




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



TRAVAIL ORIGINAL

Procidence du cordon : prise en charge obstétricale et conséquences néonatales

Management of umbilical cord prolapse and neonatal outcomes

S. Alouini*, L. Mesnard, P. Megier, B. Lemaire, S. Coly, A. Desroches

Département obstétrique et gynécologie, centre hospitalier régional d'Orléans, 1, Porte-Madeleine, 45000 Orléans, France

Reçu le 16 mars 2010 ; avis du comité de lecture le 19 mai 2010 ; définitivement accepté le 26 mai 2010

Disponible sur Internet le 6 juillet 2010

MOTS CLÉS

Procidence du cordon ;
Temps diagnostic-naissance ;
Césarienne ;
PH artériel ombilical ;
Score d'Apgar

Résumé

Buts. – Évaluer la prise en charge obstétricale des procidences du cordon et les conséquences néonatales.

Méthode. – Série rétrospective de 57 procidences du cordon survenues entre 1998 et 2009. Le pH ombilical, le score d'Apgar et le temps diagnostic-naissance (TDN) ont été analysés.

Résultats. – L'incidence de la procidence du cordon était de 1,25 pour 1000 naissances. La procidence est survenue lors de la rupture artificielle des membranes dans 24 cas sur 57 (42%). Quarante-huit patientes ont accouché par césarienne. Un hydramnios était associé dans trois cas et une grossesse gémellaire dans sept cas (12%). Le pH ombilical moyen mesuré dans 27 cas était de $7,15 \pm 0,13$. Le score d'Apgar moyen était de 6 ± 3 à 1 min et de 8 ± 3 à 5 min. Le TDN moyen était de 18 ± 8 min (3–44). Dans 17 cas sur 27 (63%), le pH artériel ombilical moyen était de $7,07 \pm 0,09$. Quinze nouveaux-nés sur 57 (26%) avaient un score d'Apgar inférieur à 7 à 5 min et ont été admis en unité de soins intensifs. Dans les accouchements voies basses (neuf cas), le score d'Apgar était à 6 ± 3 à 5 min malgré des TDN moyens de 8 ± 4 min. Dans les présentations céphaliques il y avait une tendance à un meilleur pH d'autant que le délai d'extraction était court et qu'il n'y avait pas de comorbidité. Dans les présentations non céphaliques (14 cas), le score d'Apgar moyen était 8 ± 3 à 5 min. Le pH moyen mesuré dans huit cas était de $7,20 \pm 0,13$ avec un TDN moyen de 20 minutes.

Conclusion. – La procidence du cordon reste un accident grave pour le nouveau-né. La diminution des temps d'extraction fœtale dans les présentations céphaliques semble améliorer l'état néonatal en l'absence de comorbidité. La césarienne est la voie préférentielle d'accouchement.
© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : alouini.s@wanadoo.fr (S. Alouini).

KEYWORDS

Umbilical cord prolapse;
Arterial umbilical pH;
Apgar score;
Caesarean section;
Diagnosis delivery time

Summary

Objective. – To evaluate the obstetrical management of umbilical cord prolapse and the neonatal outcomes.

Methods. – Retrospective study of 57 prolapses of umbilical cord between 1998 and 2009. Arterial pH of umbilical cord, Apgar score and diagnosis delivery time (DDT) were analyzed.

Results. – The incidence of the cord prolapse was of 1.25 for 1000 deliveries. Cord prolapse occurred with the artificial rupture of membranes in 24 cases (42%) out of 57. There were 48 caesarean births. There were three hydramnios and seven cases of twin pregnancy. The mean pH in the umbilical arteries was 7.15 ± 0.13 in 27 cases. The mean Apgar for the 57 newborns was 6 ± 3 at 1 min and 8 ± 3 at 5 min. The mean DDT was 18 ± 8 min (range: 3–44). In 17 cases out of 27, the mean arterial umbilical pH was 7.07 ± 0.09 . Fifteen newborns (26%) had a 5-minute Apgar score less than 7 and were admitted in intensive care unit. The mean Apgar score in the nine vaginal deliveries was 8 ± 4 min. In case of cephalic presentations without associated foetal or maternal pathologies there was a tendency of a better pH when the DDT was shorter. In non-cephalic presentations (14 cases), the mean Apgar score was 8 ± 3 at 5 min. The mean pH measured in eight cases was 7.20 ± 0.13 with mean DDT of 20 minutes.

