RÉFÉRENTIELS EN OBSTÉTRIQUE

CLAMPAGE DIFFÉRÉ DU CORDON

naître
en languedoc roussillon

AVERTISSEMENT

Ces référentiels sont diffusés à titre informatif par le réseau périnatal Naître et Grandir en Languedoc Roussillon pour les professionnels de la périnatalité de la région.
Ils ont été rédigés en l'état actuel des connaissances à la date de validation du référentiel et n'engagent en aucun cas la responsabilité directe ou indirecte du réseau ou de ses membres quant aux conséquences qui pourraient découler de leur utilisation.

Réseau périnatal Naître et Grandir en Languedoc Roussillon
Espace Bertin Sans – Bât. C – 1er étage – 59, avenue de Fès
34080 MONTPELLIER
Téléphone :04 67 04 01 53
Email : naitre.lr@nglr.fr

Ce référentiel a été rédigé sous l'égide du réseau périnatal Naître en Languedoc Roussillon par les professionnels de santé du Languedoc Roussillon suivants :

Rédacteurs :

- **JACQUOT Aurélien,** Pédiatre, Montpellier

Et le groupe régional de travail « Référentiels en Obstétrique du Languedoc-Roussillon » :

- **ARNOLD –SMITH Muriel,** Sage-Femme Clinique saint louis Ganges
- **BEAUDROIT Loïc**, Anesthésiste réanimateur Polyclinique Grand Sud Nîmes
- **BLARD Hélène**, Cadre Sage-Femme Conseil Départemental 30
- **BOYER Cathy,** Cadre Sage-Femme Clinique Saint Roch Montpellier
- **BRUNI BIZET Anne Flore**, Pédiatre Clinique Kenval Nîmes
- **CRIBALLET Gisèle,** Coordinatrice réseau Naitre et Grandir en LR
- **FAGES Helene,** Cadre Sage-Femme Clinique Champeau Bézier
- **FORGET Séverine,** Gynécologue –Obstétricien CH Perpignan
- **FRATUSCO Antonio,** Gynécologue-Obstétricien Montpellier
- **FUCHS Florent**, Gynécologue-Obstétricien CHU Montpellier
- **KHATOU Farida,** Gynécologue-Obstétricien CH Alès
- **LASADE Caroline**, Cadre Sage-Femme Clinique Notre Dame Perpignan
- **LETOUZEY Vincent,** Professeur Gynécologue-Obstétricien CHU Nîmes
- **MOUTTE-BADER Anne Marie,** Gynécologue-Obstétricien Clinique saint louis Ganges
- **MOUSTY Eve,** Gynécologue-Obstétricien CHU Nîmes
- **ORDERMANN Suzanne,** Gynécologue –Obstétricien Clinique Perpignan
- **POLLET Anne Sophie,** Enseignante Maïeutique Montpellier
- **ROBINET Nadine,** Cadre Sage-Femme Clinique Narbonne
- **SAAD Rachida,** Cadre Sage-Femme CH Narbonne
- **SING Gaëlle,** Pédiatre CHU Nîmes
- **TEMEY Delphine**, Cadre Sage-Femme Clinique Clémentville
- **WERNET Anne,** Anesthésiste réanimateur CH Perpignan

SOMMAIRE

INTRODUCTION **4**

NAISSANCE ≥34 SA **4**

NAISSANCE <34 SA **5**

RÉFÉRENCES **6**

INTRODUCTION

Le clampage différé (= « retardé » ou « tardif ») du cordon ombilical permet de transférer au nouveau-né une partie de la volémie placentaire (jusqu'à 30 mL/kg).

Le clampage différé du cordon ne présente pas de risque pour la mère. Il n'y a pas d'augmentation du risque d'hémorragie du post-partum.

Les données actuelles de la littérature et l'analyse de la balance bénéfices/risques permettent de distinguer 2 situations : le nouveau-né à terme ou proche du terme d'une part (établissements de type 1 et 2a), le nouveau-né prématuré d'autre part (établissements de type 2b et 3).

NAISSANCE ≥34 SA

Le clampage différé correspond à un délai d'au moins 1 minute après la naissance (en pratique entre 1 et 3 minutes).

Le clampage tardif est associé à :

- Une augmentation du taux d'hémoglobine à la naissance
- Une ferritinémie plus élevée à 6 mois
- Une augmentation du risque d'ictère nécessitant une photothérapie

Par ailleurs, il n'y a pas de bénéfice prouvé sur le plan neuro-développemental à long terme (1 seule étude, niveau de preuve insuffisant).

