

# ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 7 ■ N° 18 (2012)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)  
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

**Directeur de publication**

Mamadou Saliou Diallo

**Rédacteur en chef**

Namory Keita

**Rédacteur en chef adjoint**

Telly Sy

**Comité de parrainage**

Ministre de l'ESRS

Ministre de la Santé

Recteur Université de Conakry

Doyen FMPOS

M Kabba Bah

M Kader

P Diallo

E Alihonou

F Diadhio

MK Bohoussou

C Welfens Ekra

M M Sall (CAMES)

A Gouazé (CIDMEF)

G Osagie (Nigeria)

**Comité de rédaction**

MS Diallo

N Keita

MD Baldé

Y Hyjazi

FB Diallo,

F Traoré (Pharmacologie)

T Sy

AB Diallo

Y Diallo

M Cissé (Dermatologie)

M Doukouré (Pédopsychiatrie)

ML Kaba (Néphrologie)

OR Bah (Urologie)

NM Baldé (Endocrinologie)

A Touré (Chirurgie Générale)

LM Camara (Pneumo-phtisiologie)

**Comité de lecture**

E Alihonou (Cotonou)

K Akpadza (Lomé)

M A Baldé (Pharmacologie)

G Body (Tours)

M B Diallo (Urologie)

M D Baldé (Conakry)

N D Camara (Chirurgie)

CT Cissé (Dakar)

A B Diallo (Conakry)

F B Diallo (Conakry)

M S Diallo (Conakry)

A Dolo (Bamako)

A Fournier (Angers)

Y Hyjazi (Conakry)

N Keita (Conakry)

YR Abauleth (Abidjan)

M Koulibaly (Conakry)

J Lankoande (Ouagadougou)

Lekey (Yaoundé)

JF Meye (Libreville)

JC Moreau (Dakar)

O Ndiaye (Dakar)

RX Perrin (Cotonou)

F Traoré (Conakry)

**Recommandations aux auteurs**

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

**Conditions générales de publication**

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, papier blanc recto seulement et adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, disquette ou par email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita

Maternité Donka CHU de Conakry

BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 64 45 79 50

Email : [namoryk52@yahoo.fr](mailto:namoryk52@yahoo.fr)

2. Professeur Agrégé Telly Sy

Maternité Ignace Deen CHU de Conakry

BP : 1478 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 60 21 70 86 ; (224) 64 23 37 30

Email : [syttelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 25.000 F CFA.

**Présentation des textes**

La disposition du manuscrit d'un article originale est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point.

Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

- Page de titre : elle comporte :
    - Un titre concis, précis et traduit en anglais
    - Les noms et initiales des prénoms des auteurs
    - L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
    - L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées
  - Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.
  - Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :
    - Pour une revue:
1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à la Clinique Gynécologique et

Obstétricales du CHU Ignace DEEN. *Journal de la SAGO* 2002; 3(2): 7- 11

- Pour une contribution à un livre:
2. Berland M. Un état de choc en début de travail : conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2<sup>ème</sup> éd. 1992 : 218- 225
    - Pour un livre:
  3. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2<sup>ème</sup> éd. 1992 : 349.
    - Pour une thèse:
  4. Bah A . Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques et pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry 2001; 032/03 04 : 165p
- Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être réduit au strict minimum nécessaire à la compréhension du texte. Les tableaux seront numérotés en chiffres romains et les figures en chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le texte.

Après acceptation définitive de l'article, des modifications mineures portant sur le style et les illustrations pourront être apportées par le comité de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer la parution dudit article.

