voie haute	55	91,7	12	10	0,0000001	99,00(30,53-360,79)
Total	60	100,0	120			

La césarienne était la voie d'accouchement la plus fréquente 91,7% des cas contre 10% chez les témoins $p=0,0000001$

91% de ces césariennes étaient réalisées en phase active

Tableau XII : répartition des cas selon le délai en minute entre le diagnostic et accouchement

Durée entre diagnostic et	Cas	
	n	%

accouchement		
(minute)		
[15-30[	11	18,4
[30-60[	47	78,3
[60-120[	1	1,7
≥120 min	1	1,7
Total	60	100,0

Le délai entre le diagnostic et l'accouchement était 30mns dans 78,3% des cas.

Tableau XIII : répartition des cas et des témoins selon les BCF à l'admission :

BCF	à Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	n	%		
0	2	3,4	0	0		
] 0-120[	14	23,4	8	6,6	0,0001	4,32(0,91-2,26)
[120-160]	40	66,6	108	98,0	0,092	1,39(3,72-7,22)
>160	4	6,6	4	3,4	0,19	3,16(1,15-3,26)
Total	60	100,0	120	100,0		

Les BCF compris entre 1-119 à l'admission étaient plus fréquents chez les cas (23,4%) que dans le groupe des témoins (6,6%) p=0,0001

Tableau XIV : répartition des cas et des témoins selon la durée du travail

Durée du travail	Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	n	%		
<12 heures	43	71,7	97	81,6	0,163	0,60(0,28-1,33)
≥12 heure	17	28,3	23	18,4	0,163	1,67(0,75-3,63)
Total	60	100,0	120	100,0		

Les deux groupes étaient comparables selon la répartition en fonction de la durée du travail p=0,163 non significatif

91,7% des cas, le cordon était battant avec une durée du travail <12 heures.

Tableau XV : répartition des cas et des témoins selon la période du travail d'accouchement à l'admission

Période du travail d'accouchement	Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	n	%		
Latence	12	20,0	19	15,8	0,485	1,33(0,54-3,15)
Active	43	71,7	66	55,0	0,031	2,07(1,02-4,31)
Expulsive	5	8,3	35	29,2	0,0015	0,22(0,06-0,62)
Total	60	100,0	120	100,0		

La majorité des cas étaient venues en phase active (71,7%) contre (15,8%) chez les témoins p=0,031

Tableau XVI : répartition des cas et des témoins selon le sexe du nouveau-né

Sexe	Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	n	%		
Masculin	43	71,7	70	58,3	0,081	1,81(0,89-3,77)
Féminin	17	28,3	50	41,7	0,081	0,55(0,27-1,13)
Total	60	100,0	120	100,0		

Nous avons noté 71,7% de nouveau-nés de sexe masculin chez les cas contre 58,3% chez les témoins. Le sexe ratio était de 1,69 pour les masculins p=0,081 non significatif

Tableau XVII : répartition des cas et des témoins selon le poids de naissance

Poids de naissance (g)	Cas		Témoins		P	OR-IC
	n	%	n	%		
≤ 2500	9	15	13	10,8	0,421	1,45(0,51-3,95)
2500-4000	48	80	103	85,8	0,315	0,66(0,27-1,65)

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

>4000	3	5	4	3,4	0,585	1,53(0,22-9,33)
Total	60	100	120	100,0		

Le poids fœtal (2500-4000g) était de 80% chez les cas contre 85,8% chez les témoins p=0,315

Cas

Le poids moyen était de 3100g

Les extrêmes étaient de 2350 et 4100g.

Témoins

Le poids moyen était de 3400g

Les extrêmes étaient de 2450 et 3900g

Tableau XVIII : répartition des cas et des témoins selon la longueur du cordon ombilical

Longueur du cordon ombilical	Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	n	%		
≤ 40 cm	2	3,4	5	4,1	0,785	0,79(0,07-5,03)
40-70 cm	23	38,3	95	79,2	0,0000001	0,16(0,08-0,34)
> 70 cm	35	58,3	20	16,7	0,0000001	7,00(3,28-15,03)
Total	60	100,0	120	100,0		

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

La longueur excessive > 70 cm était de 58,3% chez les cas contre 16,7% chez les témoins $p=0,0000001$ significatif

Tableau XIX : répartition des cas et des témoins selon le score d'Apgar à la 1^{ère} minute

Score d'Apgar à la 1 ^{ère} mn	Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	n	%		
0	2	3,3	0	0,0	0,044	-
1-3	2	3,3	1	0,8	0,216	4,10(0,21-244,07)
4-7	23	38,4	20	16,7	0,0013	3,11(1,44-6,70)
> 7	33	55,0	99	82,5	0,00008	0,26(0,12-0,55)
Total	60	100,0	120	100,0		

