

Case report

Ischiopubectomie Partielle pour Difficulté Mécanique D'intromission chez une Jeune Fille Victime d'une Disjonction Pubienne et Sacro-iliaque Négligée. A Propos d'un Cas Traité au Centre National de Réhabilitation des Handicapés.

Ibrahima F^{1,2,4}, Motah M²; Ngo Nonga B⁴; Mboudou E³; Sow M⁴

- 1) *Centre National de Réhabilitation des Handicapés de Yaoundé, Cameroun*
- 2) *Service de Chirurgie, Hôpital Général de Douala, Cameroun*
- 3) *Service de Gynécologie et d'Obstétrique, Hôpital Général de Yaoundé, Cameroun.*
- 4) *Département de Chirurgie et spécialités, FMSB, Université de Yaoundé I, Cameroun.*

Correspondance : Dr Ibrahim Farikou, C.N.R.H. de Yaoundé, B.P. 1586 Yaoundé Cameroun. ifarikou@hotmail.com

RESUME

Les auteurs rapportent le cas d'une jeune fille de 28 ans présentant des difficultés mécaniques peu courantes de rapports sexuels après traumatisme grave du bassin survenu pendant l'enfance. Après plusieurs tentatives thérapeutiques chirurgicales vaines, elle a subi, au dernier recours, une ostéotomie partielle des branches ischio-pubiennes par voie transvaginale. Ceci a permis de résoudre les difficultés d'intromission de cette étudiante qui a découvert la sexualité seulement à cet âge

Mots clés: ostéotomie pubienne, vie sexuelle

ABSTRACT

The authors report the case of a 28 year-old girl who presented uncommon sexual intercourse mechanical difficulties after heavy pelvic trauma that occurred during infancy. After numerous unsuccessful surgical operations, she underwent a partial osteotomy of the ischio-pubic branches by transvaginal approach. This allowed resolution of the intromission difficulties of this student who discovered sexuality only at this age.

Key words: pubal osteotomy, sexual life

INTRODUCTION :

Les troubles urinaires consécutifs à des fractures du bassin aussi bien chez l'homme que chez la femme sont fréquents. Les déficits sexuels, principalement l'insuffisance sexuelle chez l'homme après fractures du bassin sont également courants. Mais les troubles sexuels d'ordre mécanique faits de difficultés de d'intromission chez la femme sont rarissimes. Nous rapportons le cas d'une étudiante de 28 ans que nous suivons depuis quelques années et qui a présenté des séquelles de douleurs chroniques et des difficultés de pénétration longtemps tuées à son entourage à la suite d'une disjonction pubienne et sacro-iliaque grave. Nous sommes intervenus par deux fois pour tenter de réduire et stabiliser la disjonction

pubienne avec un succès mitigé : réduction des douleurs et de l'inconfort à la marche ou à la station assise prolongées mais insatisfaction de la patiente quant à ses difficultés de rapports sexuels longtemps masquées par la pudeur.

Au dernier recours nous avons réalisé une ischiopubectomie partielle qui semble avoir résolu le problème de cette jeune fille qui découvre la sexualité à 28 ans.

OBSERVATION CLINIQUE :

Mlle O. M., née le 28/03/1980, est suivie dans notre service depuis le 30/08/2000 pour douleurs chroniques du bassin et des hanches consécutives à un accident de la voie publique survenue en 1988, quand elle avait 8 ans. La victime marchait le long d'un trottoir quand elle a été heurtée latéralement par un véhicule dont le propriétaire aurait perdu le contrôle. Elle a été admise en urgence à l'Hôpital Central de Yaoundé. Le bilan lésionnel a fait état d'une plaie profonde de la marge anale qui a été suturée mais qui a nécessité une colostomie de décharge avec rétablissement de la continuité après cicatrisation de la plaie de la marge anale. Elle a séjourné pour cela au total 6 mois à l'Hôpital Central de Yaoundé.

Quand nous l'avons reçue pour la première fois au Centre National de Réhabilitation des Handicapés de Yaoundé, elle présentait à l'examen clinique une limitation de la mobilité des deux hanches, plus prononcée à droite surtout en flexion. Le bilan radiographique standard a mis en évidence une fracture – cisaillement du bassin (type C de la classification de Tile). Le scanner du bassin montre une disjonction de la symphyse pubienne avec rupture de l'harmonie du cintre pubien et un cal vicieux de la branche ischio-pubienne droite associée à une disjonction de la sacro-iliaque gauche. Le scanner élimine toute lésion des articulations coxo-fémorales.

Un programme de rééducation à raison de 12 séances par mois et des antalgiques a été prescrit et rendez-vous est pris après 6 mois pour contrôle. Mais nous l'avons d'ores et déjà informée des problèmes de dystocie qu'elle pourrait avoir lors des maternités futures.