### **Le comité de rédaction**

# SOMMAIRE

## ARTICLES ORIGINAUX

### **Épidémiologie des agressions sexuelles sur mineur à Dakar.**

Soumah MM, Bah H, Ndiaye M, Savy DF, Dia SA, Gaye Fall MC, Sow ML.....1 - 8

### **Le Misoprostol par voie rectale dans les hémorragies de La délivrance. Une étude préliminaire.**

Leno DWA, Sy T, Soumah AFM, Camara MK, Thera R, Keita N.....9 - 12

### **Indications et pronostic de la césarienne chez les patientes séropositives au VIH dans le service de gynécologie obstétrique du chu Gabriel Toure entre 2003 et 2009**

Traore Y, Traore Dicko F, Teguede I, Mounkoro N, Togo A, Djire MY, Sissoko A, Diallo A, Bagayoko MA, Dolo T, Dolo A.....13 - 18

### **Épidémiologie et caractéristiques cliniques de la ménopause à Cotonou**

#### *Epidemiology and clinical characteristics of menopause in Cotonou*

Alihonou E, Denakpo J, Adisso S, Teguede I, Amoussou M.....19 - 25

### **Dépistage des lésions précancéreuses et des cancers infra cliniques du col de l'utérus dans les hôpitaux chu de Cotonou au Bénin : apport de la colposcopie**

Tonato Bagnan JA, Denakpo JL, Hounkpatin B, Dassoundo UHA, Lokossou A, De Souza J, Perrin RX.....26 - 29

### **Analyse de l'impact de l'introduction du traitement antirétroviral sur l'offre de Soins maternels et infantiles dans le district sanitaire de Nouna (Burkina Faso).**

Traore / Millogo FD, Sie A, Soro M.....30 -

36

### **Evaluation de la prise en charge du cancer invasif du col de l'utérus au CHU de Yopougon (Abidjan)**

Seni K, Horo A, Diakite M, Quenum G, Fanny M.....37 - 41

### **La procidence du cordon ombilical au chu de Cocody : épidémiologie et pronostic fœtal**

Koffi A, Nigue L, Serdouma E, Gondo D, N'guessan KLP, Abauleth R, Boni S.....42 - 46

### **Chirurgie des prolapsus génitaux au centre hospitalier universitaire**

#### **Souro Sanou de Bobo-Dioulasso**

Somé DA, Ouattara S, Rurangwa A, Sioho N, Bambara M, Dao B.....47 - 52

### **Facteurs de risque et pronostic de la rupture prématurée des membranes dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune v du district de Bamako**

Thera T, Teguede I, Traore Y, Kouma A, Cisse K, Traore M.....53 - 56

## CAS CLINIQUE

### *(CASE REPORT)*

### **Migration transutérine d'un dispositif intra-utérin au niveau du ligament large.**

F Kouakou, R Adjoby, V Loue, Mian B, D Gondo, A Kouame, K. N'guessan, J Konan, B H Koime, F Kramo, E Gbary, H Alla.....115 - 118

# LA PROCIDENCE DU CORDON OMBILICAL AU CHU DE COCODY : EPIDEMIOLOGIE ET PRONOSTIC FŒTAL

## THE UMBILICAL PROLAPSE CORD AT COCODY HOSPITAL: EPIDEMIOLOGY AND FETAL PROGNOSIS

KOFFI A, NIGUE L, SERDOUMA E, GONDO D, N'GUESSAN KLP, ABAULETH R, BONI S

*Service de Gynécologie et Obstétrique*

*Centre Hospitalier et Universitaire de Cocody. BP V 13 Abidjan (Côte d'Ivoire)*

Téléphone : 22 44 91 00 Fax : 22 44 13 79

**Correspondances :** *Docteur KOFFI Achille 22 BP 1643 Abidjan 22 Téléphone : 07 01 50 16 Email : [achillekoffi@hotmail.com](mailto:achillekoffi@hotmail.com)*

### **RESUME**

**Objectifs :** Déterminer la fréquence de la procidence du cordon (PC) ombilical, d'étudier les caractéristiques épidémiologiques des parturientes, le traitement et le pronostic fœtal de cette complication obstétricale dans ladite à la maternité du CHU de Cocody.

**Matériels et méthode :** Il s'agit d'une étude transversale rétrospective descriptive portant sur la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 31 décembre 2009. Les comparaisons ont été réalisées par la méthode de khi 2 avec un seuil de signification à 5 %.