Le score d'Apgar à la 1^{ère} minute (compris entre 4 et 7) était de 38,4% chez les cas contre 16,7% chez les témoins $p=0,0013$

Tableau XX : répartition des cas et des témoins selon le score d'Apgar à la 5^{ème} minute

Score d'APGAR à la 5 ^{ème} mn	Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	n	%		
0	2	3,3	0	0,0	-	-
1-3	2	3,3	2	1,6	0,044	11,3(0,124-324,2)
4-7	4	6,8	1	0,8	0,024	8,50(0,81-422,01)
> 7	52	86,6	119	97,6	0,002	6,68(0,00-0,66)
Total	60	100,0	120	100,0		

Le score d'apgar à la 5^{ème} minute compris entre 4 et 7 était de 6,7% chez les cas contre 0,8% chez les témoins $p=0,024$ significatif

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

NB : Dans notre étude, nous avons transféré 23 nouveau-nés après la 5^{ème} minute de l'accouchement à l'unité de pédiatrie du CSREF CII ou du CHU GABRIEL Touré pour souffrance fœtale ou néonatale.

NB : Dans notre série nous n'avons pas noté de cas de suppuration pariétale, d'endométrite, de choriarniotite, ni de décès maternel.

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1-FREQUENCE

Au terme de notre étude cas / témoins, nous avons enregistré 60 cas de procidence du cordon soit une fréquence de 0,59%.

B. Berthe [2] au Mali a trouvé 0,43%, TRAORE .Y [23] 0,28% au CHU de TREICHVILLE en RCI, SOUMANI. A 0,77% [12] en TUNISIE et de KAKOU.C [12] 0,73% au CHU de COCODY en RCI.

2-ASPECTS SOCIODEMOGRAPHIQUES

➤ Age :

Près de 43% des patientes avaient un âge compris entre 20-25ans dans les deux groupes avec une moyenne d'âge de 24 ans. Les âges extrêmes étaient 15 et 37 ans.

L'âge ne joue pas un rôle dans la survenue de la procidence du cordon ombilical. Entre les cas et les témoins la différence n'était pas statistiquement significative $p= 0,082$

➤ Profession :

Les ménagères étaient représentées dans les deux groupes avec respectivement 56,7% chez les cas et 45,8% chez les témoins $p= 0,170$.

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

La profession n'est pas un facteur déterminant dans la survenue de la procidence du cordon. Berthe. B [2] a fait le même constat.

➤ **Statut matrimonial :**

Dans notre étude 71,7 % des cas et 57,5 % des témoins étaient mariées. Il n'y a pas de lien entre le statut matrimonial et la survenue de la procidence du cordon
 $p=0,064$

La Gestité et Parité :

✓ **LA Gestité :**

Les multigestes ont été les plus fréquentes avec un taux de 51,7% chez les cas contre 42,5% chez les témoins, avec une différence statistiquement non significative $P=0,24$

✓ **La Parité :**

Les multipares avec 43,3% chez les cas ont été les plus représentées, les témoins représentaient 7,5% a ($p=0,0000001$).

La parité, dans notre série était un facteur qui influence la survenue de la procidence du cordon. Il en est de même chez Traoré Y [23]. Cette situation peut être expliquée par le relâchement des parois utérines chez les grandes multipares. [15].

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 que les cas où la présentation était déjà engagée, la mauvaise accommodation de la présentation en est la cause. (OR=9,43).

✓ **L'état du bassin :**

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

Les pathologies du bassin observées représentaient (23,3%) chez les cas contre (11,7%) chez les témoins $P=0,041$. Ces patientes ont couru 2 fois plus de risque de faire une procidence du cordon ombilical que les patientes qui ont un bassin normal ($OR=2,35$) TRAORE.Y [23] a trouvé des résultats analogues 25,5% de bassin pathologique. L'argument en faveur de cette thèse est qu'en cas de pathologie du bassin l'accommodation est imparfaite.

Le mode de rupture des membranes :

Les parturientes présentant une rupture spontanée des membranes étaient exposées à des risques de procidence plus que celles qui n'en ont pas présenté ($OR=5,70$).

Dans l'étude de TRAORE.Y [23] 53,2% avait fait une rupture spontanée des membranes.

La rupture spontanée seule n'est pas un élément péjoratif dans la survenue de la procidence du cordon ombilical. [11 ,19]

✓ Le mode d'accouchement :

La césarienne a été la voie d'accouchement la plus fréquente avec 91,7% chez les cas contre 10% chez les témoins avec $P=0,0000001$

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 ≥ 70 cm chez 58,3% des cas contre 16,7% des témoins avec un P significatif à 0,0000001. 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

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

fibromes sur grossesse ; tous ces facteurs rendent l'accommodation imparfaite.