Conclusion. – The umbilical cord prolapse remains a serious event for the newborns. The reduction of the DDT in cephalic presentation seems to be correlated to a better neonatal state. The caesarean section is the preferential way of childbirth.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La procidence du cordon pendant le travail est un accident redouté par les obstétriciens en raison d'un mauvais pronostic fœtal [1,2]. C'est un accident rare dont l'incidence est estimée entre 1,5 et deux procidences pour 1000 naissances [3–5]. Bien que certains facteurs de risque soient retrouvés comme l'hydramnios, les présentations non céphaliques, la gémellité ou la prématurité, elle reste le plus souvent imprévisible [6–8]. La procidence du cordon survient environ une fois sur deux lors de la rupture artificielle des membranes [2].

De nombreuses équipes obstétricales essayent de réduire les temps d'extraction fœtale dans les suspicions de souffrance fœtale aiguë comme dans la procidence. Cependant, la réduction du temps d'extraction fœtale n'est pas le seul critère déterminant du pronostic fœtal [4,9]. Des progrès dans la prise en charge obstétricale et néonatale ont été entrepris depuis de nombreuses années et semblent avoir amélioré le devenir de ces nouveaux-nés [3]. On peut citer parmi ces mesures, l'extraction fœtale en urgence avec des délais de moins de 20 minutes dans les souffrances fœtales aiguës et la prise en charge immédiate des nouveaux-nés par les réanimateurs pédiatriques.

Nous voulions savoir si malgré toutes ces mesures la procidence du cordon s'accompagnait toujours d'un aussi mauvais pronostic fœtal. Pour cela, nous nous sommes proposés de revoir tous nos cas de procidence du cordon survenus pendant les dix dernières années afin de savoir si les temps d'extraction fœtale étaient corrélés à l'état néonatal et quelles étaient les situations obstétricales à risque de procidence.

Méthode et patientes

Nous avons revu rétrospectivement tous les cas de procidence du cordon qui se sont produits dans notre maternité

entre janvier 1998 et juin 2009. Notre maternité est une maternité de niveau 3 avec une unité de réanimation néonatale.

Tous les cas de procidence du cordon survenus après 24 semaines de grossesse ont été inclus dans l'étude.

La procidence du cordon étant définie par la descente du cordon devant la présentation, à membranes rompues. Lorsque les membranes sont intactes on parle alors de pro-cubitus.

Tous les cas de procidence étaient diagnostiqués par le toucher vaginal. Il s'agissait de procidence franche du cordon celui-ci était palpé devant la présentation à membranes rompues. La procidence était associée ou non à des anomalies du rythme cardiaque fœtal.

Les données ont été saisies et analysées sur Microsoft Excel 2003.

Nous avons calculé les moyennes et les écarts-types pour l'âge des patientes, l'indice de masse corporelle (IMC) (poids/taille² en kg/m²), la dilatation cervicale au moment de la procidence, le pH prélevé dans l'artère ombilicale à la naissance, le score d'Apgar (mesuré de 0 à 10), le poids de naissance, le temps diagnostic-naissance (TDN) en minutes et le nombre de nouveaux-nés admis en soins intensifs. Le TDN était défini comme le temps écoulé entre le diagnostic clinique de la procidence et la naissance du nouveau-né que ce soit par césarienne ou par voie basse.

Les figures ont été réalisées sur Excel ainsi que les courbes de tendance.

Un score d'Apgar inférieur à 7 à 5 min était considéré pathologique. Un pH inférieur à 7,20 était considéré comme un signe d'acidose fœtale débutante, un pH inférieur à 7,10 comme signe d'acidose fœtale majeure.

Résultats

Cinquante-sept procidences du cordon sont survenues entre janvier 1998 et juin 2009. L'incidence de la procidence du

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3273417>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3273417>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)