**Résultats :** La fréquence globale de la PC est de 0,65%. Corrigée, elle est de 0,06%. Les parturientes, en majorité multipares (67,7%) ont été évacuées (96,1%) pour cette pathologie, avec dans 48,4% le cordon encore battant. Pour les enfants vivants, l'accouchement s'est effectué par césarienne dans 67,1% des cas, avec un taux de mortinatalité à 11,8% et par voie basse dans 32,9% avec un taux de mortinatalité à 36%. Les différents facteurs de risque de mortalité périnatale (52%) sont l'évacuation de la parturiente d'un autre centre de santé, l'accouchement par voie basse et le long délai procidence-accouchement supérieur à 30 minutes. L'amélioration du pronostic passe donc par la réduction des évacuations et donc la prise en charge sur place de cette complication, la réduction des délais entre la procidence et l'accouchement, lequel doit se faire de préférence par césarienne.

### **SUMMARY**

**Objectives:** To determine the frequency of the umbilical prolapse cord (PC), to study the epidemiologic characteristics, the treatment and the fetus prognosis at Cocody Teaching Hospital.

**Materials and method:** It is a retrospective descriptive transversal study related to the period from 1<sup>st</sup> January 2005 to 31<sup>st</sup> December 2009. The chi<sup>2</sup> test was used to compare data and a p value less than 5 were considered statistically significant.

**Results:** The total frequency of umbilical cord prolapse is 0.65% but 0.06% when corrected. The parturients, in majority multiparous (67.7%) were evacuated (96.1%) from another health center, with alive child in 48.4%. For the alive children, delivery was by caesarean section in 67.1%, with 11.8% stillbirth rate and by vaginal delivery in 32.9% with 36% stillbirth rate. The perinatal fetal mortality (52%) risk factors are the evacuation of the parturient from another health center, vaginal childbirth and long time from prolapse to extraction higher than 30 minutes. The improvement of fetal prognosis passes by the reduction of the evacuations, reduction of time interval from prolapse to extraction which must be done preferentially by caesarean section.

**Key words:** Cord prolapse – Umbilical cord – Fetal prognosis



## INTRODUCTION

La procidence du cordon (PC) est définie comme la chute du cordon ombilical au-devant de la présentation, membranes rompues. C'est un accident brutal du travail, certes rare, mais de pronostic fœtal sombre [1-5]. C'est donc l'urgence obstétricale type dont le traitement repose essentiellement sur l'extraction immédiate de l'enfant. Les objectifs de notre travail sont de déterminer la fréquence des PC, d'étudier les caractéristiques épidémiologiques des parturientes, le traitement et le pronostic fœtal de cette complication obstétricale à la maternité du CHU de Cocody.

## PATIENTES ET METHODE

Il s'agit d'une étude transversale rétrospective descriptive portant sur la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 31 décembre 2009 soit une période de 5 ans. Ont été exclues de cette étude toutes les procidences du cordon survenues sur des grossesses d'âge gestationnel inférieur à 28 semaines d'aménorrhée. Les paramètres étudiés sont la parité, l'âge gestationnel, le type de grossesse, le bassin maternel, l'existence ou non de pathologies obstétricales et gynécologiques, la présentation fœtale, le mode d'accouchement, le délai d'accouchement, le poids et le pronostic fœtaux. Les comparaisons ont été réalisées par la méthode de khi 2 avec un seuil de signification à 5 %.

## RESULTATS

### 1- Epidémiologie

Sur la période des 5 années d'étude, nous avons colligé 127 cas de procidence du cordon sur 19483 accouchements, soit une fréquence de 0,65%. Nous avons enregistré parmi 7793 parturientes venues d'elles-mêmes accoucher dans le service, 5 cas de procidence du cordon soit 0,06 %. Les 122 autres cas soit 96,1 % de l'ensemble des PC, ont été évacués d'autres formations sanitaires pour ce motif. La parité variait entre 1 et 7 accouchements avec une moyenne à 2,5. Quarante et une patientes (32,3%) étaient primipares et 86 soit 67,7% multipares.

Il s'agissait de 109 grossesses uniques (85,8%), de 18 grossesses gémellaires (14,2%). Au moment de la survenue de la procidence, les grossesses étaient à terme, d'âge supérieur ou égal à 37 semaines d'aménorrhée dans 88,2% des cas. Les accouchements prématurés représentaient donc 11,8% de l'effectif.

