

Procidence du cordon

Professeur Michel Collet
CHRU de Brest

Il s'agit d'une **urgence obstétricale** +++

• Définition

Chute du cordon ombilical en avant de la présentation après rupture spontanée ou provoquée de la poche des eaux.

Trois types sont décrits :

- Type I : le cordon reste dans le vagin ;
- Type II : le cordon apparaît à la vulve ;
- Type III : le cordon est extériorisé.

Deux situations différentes doivent être individualisées :

- Le procubitus du cordon : qui réalise une procidence du cordon sur membranes intactes avec la perception au toucher vaginal d'une masse pulsatile dans la poche des eaux sur une présentation haute. Cette situation est à haut risque de procidence vraie. Une échographie confirme la présence du cordon devant la présentation.
- La latérocidence du cordon : qui correspond à la descente du cordon entre la paroi utérine et la présentation sans qu'il ne dépasse celle-ci. Elle est responsable de souffrance fœtale aiguë par compression.

• Epidémiologie

Incidence : 0,2 à 0,6 % des accouchements.

Mortalité : elle dépend du délai d'extraction et du type de présentation. La mortalité serait réduite à 2 % si la procidence a lieu en salle de naissances.

• Etiologies

« Une présentation s'adaptant parfaitement au segment inférieur bien formé et au détroit supérieur non rétréci ne peut engendrer de procidence » selon Colette.

1 – Défaut d'accommodation foeto-maternelle

D'ordre fœtal :

- Présentation du siège complet (11 %) ;
- Présentation céphalique défléchie haute et mal accommodée (5 %) ;
- Présentation transversale (5 à 10 %) ;
- Grossesse gémellaire (9 %) ;
- Pré maturité (7 %) ;
- Malformations fœtales.

D'ordre ovulaire :

- Excès de liquide amniotique et hydramnios ;
- Placenta praevia avec insertion basse du cordon (11 %) ;
- Excès de longueur du cordon.

D'ordre maternel :

- La multiparité ;
- Les bassins rétrécis.

2 – Procidences iatrogènes

- Rupture brutale de la poche des eaux (10 à 20 % des cas) ;
- Lors d'une tentative de version par manœuvre interne avec refoulement manuel ;
- Lors d'une version par manœuvre externe ;
- Refoulement involontaire d'une tête haute soit lors d'une tentative de rotation manuelle ou soit lors d'une vérification d'une présentation défléchie.

- **Diagnostic et conduite à tenir**

1. **Reconnaître la procidence**

Le diagnostic est facile et immédiat devant deux éléments réunis:

- Un écoulement de liquide amniotique
- La perception, lors du toucher vaginal, du cordon dans le vagin sous la forme d'une tige turgescence pulsatile, synchrone au pouls fœtal, situé en avant de la présentation.

2. **Apprécier la vitalité foetale**

Il importe alors d'apprécier la vitalité foetale

- Battements du cordon ;
- Auscultation des bruits du cœur du fœtus ;
- Echographie (confirmation enfant décédé) tout en préparant la césarienne.

3. **Choisir la voie d'accouchement**

La conduite à tenir est fonction de l'état fœtal, du degré de dilatation et du type de présentation :

- Si l'enfant est vivant et ne souffre pas, l'accouchement par les voies naturelles ne peut se concevoir que si la dilatation est complète chez une multipare :
 - Présentation céphalique s'engageant à la contraction en s'aidant de spatules ou de forceps ;
 - Grande extraction immédiate en cas de présentation podalique.
- Si l'enfant est mort ou non viable, l'accouchement par voie basse est de rigueur
- Dans toutes les autres situations avec enfant vivant, une césarienne s'impose en urgence.

4. Gestes à réaliser en vue d'une césarienne

▪ Gestes à réaliser immédiatement :

- Mettre la patiente en position de Trendelenburg
- Maintenir la présentation haute en refoulant manuellement celle-ci et non pas le cordon (pour éviter toute compression cordonale jusqu'à l'extraction)
- Compresse humide sur le cordon dans le type III
- Perfusion de Bêtamimétiques
- Remplissage vésical par du sérum permettant de refouler transitoirement la présentation
- Assurer une bonne oxygénation de la maman

▪ Tout en demandant :

- De faire appeler un anesthésiste en urgence
- De faire organiser le transfert vers le bloc opératoire
- De faire préparer une table pour la césarienne en urgence
- De disposer d'un appareil d'échographie au bloc opératoire

▪ Pendant le transfert au bloc :

- Maintenir le refoulement manuel

▪ Avant la césarienne :

- Contrôle échographique de la vitalité fœtale
- Maintenir le refoulement de la présentation le temps de l'extraction

• Prévention

Echographie avant rupture artificielle des membranes si présentation haute (absence de cordon devant la présentation).

Discuter amnioréduction si hydramnios.

Rupture des membranes à l'aiguille, idéalement dans une salle où une césarienne peut être pratiquée en urgence voire au bloc opératoire, table prête pour une césarienne.