Nous l'avons revue le 27/11/2002, après près de 2 ans. Elle aurait eu une accalmie après les séances de rééducation prescrites mais les douleurs reprenaient vite après à l'arrêt des séances et après une marche prolongée. D'autre part elle disait maintenant avoir l'impression que « le bassin devenait plus petit et que les os se touchent et se frottent entre eux ». De plus elle a du mal à s'accroupir aux toilettes. L'examen clinique note une proéminence osseuse anormale au niveau du promontoire du pubis. La radio standard de contrôle est sans aucune particularité par rapport aux précédents clichés.

L'indication d'une réduction et d'une ostéosynthèse de la disjonction antérieure est alors retenue. Nous sommes intervenus le 14/03/2003 pour réaliser une réduction très limitée et une contention par plaque vissée. L'évolution a été marquée par une complication, un sepsis à *Escherichia Coli* rapidement résolutif sous ciprofloxacine après 15 jours de traitement. L'ablation du matériel a été réalisée le 20/07/2004. La douleur avait complètement disparu mais la malade, pour la première fois évoque explicitement des difficultés à entretenir des rapports sexuels, difficultés qu'elle a eues jusqu'à présent à son entourage immédiat. Même sa mère ignorait complètement cela. Nous avons tenté le 20/06/2006 une ouverture du bassin par distraction progressive au fixateur externe mais cela s'est soldé par un échec. Les difficultés mécaniques d'intromission dues au rétrécissement du canal vaginal qui la préoccupaient maintenant au plus fort point demeuraient. La patiente a été alors référée pour avis à un gynécologue qui avoue n'avoir pas de solution à proposer.

C'est alors que nous avons décidé de réaliser une ischiopubectomie partielle des branches ischio-pubiennes de part et d'autre du canal vaginal rétréci (Fig.1 et Fig.2). L'intervention a commencé par une préparation minutieuse du périnée notamment une toilette et une désinfection vaginales, la mise en place d'une sonde urinaire à demeure. Deux incisions sont pratiquées de part et d'autre de l'orifice vaginal à la jonction entre muqueuse et la peau, guidées par la palpation des reliefs osseux des branches ischio-pubiennes. Après avoir disséqué les parties molles au ciseau fin, nous sommes tombés sur le périoste que nous avons ruginé. L'ischiopubectomie partielle

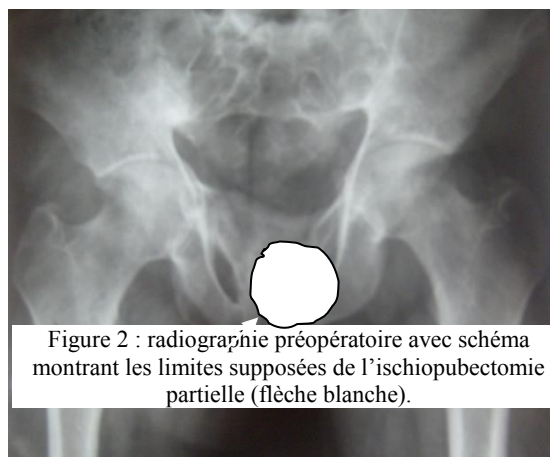


Figure 2 : radiographie préopératoire avec schéma montrant les limites supposées de l'ischiopubectomie partielle (flèche blanche).

peut alors débuter en rongant le cal vicieux bavant des branches ischio-pubiennes à la pince gouge. Il s'agissait d'enlever de façon



Figure 1: Même patiente: aspect radiographique post-opératoire.

économique toute proéminence osseuse qui générerait le passage du spéculum qui est utilisé pour tester la perméabilité du vagin. Nous nous sommes arrêtés quand le spéculum pouvait passer largement afin de ne pas déstabiliser le bassin. La fermeture des 2 incisions a été réalisée sans drainage. En postopératoire une toilette du vagin et un pansement quotidiens ont été régulièrement effectués. La patiente est sortie après 6 semaines d'hospitalisation. Plus tard, elle nous a appelés au téléphone dans un état d'excitation euphorique mêlé de gêne pour nous informer que l'intromission était désormais possible.

DISCUSSION :

Les dysfonctions sexuelles chez l'homme après fractures graves du bassin sont assez fréquentes. Gibson [1] rapporte 37% de cas d'impuissance sexuelle chez l'homme après fractures du bassin et rupture de l'urètre. Metz et coll [2], dans une série de 77 patients, rapportent 61% de limitation d'activité sexuelle et 19% d'impuissance

sexuelle persistante. Malavaud [3] rapporte quant à lui 29,7% de déficit d'érection chez 46 patients victimes de fractures du bassin et évoque le rôle du diastasis du pubis à l'origine de ce dysfonctionnement par lésion des nerfs bulbo-caverneux lors du diastasis.