Lors de l'examen clinique, tous les enfants des

parturientes venues d'elles-mêmes étaient vivants. Parmi les 122 parturientes évacuées, 59 enfants soit 48,4% avaient le cordon encore battant. Ainsi, au moment du diagnostic dans le service, 76 enfants (59,8%) étaient vivants et 51 enfants (40,2%) étaient morts.

Au niveau de la présentation fœtale, nous avons noté 77 sommets (60,6%), 41 sièges (32,3%), 9 présentations transversales (7,1%).

S'agissant du bassin maternel, il était normal dans 124 cas (97,6%) et rétréci dans 3 cas (2,4%).

Nous avons également retrouvé 5 cas (3,9%) de placenta praevia.

Les enfants pesaient entre 1800 et 4050 grammes. Les enfants de poids normal (2500 à 3999 grammes), représentaient 77,9% de l'effectif, les hypotrophes 21,3% et les macrosomes 0,8%.

### 2- Attitude thérapeutique

Globalement, l'accouchement s'est effectué par césarienne dans 40,2% et par voie basse dans 59,8%, ces derniers tous sans extraction instrumentale. Le délai entre la procidence et l'accouchement variait entre 22 minutes et 6 heures 10 minutes avec une moyenne de 109 minutes soit 1 heure 49 minutes. Les parturientes ayant accouché dans un délai inférieur à 1 heure représentaient 12,6% de l'effectif. Dans le groupe des enfants vivants au moment du diagnostic dans le service (76 cas), l'accouchement s'est effectué par césarienne dans 67,1% des cas avec un taux de mortinatalité à 11,8% et par voie basse dans 32,9% avec un taux de mortinatalité à 36%. L'accouchement est survenu après un délai variant entre 26 minutes et 3 heures 25 minutes, avec une moyenne de 73 minutes soit 1 heure 13 minutes. Dans la majorité des cas (60,1%), l'accouchement est intervenu moins d'une heure après la survenue de la procidence.

### 3- Pronostic

Alors que 76 enfants étaient vivants et 51 morts au moment du diagnostic dans le service, 66 enfants (52%) étaient morts et 61 (48%) étaient vivants à la naissance et une semaine après. Nous n'avons pas enregistré de mort fœtale parmi les 5 patientes venues d'elles-mêmes. La mortalité périnatale globale a donc été de 52%. Pour les enfants vivants lors du diagnostic dans le service (76 cas), la mortalité périnatale a été de 19,7% soit 15 cas de décès. La mortalité périnatale de la césarienne a été de 11,8%. Celle de la voie basse a été de 36%.

Les différents facteurs de risque de mortalité périnatale (*tableau I*) identifiés dans notre étude sont l'évacuation, l'accouchement par voie basse et le délai entre la survenue de la procidence et

l'accouchement supérieur à 1 heure.

**Tableau I:** Les facteurs pronostiques

Facteurs		Effectif total	Enfants décédés		p
			Effectif	%	
Mode d'admission	Evacuée	122	66	54,1	0,02
	VEM	5	0	0	
Présentation fœtale	Sommet	77	42	63,6	0,35
	Siège	41	18	27,3	
	Transverse	9	6	9,1	
Poids fœtal (gramme)	< 2500	27	13	19,7	0,57
	2500 – 3999	99	52	78,8	
	≥ 4000	1	1	1,5	
Mode d'accouchement *	Césarienne	51	6	11,8	0,01
	Voie basse	25	9	36	
Délai procidence accouchement	≤ 30 minutes	12	2	3	0,03
	31 – 60 minutes	4	2	3	
	> 60 minutes	111	62	94	

VEM= venue d'elle-même

\* Ne concerne que les enfants vivants au moment du diagnostic dans le service

## 1- Epidémiologie

Sur la période des 5 années d'étude, nous avons colligé 127 cas de procidence du cordon sur 19483 accouchements, soit une fréquence de 0,65%. Nous avons enregistré parmi 7793 parturientes venues d'elles-mêmes accoucher dans le service, 5 cas de procidence du cordon soit 0,06 %. Les 122 autres cas soit 96,1 % de l'ensemble des PC, ont été évacués d'autres formations sanitaires pour ce motif.

