

## INTÉRÊT DU REMPLISSAGE VÉSICAL AU COURS DES PROCIDENCES DU CORDON OMBILICAL PULSATILE A PROPOS DE 14 CAS OBSERVÉS À LA MATERNITÉ DU CHUA DE BEFELATANANA (ANTANANARIVO - MADAGASCAR)

Randrianantoanina F., Rakotosalama D., Ravelosoa E., Rakotondramanana N., Breda Y., Rasolofondraibe A.

*Med Trop* 2007 ; **68** : 58-60

**RÉSUMÉ** • La procidence du cordon ombilical ou chute de celui-ci en avant de la présentation après rupture spontanée ou artificielle de la poche des eaux constitue une extrême urgence obstétricale par le risque majeur de mortalité périnatale qu'il représente. La technique du remplissage vésical décrite depuis les années 80 est un moyen simple, efficace de réduction du risque de décès fœtal, même en cas de retard à la sanction chirurgicale. L'objectif de notre étude est de rapporter l'expérience du service de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana (CHU d'Antananarivo) sur cette technique, qui prouve sa fiabilité et son intérêt par des résultats identiques à ceux de la littérature. Sa simplicité de mise en œuvre et son efficacité sur le risque fœtal mérite, tout particulièrement dans les pays à faible infrastructure obstétricale, d'être enseignée et utilisée.

**MOTS-CLÉS** • Procidence du cordon pulsatile - Remplissage vésical - Césarienne.

VALUE OF BLADDER FILLING DURING UMBILICAL CORD PROLAPSE DESCRIPTION OF A 14-CASE SERIES AT THE BEFELATANANA UNIVERSITY HOSPITAL CENTER MATERNITY UNIT (ANTANANARIVO, MADAGASCAR)

**ABSTRACT** • Umbilical cord prolapse occurs when the umbilical cord drops through the open cervix into the vagina ahead of the baby, after spontaneous or artificial rupture of the membrane. It is a severe obstetrical emergency that endangers the life of the baby due to compression of the cord. Since the 1980s, bladder filling has been recommended as a simple and effective technique for reducing foetal mortality even if surgery cannot be undertaken immediately. The purpose of this study was to report experience using the bladder filling technique at the Gynaecology-Obstetrics Unit in Befelatanana (Antananarivo University Hospital Center). These results confirm the reliability and effectiveness as previously reported in the literature. Because of its simplicity and efficacy in reducing the risk for the foetus, bladder filling should be taught and used particularly in countries with limited obstetrical facilities.

**KEY-WORDS** - Umbilical cord prolapse – Bladder filling – Caesarean section.

La procidence du cordon ou chute de celui-ci en avant de la présentation après rupture spontanée ou artificielle de la poche des eaux est un accident relativement rare de la période du travail, mais qui constitue une extrême urgence obstétricale.

La compression du cordon entre les parois osseuses du bassin et la présentation fœtale en fait la gravité car entraî-

nant un risque vital majeur pour le fœtus : mortalité périnatale estimée à 91 pour mille (1).

L'objectif de notre communication est de démontrer l'efficacité de cette technique sur le risque fœtal, à partir d'une série de 14 patientes ayant bénéficié du remplissage vésical, au cours des procidences du cordon pulsatile.

### PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude prospective descriptive sur des dossiers de procidence du cordon ombilical pulsatile reçus au CHUA Maternité de Befelatanana de juin à décembre 2004. Les procidences du cordon ombilical non pulsatile reçus durant la même période ont été, de principe, exclues de cette étude.

• *Travail de la Maternité de Befelatanana (R.F., R.N., Interne de gynécologie-obstétrique ; R.D., R.E., Chef de clinique en Gynécologie Obstétrique), Antananarivo, de la faculté de médecine d'Antananarivo (B.Y., Responsable du 3<sup>e</sup> cycle, Professeur agrégé en chirurgie générale ; R.A., Professeur titulaire agrégé en urologie), Antananarivo, Madagascar.*

• *Correspondance : RANDRIANANTOANINA F, Maternité de Befelatanana, Antananarivo 101, Madagascar*

• *Courriel : fenogyn@yahoo.fr*

• *Article reçu le 11/01/2006, définitivement accepté le 27/08/2007.*

## RÉSULTATS

### Données générales

Tableau I - Données générales.

