

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 %) ;
- Prématuration (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.