La parité variait entre 1 et 7 accouchements avec une moyenne à 2,5. Quarante et une patientes (32,3%) étaient primipares et 86 soit 67,7% multipares.

Il s'agissait de 109 grossesses uniques (85,8%), de 18 grossesses gémellaires (14,2%). Au moment de la survenue de la procidence, les grossesses étaient à terme, d'âge supérieur ou égal à 37 semaines d'aménorrhée dans 88,2% des cas. Les accouchements prématurés représentaient donc 11,8% de l'effectif.

Lors de l'examen clinique, tous les enfants des parturientes venues d'elles-mêmes étaient vivants. Parmi les 122 parturientes évacuées, 59 enfants soit 48,4% avaient le cordon encore battant. Ainsi, au moment du diagnostic dans le service, 76 enfants (59,8%) étaient vivants et 51 enfants (40,2%) étaient morts.

Au niveau de la présentation fœtale, nous avons noté 77 sommets (60,6%), 41 sièges (32,3%), 9 présentations transversales (7,1%).

S'agissant du bassin maternel, il était normal dans 124 cas (97,6%) et rétréci dans 3 cas (2,4%).

Nous avons également retrouvé 5 cas (3,9%) de placenta praevia.

Les enfants pesaient entre 1800 et 4050 grammes. Les enfants de poids normal (2500 à 3999 grammes), représentaient 77,9% de l'effectif, les hypotrophes 21,3% et les macrosomes 0,8%.

## 2- Attitude thérapeutique

Globalement, l'accouchement s'est effectué par césarienne dans 40,2% et par voie basse dans 59,8%, ces derniers tous sans extraction instrumentale. Le délai entre la procidence et l'accouchement variait entre 22 minutes et 6 heures 10 minutes avec une moyenne de 109 minutes soit 1heure 49 minutes. Les parturientes ayant accouché dans un délai inférieur à 1 heure représentaient 12,6% de l'effectif. Dans le groupe des enfants vivants au moment du diagnostic dans le service (76 cas), l'accouchement s'est effectué par césarienne dans 67,1% des cas avec un taux de mortinatalité à 11,8% et par voie basse dans 32,9% avec un taux de mortinatalité à 36%. L'accouchement est survenu après un délai variant entre 26 minutes et 3 heures 25 minutes, avec une

moyenne de 73 minutes soit 1 heure 13 minutes. Dans la majorité des cas (60,1%), l'accouchement est intervenu moins d'une heure après la survenue de la procidence.

### 3- Pronostic

Alors que 76 enfants étaient vivants et 51 morts au moment du diagnostic dans le service, 66 enfants (52%) étaient morts et 61 (48%) étaient vivants à la naissance et une semaine après. Nous n'avons pas enregistré de mort fœtale parmi les 5 patientes venues d'elles-mêmes. La mortalité périnatale globale a donc été de 52%. Pour les enfants vivants lors du diagnostic dans le service (76 cas), la mortalité périnatale a été de 19,7% soit 15 cas de décès. La mortalité périnatale de la césarienne a été de 11,8%. Celle de la voie basse a été de 36%.

Les différents facteurs de risque de mortalité périnatale (*tableau 1*) identifiés dans notre étude sont l'évacuation, l'accouchement par voie basse et le délai entre la survenue de la procidence et l'accouchement supérieur à 1 heure.

## DISCUSSION

La fréquence globale de PC dans notre étude (0,65%) est supérieure à celles retrouvées dans les pays développés qui varient entre 0,21 et 0,27% [1,4,6,7]. La différence est liée au taux important de patientes évacuées dans notre étude (86,6%). Par contre le taux corrigé (5 cas de PC survenus dans le service rapportés à l'ensemble des parturientes venues d'elles-mêmes soit 0,06 %) est inférieur à ceux rapportés dans ces pays.