Nombre :	14
Répartition :	- 1 <sup>er</sup> degré : 8 cas - 2 <sup>e</sup> degré : 3 cas - 3 <sup>e</sup> degré : 3 cas
Association :	- <i>Placenta praevia</i> : 2 cas - latérocidence d'une main : 1 cas
Age :	- âge moyen : 31 ans - extrême : de 17 à 44 ans
Parité :	- primipare : 2 - paucipare : 8 - multipare : 4
Age de la grossesse :	- prématuré : 1 cas - à terme : 5 cas - indéterminé : 8 cas
Présentation :	- céphalique : 8 - siège : 2 - épaule : 4

### Modalités de prise en charge

Les 14 patientes ont été, dès la confirmation du diagnostic, mises en position de Trendelenburg, sous oxygénothérapie par sonde nasale avec un débit de 6 litres par minute.

12 patientes ont bénéficié d'un remplissage vésical avec 400 cc de sérum physiologique. Parmi les 14 patientes de notre série, 2 n'ont pas bénéficié de cette technique. L'une, arrivée à dilatation complète sur une présentation céphalique a accouché normalement par voie basse 5 minutes après l'admission d'un enfant vivant. La seconde présentait une procidence du cordon ombilical pulsatile du 3<sup>e</sup>me degré sur une présentation du siège décomplétée tellement engagée qu'il ne fût pas possible de remplir la vessie.

Le délai entre le remplissage vésical et l'accouchement a varié de 30 min à 3 h. Les modalités d'accouchement furent 2 voies basses et 12 césariennes.

## RÉSULTATS

Sur le plan de la mortalité néo-natale, nous avons déploré deux décès soit 14,28%. L'un était lié au siège décomplété sans remplissage vésical et l'autre à l'accouchement d'un prématuré au petit poids fœtal (1 600 g) chez une grande

multipare (7<sup>e</sup> pare), avec un délai long entre le remplissage vésical et l'accouchement.

Neuf nouveaux nés sur 12 présentaient à la naissance un score d'Apgar  $\leq 6$  et un poids  $\geq 2 500$ g.

## DISCUSSION

### Généralités

La procidence du cordon doit être différenciée :

- du procubitus du cordon qui est une procidence du cordon sur membranes intactes ;

- de la latérocidence du cordon qui est une descente du cordon entre la paroi utérine ou vagino-pelvienne et la présentation sans qu'il ne dépasse celle-ci.

La fréquence de survenue d'une procidence du cordon pulsatile est faible (incidence de 0,2 à 0,6 pour 100 accouchements), mais grave puisqu'elle met en jeu, dans les minutes qui suivent, le pronostic vital du fœtus (1).

### Facteurs étiologiques (2, 3)

La procidence du cordon est essentiellement liée à un défaut d'accommodation fœto-maternelle, une présentation bien adaptée au segment inférieur et au détroit supérieur non rétréci ne pouvant entraîner de procidence (2).

Les facteurs favorisants peuvent être fœtaux, maternels, ovulaires ou iatrogènes.

#### • Fœtaux

##### - Les présentations

Le risque de procidence du cordon est variable selon le type.

Dans les présentations transversales la procidence du cordon est fréquente. Rien n'oblitérant le détroit supérieur, le cordon descend avec la même facilité que le bras du fœtus. Nous avons eu deux cas dans notre étude.

Dans les présentations du siège, la procidence est également assez fréquente, surtout en cas de siège complet. Nous avons observé pour notre part un siège complet et un décomplété.

Bien que la procidence du cordon soit beaucoup plus rare dans les présentations céphaliques, nous en avons répertorié quatre cas dans notre étude. Dans ce type de présentation, il est nécessaire pour cela que la tête soit mal accommodée, qu'elle se défléchisse ou qu'elle demeure élevée.

En effet, dans la présentation du sommet bien fléchi et bien accommodée, la procidence n'existe guère.

Nous devons relever le déficit de surveillance des patientes de notre série avec des consultations prénatales aléatoires et un nombre insuffisant d'échographie obstétricale du 3<sup>e</sup> trimestre.

##### - La gémellarité

Cette éventualité, non rencontrée dans notre série, est responsable de 9% de cas de procidence du cordon (2).

- *Le faible poids fœtal*

Deux nouveaux nés de notre série présentaient un poids inférieur à 2 500 g.

• *Maternels*

- La multiparité, par relâchement des parois utérines est un facteur favorisant connu. Quatre de nos patientes étaient des grandes multipares ;
- les anomalies du petit bassin et en particulier les bassins rétrécis (2) ;
- les tumeurs pelviennes et *praevia*.