La prévention de l'anémie ferriprive n'est pas actuellement un problème de santé publique en France. En revanche, l'augmentation du risque d'ictère nécessitant une photothérapie est un enjeu important, notamment dans le contexte du raccourcissement des durées de séjour en maternité.

Conclusion : balance bénéfices/risques non favorable.

En cas de naissance ≥ 34 SA, il n'est pas recommandé actuellement de réaliser de façon systématique un clampage retardé du cordon

NB1 :
- ➥ Le clampage normal doit avoir lieu entre 10 secondes et 1 minute après la naissance.
- ➥ Éviter dans tous les cas un clampage immédiat ou trop précoce (<10 secondes).

NB2 :
- ➥ En cas de clampage retardé, une surveillance systématique de la bilirubinémie transcutanée devra être réalisée pendant le séjour en maternité.
- ➥ En raison du risque accru d'ictère, la sortie précoce n'est pas recommandée dans ce contexte.

NAISSANCE <34 SA

Le clampage différé correspond à un délai d'au moins 30 secondes après la naissance (en pratique entre 30 et 60 secondes).

Le clampage tardif est associé à :

- Une meilleure adaptation respiratoire et circulatoire à la vie extra-utérine
- Une diminution du risque d'hypothermie
- Une réduction des besoins transfusionnels
- Une diminution du risque d'hémorragie intra-ventriculaire
- Une diminution du risque d'entérocolite ulcéro-nécrosante

Conclusion : balance bénéfices/risques favorable.

Il est recommandé de réaliser un clampage retardé du cordon en cas de naissance < 34 SA

Contre-indications au clampage retardé :

- Retard de croissance intra-utérin, jumeaux de grossesses monochoriales, circulaire irréductible, état de mort apparente, anasarque, cardiopathies congénitales, hernie diaphragmatique, soins maternels urgents, infections virales actives pendant la grossesse.

Traite du cordon :

- Alternative au clampage retardé en cas de cordon court ou de naissance par césarienne. Traire manuellement le cordon pendant 2 secondes, 3 à 4 fois, sur environ 20 cm (efficacité similaire à un clampage différé).

Position de l'enfant en cas de clampage différé :

- Entre les jambes de la mère, au niveau du placenta ou jusqu'à 20 cm en-dessous.

En cas de nécessité de réanimation du nouveau-né :

- Les premières étapes (stimulation et aspiration) peuvent être réalisées avant le clampage du cordon, la transfusion placento-fœtale étant bénéfique pour l'adaptation à la vie extra-utérine.

Banque de sang placentaire :

- Le clampage retardé est compatible avec le don de sang placentaire.

GDS cordon prélevés après un clampage différé :

- Pas de modification significative des valeurs artérielles et veineuses (diminution minime du pH, parfois augmentation très modérée du dosage de pCO_2 et d'acide lactique).

RÉFÉRENCES

- McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Evid Based Child Health* 2014;9:303-97.
- Rabe H, Diaz-Rossello JL, Duley L, Dowswell T. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;15:CD003248.
- Guideline : Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. World Health Organization, Geneva 2014. www.who.int/nutrition/publications/guidelines/cord_clamping/en/
- Katheria AC1, Lakshminrusimha S2, Rabe H3, McAdams R4, Mercer JS5,6,7. Placental transfusion: a review. *J Perinatol.* 2017;37:105-111.
- Clampage du cordon précoce ou tardif ? Avis du CNGOF et du CNSF – 31 mai 2012. http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/Clampage_du_cordon_precoce_ou_tardif.pdf
- Song D, Jegatheesan P, DeSandre G, Govindaswami B. Duration of Cord Clamping and Neonatal Outcomes in Very Preterm Infants. *PLoS One* 2015;10:e0138829.
- Dang D, Zhang C, Shi S, Mu X, Lv X, Whu H. Umbilical cord milking reduced needs for red cell transfusions and improves neonatal adaptation in preterm infants : Meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Res.* 2015;41:890-5.
- Andersson O, Lindquist B, Lindgren M, Stjernqvist K, Domellöf M, Hellström-Westas L. Effect of Delayed Cord Clamping on Neurodevelopment at 4 Years of Age: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr.* 2015;169:631-8.