La PC est favorisée par l'existence d'une zone libre entre la présentation et le segment inférieur, et par conséquent, par tous les facteurs qui empêchent la parfaite accommodation de la présentation au segment inférieur [8,9]. La multiparité, facteur de risque important de PC est retrouvée dans notre étude chez 67,7% des parturientes, taux inférieur à celui de Dufour et coll. [4] et comparable à ceux d'autres auteurs [1,5] qui sont de 66%. Notre taux de bassins dystociques (2,4%) est inférieur à ceux retrouvés dans littérature qui étaient 3,5% et 4,5% [7,10]. Certains auteurs n'en ont pas retrouvé dans leur série. Il en est de même des fibromes utérins praevia [1,4,5].

Dans notre étude, aucun cas d'hydramnios n'a été relevé. L'absence d'hydramnios dans notre série s'explique, sûrement, par le fait que les parturientes qui sont évacuées sont arrivées avec la poche des eaux déjà rompue.

La prématurité, facteur de risque classique, a été retrouvée dans 33,33% des cas. Notre taux, inférieur à celui de Lévy et coll. [1] qui est de 38%,

est supérieur à ceux de nombreux auteurs qui varient entre 8% et 26% [4,7,12,13].

Les grossesses gémellaires ont représenté 16,67 % des cas de notre étude. Ce taux est plus élevé que ceux de Duval et coll. [7], Lévy et coll. [1] et de Soummani et coll. [5] qui sont respectivement de 8%, 9%, 10,1% et 11,5%. Il est par contre inférieur à celui Dufour et coll. [2] qui est de 20%.

Nous avons noté 33,33% de présentations non céphaliques, taux identique à celui d'Israngura et coll. [14]. Le taux de présentation du siège (22,22%) est comparable à ceux trouvés dans la littérature [4,5,7]. Le taux de présentation transversale (11,11%) est également comparable à ceux de Soummani et coll. [5] 7,87%, et de Katz et coll. [2] 9,8%. Les présentations irrégulières épousent moins bien le détroit supérieur, laissant ainsi au cordon ombilical l'espace pour s'infiltrer entre la présentation et la filière pelvi-génitale. C'est le cas des prématurés et/ou hypotrophes. Il en est de même des macrosomes que nous avons trouvés à un taux 0,8% inférieur aux données de la littérature [5,10].

Notre taux de prématurés (11,8%) et/ou d'hypotrophes (21,3%) est conforme aux données de la littérature qui varient entre 14 et 23% [1,4,5,9]. La PC est une urgence obstétricale. Le type d'extraction fœtale, fondamental, est fonction de deux paramètres : l'état fœtal au moment du diagnostic et l'imminence ou non de l'accouchement.

L'accouchement par voie basse dans notre étude (40%) a été autorisé dans les cas où le cordon ne battait plus et/ou l'accouchement était imminent. Pour l'ensemble des PC, notre taux de césarienne (60%) est inférieur à ceux retrouvés dans la littérature. Par contre, le taux de césarienne dans le groupe des enfants vivants au moment du diagnostic dans le service (77,27%) est proche de ceux de Dufour et coll. [4] et de Duval et coll. [7] respectivement de 72% et 77%. Il demeure inférieur à ceux d'autres auteurs qui varient entre 85 et 91% [3,9,12].

La mortalité périnatale globale (40%) est également supérieure aux données de la littérature. Par contre le taux corrigé de mortalité périnatale (18,18%) est inférieur à ceux de Lévy et coll. [1] et Soummani et coll. [5] qui sont respectivement de 25% et 25,4%. Il est supérieur à celui des pays développés qui varie entre 1,5 et 5% [2,4,11]. Notre taux de mortalité globale, très élevé, peut être s'expliquer, outre les facteurs de risque retrouvés dans la littérature, par 2 facteurs. Le premier facteur est représenté par les longs délais entre la survenue de la procidence et



l'accouchement. Globalement, il variait entre 22 minutes et 6 heures 10 minutes avec une moyenne de 109 minutes soit 1 heure 49 minutes. Or selon Guikovaty et Dellenbach [8], lorsque le délai avant la naissance est supérieur à 1 heure, la mortalité dépasse 25%. Le deuxième facteur est constitué par la durée des évacuations des parturientes vers le service de référence, de sorte que 29,63% des enfants y ont été admis cordon non battant. La supériorité du taux de mortalité fœtale corrigé (19,7%) par rapport à ceux des pays développés (entre 1,5 et 5%) est due aux longs délais d'extraction, 73 minutes contre environ 20 minutes [4,12]. Le long délai d'extraction dans notre étude est lié au manque de moyens financiers des parturientes qui doivent d'abord s'acquitter du kit opératoire, et également à l'indisponibilité fréquente du seul bloc opératoire d'urgence du service.

## CONCLUSION

Le taux global de la procidence du cordon (0,65%) est élevé par rapport à ceux trouvés dans les pays développés. Cependant, corrigé, ce taux (0,06%) est inférieur à ceux observés dans ces pays. Les paramètres épidémiologiques sont les mêmes que ceux retrouvés dans la littérature. Quant au pronostic fœtal, il est plus sombre que ceux observés dans les pays développés avec une mortalité périnatale à 52% du fait surtout de l'évacuation de la parturiente d'un centre de santé périphérique et les longs délais entre la procidence et l'accouchement supérieurs à 30 minutes. L'amélioration du pronostic passe donc par la réduction des évacuations et donc la prise en charge sur place de ces complications obstétricales ainsi que la réduction des délais entre la survenue de la procidence et l'accouchement qui doit se faire préférentiellement par césarienne.

## REFERENCES

1. Levy H, Meier PR, Makowski EL. Umbilical Cord prolapse. *Obstet Gynecol* 1984 ; 64 : 499-02

2. Katz Z, Shoham Z, Lancet M. Management of labour with umbilical cord prolapse: a 5 years study. *Obstet. Gynecol* 1988; 72: 278-281
3. Critchlow CW, Leet TL, Benedetti TJ, Daling JR. Risk factors and infant outcomes associated with umbilical cord prolapse: population based case control study among birthy in Washington State. *Am J Obstet Gynaecol*, 1994 ; 170 : 613-18
4. Dufour PH, Vinatier D, Bennani S. Procidence du cordon. Revue de la littérature, à propos de 50 observations. *J Gynécol Obstet Biol Reprod.* 1996 ; 25 : 841-45
5. Soummani A, Hermas S, Mikou F, Himmi A. La procidence du cordon ombilical. A propos de 165 cas. *Rev Fr Gynécol Obstet.* 1999; 94: 474 – 77
6. Kouam L, Miller EC. Les méthodes thérapeutiques dans les procidences du cordon et le pronostic fœtal. *Rev Fr Gynécol Obstet* 1981 ; 76 : 1-7
7. Duval C, Lemoine JP, BA S, Demory JE. Procidence du cordon ombilical : 79 procidences. *Rev Fr Gynécol Obstet.* 1987 ; 82 : 163-67
8. Guikovaty JP, Dellenbach P. Les anomalies du cordon ombilical. *Encycl Med Chir.* Paris, Obstet , 5073-A10,6-1978
9. Merger M, Levy J, Melchior J. Procidence du cordon. Précis d'obstétrique 1979, Paris, Masson : 280-223
10. Vijatrasil S, Toongsuwan S. Prolapse of the umbilical cord: a three years review of Siriraj hospital. *J Med. Assoc Thai* 1986; 69: 273-78
11. Dumont M. Histoire d'une chute : la procidence du cordon ombilical. *Rev Fr Gynécol Obstét.* 1989 ; 84 : 52
12. Prabulos AM, Philipson EH. Umbilical cord prolapsed : is the time from diagnosis to delivery critical ? *J Reprod Med.* 1998; 73: 129-32
13. Hershkovitz R, Silberstein T. Risk factors associated with true knots of the umbilical cord. *Europ J Obstet Gynecol Reprod. Biol* 2001 ; 98 : 36-9
14. Israngura NA, Herabutya Y. Prolapse of the umbilical cord: a 5 years review in Rana Thibodi Hospital. *J Med Assoc Thai* 1988; 71 : 21-5