

avec irradiation inguinale droite et une impotence fonctionnelle du membre inférieur droit. L'examen clinique a objectivé une patiente stable sur le plan hémodynamique, avec un bon globe de sécurité, des lochies minimales, des mollets et des cuisses souples avec la présence d'une tuméfaction échyмотiquesus-pubienne associée à une douleur exquise à la palpation de la symphyse pubienne.

La radiologie du bassin de face a objectivé un élargissement de la symphyse pubienne de 18 mm. La prise en charge thérapeutique était la mise sous décharge avec un traitement antalgique (paracétamol et AINS) et une anticoagulation préventive.

L'évolution était favorable et la patiente a été déclarée sortante à j21 du post partum.



Figure 1:- Disjonction symphysaire compliquant un accouchement dystocique d'un macrosome.

Discussion:-

La grossesse s'accompagne de modifications de la géométrie pelvienne, de micromobilités des articulations sacro-iliaques et de la symphyse pubienne, et d'une laxité générale des tissus conjonctifs d'origine hormonale. Les œstrogènes et la relaxine constitueraient les facteurs hormonaux agissant sur les ligaments, les muscles et les entèses de la région pelvienne, dans le seul but de faciliter l'accouchement. De plus, les contraintes biomécaniques augmentent durant la grossesse [1]. En cas de disjonction pubienne, la douleur peut être d'intensité variable, responsable dans les cas les plus sévères d'une impotence fonctionnelle totale mais les formes mineures restent les plus fréquentes [2]. Par ailleurs, un œdème de la symphyse ainsi que des complications urinaires en cas de disjonction importante (plaie de vessie, hématome, incontinence ou infection urinaire) sont possibles [3].

Le tableau clinique dans notre observation était assez typique. Le diagnostic paraclinique repose sur une radiologie du bassin de face montrant un espace inter-symphysaire supérieur à 10 mm [4], cet espace été évalué à 18 mm dans le cas de notre patiente. Le degré de séparation observé n'apparaît cependant pas corrélé à la gravité des symptômes [5], certains auteurs ont proposé l'échographie comme moyen diagnostique en particulier au cours de la grossesse où une radiographie standard n'est pas autorisé, mais ils concluent au caractère non prédictif de cet examen [9]. Le syndrome de disjonction symphysaire survient souvent en fin de grossesse ou en post partum, des cas ont été rapportés dans la littérature survenant plus précocement à 20 et à 31 SA [6, 7]. Les facteurs de risque évoqués dans

les différents articles sont la macrosomie fœtale, la multiparité, les manœuvres d'extraction, l'expulsion rapide, la dystocie des épaules, la gémellité et les traumatismes de l'articulation pubienne [8,11].

La prise en charge initiale précoce est médicale avec l'association d'une analgésie par voie orale, du repos et de la kinésithérapie. En cours de grossesse et à un terme précoce, l'échec d'une infiltration locale proposée pourrait justifier la mise en place d'une analgésie péridurale selon certains auteurs [7]. En post-partum, l'infiltration locale au niveau de la symphyse pubienne apparaît efficace. Selon les recommandations elle doit s'effectuer au bloc opératoire en conditions strictes d'asepsie et utiliser une solution associant un anesthésique local et un corticoïde [10]. Dans notre cas, il s'agissait d'une symptomatologie apparue en post-partum immédiat avec des signes radiologiques. Le traitement médical conservateur associant la décharge, antalgiques et anti-coagulation préventive a permis une évolution favorable avec une nette amélioration de la douleur. Notre patiente n'a pas bénéficié d'un bandage pelvien qui apparaît plutôt recommandé en cas de diastasis important [6, 11]. Selon la littérature un traitement chirurgical peut être proposé en cas de diastasis supérieur à 4 cm [11].

Conclusion:-

Le syndrome de disjonction symphysaire doit être évoqué devant toutes douleurs pelviennes de la grossesse et du post-partum, le diagnostic est posé facilement grâce à une radiologie du bassin de face montrant un espace inter-symphysaire supérieur à 10 mm. La prise en charge initiale précoce est médicale avec l'association d'une analgésie par voie orale voir une infiltration locale, du repos et de la kinésithérapie. Le bandage pelvien et le traitement chirurgical sont réservés aux cas de diastasis importants et doivent être associés à une anticoagulation préventive en cas d'immobilisation.

Références:-

1. Timsit MA. Grossesse et douleurs rhumatologiques lombaires basses et de la ceinture pelvienne. *GynecolObstetFertil*2004;32:420—6.
2. Williams JW, Eastman NJ, Hellman LM. Coincidental complications of pregnancy. In: Lichtman Marshall A, editor. *Williams obstetrics*. NewYork: Appleton-Century-Crofts; 1966. pp. 820–1. [Google Scholar]
3. Scicluna JK, Alderson JD, Webster VJ, Whiting P. Epidural analgesia for acute symphysis pubis dysfunction in the second trimester. *Int J ObstetAnesth*2004;13:50—2.
4. Jain S, Eedarapalli P, Jamjute P, Sawdy R. 2006 Symphysis pubis dysfunction: a practical approach to management. *Obstetrician and Gynaecologist*. 2006 Jun;8(3):153–158. [Google Scholar]
5. Snow RE, Neubert AG. Peripartum pubic symphysis separation during pregnancy: a case report. *ObstetGynecolSurv*. 1997 Jul;52(7):438–43. [PubMed] [Google Scholar]
6. Culligan P, Hill S, Heit M. Rupture of the symphysis pubis during vaginal delivery followed by two subsequent uneventful pregnancies. *ObstetGynecol*. 2002 Nov;100(5 Pt 2):1114–7. [PubMed] [Google Scholar]
7. Scicluna JD, Alderson JD, Webster VJ, Whiting P. Epidural analgesia for acute symphysis pubis dysfunction in the second trimester. *Int J ObstetAnesth*. 2004 Jan;13(1):50–2. [PubMed] [Google Scholar]
8. Luger EJ, Arbel R, Dekel S. Traumatic separation of the symphysis pubis during pregnancy: a case report. *J Trauma*. 1995 Feb;38(2):255–6. [PubMed] [Google Scholar]
9. Scriven MW, Jones DA, McKnight L. The importance of pubic pain following childbirth: a clinical and ultrasonographic study of diastasis of the pubic symphysis. *J R Soc Med*. 1995 Jan;88(1):28–30. [Article PMC gratuit] [PubMed] [Google Scholar]
10. Waldam SD. Ostéitepubienne. In: Waldam SD, Steven D, editors. *Atlas des syndromes douloureux fréquents - Paris, Maloine*. 2003. pp. 217–9. [Google Scholar]
11. Kharrazi FD, Rodgers WB, Kennedy JG, Lhowe DW. Parturition-induced pelvic dislocation: a report of four cases. *J Orthop Trauma*. 1997 Oct;11(7):543. [PubMed] [Google Scholar].