Les troubles urinaires, les douleurs chroniques et les dyspareunies, les dystocies fœto-maternelles chez la femme après fractures du bassin sont également connues. Mais le dysfonctionnement sexuel chez la femme, sujet sensible entouré de beaucoup de pudeur est rarement rapporté. Kiely [4] rapporte 7 cas de dyspareunie et 6 cas de troubles organiques chez 14 femmes sexuellement actives qui ont bien voulu répondre sur 43 femmes victimes de fractures du bassin interrogées. McCarthy et coll [5] rapportent eux, 45% de sensation de baisse de la libido et 39% de baisse d'activité sexuelle chez 233 victimes de traumatisme des membres inférieurs et du bassin. Baessler [6] rapporte également 7 dysfonctionnements sexuels chez 17 femmes sexuellement actives après fractures du bassin. Enfin, Copeland [7] rapporte aussi 21% de troubles urinaires et 48% de césariennes chez 123 femmes après fractures du bassin contre 7 % et 14% respectivement pour le groupe témoin avant traumatisme. Les traumatismes du bassin n'engendrent donc pas uniquement des troubles urinaires ou des troubles de la reproduction chez la femme mais également des dysfonctionnements sexuels dans des proportions similaires à l'impuissance sexuelle chez l'homme après fractures du bassin.

Cependant nous n'avons pas connaissance d'une difficulté mécanique d'intromission chez la femme après fracture du bassin. Du reste, notre patiente, longtemps inhibée par la pudeur, a longtemps occulté ses difficultés sexuelles, les exprimant plutôt par des douleurs, une station assise ou une marche prolongée pénibles. Ce n'est qu'après plusieurs visites, 2 opérations sur le bassin avec un résultat mitigé que cette jeune fille s'ouvre à nous pour avouer son problème principal : la difficulté d'intromission. La tentative de réduction du cal vicieux par ostéotomie et distraction par fixateur externe a été vaine. Nous nous sommes alors résolus à réaliser un simple évidement du cal par voie transvaginale pour permettre le passage du spéculum et partant plus tard du pénis. Nous n'avons pas connaissance de la pratique de cette intervention dans cette indication précise dans la littérature. Cependant, des pubectomies

partielles ou totales sont régulièrement réalisées en urologie. Leur but est d'optimiser l'exposition du segment distal de l'urètre [8, 9, 10], avec des pertes sanguines minimales [10], essentiellement dans le rétablissement de continuité pour les ruptures ou rétrécissements urétraux post-traumatiques [9, 10, 11, 12]. Pour notre cas, la résection économique à la gouge a permis de minimiser la perte sanguine et l'instabilité du bassin décriées par les urologues.

CONCLUSION :

L'ischiopubectomie inférieure partielle, technique de réalisation relativement simple par voie transvaginale nous semble une solution séduisante pour reperméabiliser un canal vaginal obstrué après fracture du bassin négligée. Ceci a abouti à la facilitation de l'intromission qui a changé la vie de cette patiente qui n'avait jamais connu une véritable vie sexuelle au paravent.

REFERENCES:

- Gibson GR. Impotence following fractured pelvis and ruptured urethra. *Br J Urol*, 42(1):86-88, 1970.
- Metze M, Tieman AH, Josten C. Male sexual dysfunction after pelvic fracture. *J Trauma*, 63(2):394-401, 2007.
- Malavaud B, Mouzin M, Tricoire JL, Gamé X, Rischmann P, Sarramon JP, Puget J. Evaluation of male sexual function after pelvic trauma by the International Index of Erectile Function. *Urology*, 55(6):842-6, 2000.
- Kiely N and Williams N. Sexual dysfunction in women following pelvic fractures with sacro-iliac disruption. *Injury*, 27(1):45-46, 1996.
- McCarthy ML, MacKenzie EJ, Bosse MJ, Copeland CS, Burgess AR. Functional status following orthopaedic trauma in young women. *J Trauma*, 39(5):828-36, 1995.
- Baessler K, Bircher MD, Stanton SL. Pelvic floor dysfunction in women after pelvic trauma. *BJOG*, 111(5):499-502, 2004.
- Copeland CE, Bosse MJ, McCarthy ML, MacKenzie EJ, Guzinski GM, Hash CS, Burgess AR. Effect of trauma and pelvic fracture on female genitourinary, sexual, and reproductive function. *J Orthop trauma*, 11(2):73-81, 1997.
- Middleton RG, Sutphin MD. Pubectomy in urological surgery. *J Urol*, 133(4): 635-7, 1985.
- De la Peña Zayas E, Esteva JF, Diaz RP, Alberto M, Martinez Romero MA, Dominguez HB. Pubectomy for repair of membranous urethral strictures. *J Urol*, 121(2):170-2, 1979.
- McAninch JW. Pubectomy in repair of membranous urethral stricture. *Urol Clin North Am*, 16(2):297-302, 1989.
- