



Journal Homepage: - www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/12463

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/12463>



RESEARCH ARTICLE

LA DISJONCTION SYMPHYSAIRE DU POST PARTUM : A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

A. Ouzaa, A. Kallali, A. Chraibi, S. Chater, Z. Tazi, A. Filali, C. Chraibi, M.H. Alami and R. Bezaad
Hôpital Maternité Santé De Reproduction Les Orangers -Université Mohammed V- Rabat.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 10 December 2020

Final Accepted: 14 January 2021

Published: February 2021

Abstract

La disjonction symphysaire est une affection rare, qui se définit par un élargissement de l'articulation inter-symphysaire estimé supérieur à 10 mm. Cette affection nécessite une prise en charge spécialisée en cas de douleurs sévères et invalidantes. Nous rapportons le cas d'une patiente présentant des douleurs pelviennes intenses avec impotence des 2MI après un accouchement dystocique, l'examen clinique a objectivé une douleur exquise à la palpation de la symphyse pubienne. Le diagnostic a été confirmé par une radiologie du bassin de face objectivant un élargissement de la symphyse pubienne de 22 mm, la prise en charge thérapeutique a consisté en une mise sous décharge et anti-coagulation préventive avec un bandage pelvien et un traitement antalgique à base de paracétamol et AINS. L'évolution a été favorable sans récurrence douloureuse. A travers notre cas, nous insisterons sur les caractéristiques de cette pathologie notamment pronostic, ce qui permettra au praticien de comprendre l'intérêt du diagnostic et la prise en charge précoce de cette entité qu'il évoque devant toute douleur pelvienne survenant au cours de la grossesse ou en post partum.

Copy Right, IJAR, 2021,. All rights reserved.

Introduction:-

Le syndrome de disjonction symphysaire est identifié comme responsable de douleurs pendant la grossesse et/ou le post-partum ; il est favorisé par la gémellité et les événements traumatiques comme les manœuvres d'extraction [1,2]. La prise en charge des patientes hyperalgiques concernées par cette pathologie doit être rapide et adaptée afin d'assurer une autonomie et un confort à la parturiente. Nous rapportons ici l'observation d'une patiente ayant présenté une disjonction symphysaire hyperalgique dans les suites d'un accouchement par voie basse dystocique.

Patient Et Observation:-

Patiente âgée de 35 ans, sans antécédent pathologique notable, troisième geste et troisième part. La grossesse actuelle est suivie avec 3 consultations prénatales, 3 échographies obstétricales et un bilan prénatal qui étaient normales. Elle est admise à notre maternité au terme de 38 semaines d'aménorrhée et trois jours pour prise en charge. L'examen clinique a objectivé un IMC à 34, TA correcte. L'examen obstétrical : Hauteur utérine à 34 cm, des bruits cardiaques fœtaux positifs et réguliers, un Bishop à 3, présentation céphalique, poche des eaux intacte, avec un bassin cliniquement normal. L'échographie obstétricale a été réalisée objectivant une grossesse mono-fœtale évolutive en présentation céphalique, une estimation du poids fœtal à 3862g. L'accouchement par voie basse était accepté. L'accouchement s'est déroulé par voie basse, on a noté une rétention des épaules dont le dégagement a été

Corresponding Author:- A. Ouzaa

Address:- Hôpital Maternité Santé de Reproduction Les orangers -Université Mohammed V- Rabat.

fait par la manœuvre de Mc Roberts, avec naissance d'un nouveau né de sexe féminin, poids de naissance 3850g, Apgar 10.



Figure:- Radiologie du bassin de face objectivant un élargissement de l'espace inter symphysaire.

À j1 du post-partum la patiente signalait une douleur intense de la symphyse pubienne sans irradiation qui s'intensifiait progressivement. Il existait une impotence fonctionnelle importante rendant la marche impossible et imposant le décubitus dorsal strict. L'examen clinique retrouvait une douleur élective à la palpation de la symphyse pubienne, reproduite à la palpation des ailes iliaques, et n'ayant pas d'irradiation. La radiographie du bassin réalisée le lendemain montrait un élargissement de la symphyse pubienne évalué à 22 mm (normale < 10 mm). La prise en charge thérapeutique reposait sur la mise sous décharge et anti-coagulation préventive avec un bandage pelvien et un traitement antalgique à base de paracétamol et AINS. L'évolution été favorable sans récurrence douloureuse et elle a été déclarée sortante à J14 du postpartum. L'examen lors du contrôle réalisé après 21 jours n'a pas objectivé de sensibilité au niveau symphysaire.

Discussion:-

Le syndrome de disjonction symphysaire est une pathologie de la grossesse et du post-partum sous-évaluée et mal traitée bien que responsable d'une morbidité significative, et qui peut persister plusieurs années après l'accouchement [1]. L'incidence du syndrome de disjonction symphysaire en péripartum est évaluée entre 1/300 et 1/30 000 dans la littérature [2,3] ; Les étiologies de ce syndrome sont encore mal connues bien que certains auteurs incriminent la multiparité, la macrosomie fœtale, les manœuvres d'extraction, les pathologies articulaires et les traumatismes de l'articulation pubienne [5,6]. Dans le cas clinique rapporté, Notre patiente avait de nombreux facteurs de risque suscités à savoir la multiparité et la pratique de la manœuvre de Mc robert pour le dégagement des épaules. Le diagnostic repose sur la symptomatologie rapportée par la patiente et l'examen clinique. La symptomatologie typique semble comporter une douleur de la symphyse pubienne avec irradiations inguinales associée à une douleur de l'articulation sacro-iliaque [7]. Certains décrivent même un œdème de la symphyse et la palpation vraie d'un espace intersymphysaire [9]. L'intensité de la douleur est décrite comme variable mais toujours exacerbée par les mouvements mettant en jeu l'articulation symphysaire tels que la position debout, la marche, la montée des escaliers, ou encore le port de charges lourdes [8]. Dans notre observation, la douleur de la symphyse pubienne était assez typique avec une accentuation à la palpation, au lever et à la marche. Il n'existait aucune irradiation mais bien une douleur à la palpation des ailes iliaques. Il y avait également une impotence

fonctionnelle associée. Le diagnostic paraclinique repose sur la radiologie conventionnelle. En effet, une radiologie du bassin de face peut mettre en évidence un espace anormal au niveau de l'articulation intersymphysaire, sachant qu'un espace de moins de 9 mm est physiologique et qu'un espace supérieur à 10 mm est considéré comme pathologique [8]. Le degré de séparation observé apparaît cependant pas corrélé à la gravité des symptômes [5], et une symptomatologie de disjonction pubienne peut être observée en l'absence de signes radiologiques [10]. La radiologie du bassin de notre patiente comportait des signes radiologiques francs de séparation au niveau de l'articulation symphysaire (espace > 10 mm estimé par les radiologues). D'autres auteurs ont pour leur part proposé l'échographie comme moyen diagnostique et de suivi du diastasis, mais ils concluent au caractère non prédictif de cet examen [11]. Les diagnostics différentiels à évoquer face à une douleur pubienne de la grossesse et/ou du post-partum sont constitués par l'ensemble des pathologies ostéoarticulaires, type polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante, myélome multiple [12]. Les pathologies traumatiques sont également à évoquer avec les fractures et la séparation traumatique de la symphyse pubienne [8]. Il est décrit un cas d'ostéomyélite pubienne après accouchement par voie basse avec manœuvres d'extraction [13]. 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 [14, 15]. 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 [16]. 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 [17]. Dans notre cas, il s'agissait d'une symptomatologie apparue en post-partum immédiat avec des signes radiologiques. Le traitement médical associant la décharge, antalgiques et anti-coagulation préventive avec un bandage pelvien a permis une évolution favorable avec une nette amélioration de la douleur. Selon la littérature un traitement chirurgical peut être proposé en cas de diastasis supérieur à 4 cm [18]. En cas d'immobilisation, un traitement anticoagulant à dose prophylactique doit alors être instauré et certains vont même jusqu'à le recommander en cas de disjonction simple [7, 17]. Les complications de la phase aiguë sont constituées par d'éventuels troubles urinaires [8] ; un cas d'embolie graisseuse a été décrit [5]. La douleur peut persister quelques semaines en post-partum, sachant qu'une durée de dix semaines est rapportée [17]. Des auteurs décrivent deux cas de douleurs neuropathiques chroniques sur quatre cas de disjonctions pubiennes sévères traitées chirurgicalement [18]. D'autres montrent que sur 38 patientes douloureuses en péripartum, 17 ont une symptomatologie de moins de deux mois et 21 une symptomatologie de plus de quatre mois ; parmi les douloureuses chroniques ils retrouvent l'existence d'une hyperlaxité ligamentaire et musculaire [19].

Conclusion:-

Les douleurs pelviennes de la grossesse et du post-partum sont relativement fréquentes et doivent faire évoquer un syndrome de disjonction symphysaire. Son diagnostic est posé facilement grâce à une radiologie du bassin de face montrant un espace intersymphysaire 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] Scriven MW, Jones D, McKnight L, Heckman J, Sassard R. Correspondence. *J Bone Joint Surg Am* 1995;77-A:1465.
- [2] Kubitz RL, Goodlin MD. Symptomatic separation of the pubic symphysis. *South Med J* 1986;79:578-80.
- [3] Williams JW, Eastman NJ, Hellman LM. Coincidental complications of pregnancy. In: Lichtman Marshall A, editor. *Williams obstetrics*. New York: Appleton-Century-Crofts; 1966. p. 820-1.
- [5] Snow RE, Neubert AG. Peripartum pubic symphysis separation during pregnancy: a case report. *Obstet Gynecol Surv* 1997;52:438-43.
- [6] Culligan P, Hill S, Heit M. Rupture of the symphysis pubis during vaginal delivery followed by two subsequent uneventful pregnancies. *Obstet Gynecol* 2002;100:1114-7.
7. Scicluna JD, Alderson JD, Webster VJ, Whiting P. Epidural analgesia for acute symphysis pubis dysfunction in the second trimester. *Int J Obstet Anesth*. 2004 Jan;13(1):50-2. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- [8] Scicluna JD, Alderson JD, Webster VJ, Whiting P. Epidural analgesia for acute symphysis pubis dysfunction in the second trimester. *Int J Obstet Anesth* 2004;13:50-2.

- [9] Luger EJ, Arbel R, Dekel S. Traumatic separation of thrsymphysispubis during pregnancy: a case report. *J Trauma* 1995;38:255–6.
- [10] Shepherd J. Symphysis pubis dysfunction. In: Yerby M, editor. *Pain inchildbearing: key issues in management*. Edinburgh: BaillièreTindall;2000. p. 17–28.
- [11] Scriven MW, Jones DA, McKnight L. The importance of pubic painfollowong childbirth: a clinical and ultrasonographic study of diastasisof the pubic symphysis. *J R Soc Med* 1995;88:28–30.
- [12] Waldam SD. Ostéitepubienne. In: Waldam SD, Steven D, editors. *Atlasdes syndromes douloureux fréquents*. Paris: Maloine; 2003. p. 217–9.
- [13] Eskridge C, Longo S, Kwark J, Robichaux A, Begneaud W. Osteomyelitispubis occurring after spontaneous vaginal delivery: a case presentation.*J Perinatol* 1997;17:321–4.
14. 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](#)]
15. Scicluna JD, Alderson JD, Webster VJ, Whiting P. Epidural analgesiafor acute symphysis pubis dysfunction in the second trimester. *Int J ObstetAnesth*. 2004 Jan;13(1):50–2. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
16. Scicluna JD, Alderson JD, Webster VJ, Whiting P. Epidural analgesiafor acute symphysis pubis dysfunction in the second trimester. *Int J ObstetAnesth*. 2004 Jan;13(1):50-2. **PubMed** | **Google Scholar**
- [17] Babarinsa IA, Adewole IF, Fatade AO, Ajayi AB. Obstetric pubic symphysisarthropathy: a study of nine cases. *J ObstetGynaecol* 1999;19:620–2.
18. 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**
- [19] Hansen A, Jensen DV, Larsen EC, Wilken-Jensen C, kaae BE, FrolichS, et al. Postpartum pelvic pain-the « pelvic joint syndrome”: a followupstudy with special reference to diagnostic methods. *ActaObstetGynecolScand* 2005;84:170–6.