• *Ovulaires*

- L'hydramnios ( environ 3 % de risque) (2, 3) ;
- le placenta *praevia* avec insertion basse du cordon (environ 11 % de risque) (2, 3) : deux cas dans notre étude présentaient un placenta *praevia* ;
- une tumeur, un nœud du cordon ou un excès de longueur de celui-ci sont également des facteurs de risque (2, 3). Aucun de ces facteurs n'a été retrouvé dans notre étude.

• *Iatrogènes (3)*

- Le foulement malencontreux de la présentation par la main, par exemple lors d'une tentative de version ;
- l'entraînement du cordon par une branche de forceps ;
- la rupture artificielle trop brutale des membranes.

### Principes de prise en charge

Celle-ci doit être immédiate, une extraction par césarienne s'imposant en cas de petite dilatation. La levée temporaire de la compression du cordon, permettant d'attendre l'extraction fœtale peut être effectuée manuellement, en refoulant la présentation et en plaçant la patiente en décubitus latéral avec une oxygénothérapie. L'artifice du remplissage vésical qui consiste à remplir celle-ci de 400 cc de sérum physiologique à l'aide d'une sonde urinaire est une alternative intéressante. En effet, la vessie fait office de coussin, élevant la tête fœtale et libérant le cordon, la sonde étant déclampeée ventre ouvert. Plusieurs séries de patientes ayant bénéficié avec succès de cette technique sont rapportées dans la littérature. Ainsi en 1980, Chetty et Noodley (Afrique du Sud), ont présenté une série de 24 remplissages vésicaux chez des patientes présentant une procidence du cordon, dans laquelle aucun décès fœtal n'a été enregistré alors que le délai entre la décision et la césarienne était en moyenne de 65

minutes (4). Des auteurs israéliens, Katz *et al.*, ont rapporté en 1988 une étude portant sur 51 procidences du cordon avec remplissage vésical d'attente, sans décès fœtal (5).

A l'hôpital St Jean de Dieu de Santiago du Chili, Bustos a fait état de 4 cas avec de bons résultats (6). Runnebaun, Katz et Barnett ont rapporté leur expérience de remplissage vésical qu'ils ont trouvé utile, pratique et efficace (7, 8).

### CONCLUSION

La procidence du cordon pulsatile est une extrême urgence obstétricale mettant en jeu le pronostic vital du fœtus, qui nécessite le plus souvent une extraction chirurgicale.

Dans tous les cas, la décompression du cordon doit être mise en place immédiatement en attendant l'accouchement.

L'artifice de remplissage vésical est un moyen simple d'attente. Sa simplicité d'utilisation et sa fiabilité, démontrées par de nombreuses séries publiées et par nos résultats, justifient son enseignement et son utilisation tout particulièrement dans les pays à faible infrastructure hospitalière comme Madagascar.

### RÉFÉRENCES

- 1 - MURPHY DJ, MACKENZIE IZ - The mortality and morbidity associated with umbilical cord prolapse. *Br J Obstet Gynaecol* 1995 ; **102** : 826-30.
- 2 - UYGUR D, KIS S, TUNCER R *et al.* - Risk factors and infant outcomes associated with umbilical cord prolapse. *Int J Gynaecol Obstet* 2002 ; **78** : 127-30.
- 3 - MERGER R, LEVY J, MELCHIOR J - Procidence du cordon. *Précis d'obstétrique* 2001 ; 296-8.
- 4 - CHETTY RM, MOODLEY J - Umbilical cord prolapse. *S Afr Med J* 1980 ; **57** : 128-9.
- 5 - KATZ S, SHOHAM Z, LANCET M *et al.* - Management of labor with umbilical cord prolapse: A 5-year study. *Obstet Gynecol* 1988 ; **72** : 278-81.
- 6 - BUSTOS JC - Vesical filling for the management of umbilical cord prolapse. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1993 ; **58** : 277-80.
- 7 - RUNNEBAUM IB, KATZ M - Intrauterine resuscitation by rapid urinary bladder instillation in case of occult prolapse of an excessively long umbilical cord. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1999 ; **84** : 101-2.
- 8 - BARNETT WM - Umbilical cord prolapse: A true obstetrical emergency. *J Emerg Med* 1989 ; **7** : 149-52.