[12 ; 16 ; 20 ; 21 ; 23]

✓ TRAITEMENT :

La procidence du cordon est une urgence obstétrico-chirurgicale.

La césarienne a été le mode d'extraction fœtale dans 91,7 % des cas contre 10% chez les témoins ($p = 0,0000001$). 91% de ces césariennes étaient réalisées en phase active.

Certains auteurs ont trouvés respectivement, KAKOU C [12] 63%, Traore. Y [23] 61,7% et de Berthe. B [2]78%. L'indication de la césarienne a été posée dans 91,7% des cas pour procidence du cordon battant.

Dans 8,3 % chez les cas contre 90% chez les témoins, il s'agissait d'accouchement par voie basse soit parce que celui-ci était imminent, soit parce que le fœtus était mort en l'absence de toute contre indication de la voie basse.

4 PRONOSTICS :

✓ 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 % de mort-nés chez les cas contre 0% chez les témoins. 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 ;

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

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.

Dans notre série 23, 33% des cas avaient des BCF à l'admission compris entre 1 et 119 contre 6,67% dans le groupe des témoins.

23 nouveau-nés sur 60 cas de procidence du cordon ombilical, après la 5^{ème} minute de l'accouchement étaient transférés dans un milieu spécialisé.

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

✓ **MATERNEL :**

Dans notre série nous n'avons pas noté de cas de suppuration pariétale, d'endométrite, de choriarnniotite, ni de décès maternel.

CONCLUSION

La procidence du cordon est une pathologie rare, mais grave. Ses facteurs de risques sont nombreux et le pronostic dépend de l'agencement des décisions et de la rapidité de la prise en charge

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 disposition au CSREF CII d'une ambulance équipée.
- Mise en place d'un service de réanimation neonatale 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 correcte des consultations prénatales. .

BIBLIOGRAPHIE

1. Baeta 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. Bah Berthé

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel de la Procidence du cordon ombilical au Csref CV

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, Hammp Oury 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.

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

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

Procidence du cordon ombilical battant a propos de 92 cas au CHU de cocody

13. Kouam L, Miller EC

Les méthodes thérapeutiques dans les procidences du cordon et le pronostic fœt .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 fœtale.

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

21. Randrianantoanina F, Rakotosalena D, Ravelosoa E, Rakotadramanana N, B rada 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

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

Nouveau manuel d'obstétrique, Tome II, 3^{ème} édition, Intermédica, Paris, 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, Tegnán 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.

Fiche signalétique

Nom :	Coulibaly
Prénom :	Yacouba Fily
Titre de Thèse :	Procidence du cordon ombilical. Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel.
Année universitaire :	2010-2011
Ville de soutenance :	Bamako
Pays :	Mali
Lieu de dépôt :	Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie FMPOS
Secteur d'intérêt :	Obstétrique, santé publique

Résumé :

Il s'agissait d'une étude cas/témoins en trois ans, sur **10029** accouchements, nous avons diagnostiqué **60** cas de procidence du cordon, soit **0,60%**.

Son traitement se fait le plus souvent par césarienne.

Sur les **60** cas de procidence du cordon; **5** cas ont accouché par voie basse (**8,3%**) et **55** cas par césarienne (**91,7%**).

Les facteurs de risque classiques retrouvés ont été : la longueur excessive du cordon, la présentation fœtale non engagée, la grande multiparité, l'état du bassin.

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

L'amélioration des conditions d'évacuation et du plateau technique pourront aider à fléchir le taux de mortalité et de morbidités fœtales liées à cette pathologie.

Mots clés : Procidence du cordon – Pronostic fœtal

CS réf CII

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 : supérieur à 35

Q3 : Profession / / 1 : Ménagère ; 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 : Référée ; 2 : Venue d'elle même

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 :
meconial

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

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

Q18 : Durée entre Diagnostic et accouchement / / 1 : 15mn; 2 : 30mn; 3 :60mn; 4 : 120mn

Q19: Durée du travail / / 1 : moins de 6h ; 2 : plus de 6h

Q20 : Période du travail d'accouchement/ / ; 1: latence ; 2 : active ; 3 : expulsif

Nouveau né

Q21 : Sexe / / 1 : masculin ; 2 : féminin

Q22 : Poids de naissance / / 1 : ≤ 2500g ; 2 : 2500-4000g ; 3 : > 4000g

Q23 : Longueur du cordon ombilical / / 1 : < 30cm ; 2 : 30-70cm ; 3 : > 70cm

Q24 : APGAR 1mn / / 5mn / / 1 :0 ; 2 : 1-3 ; 3 : 4-6 ; 4: >7

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.

Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la procidence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la commune II

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 reçu 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 !!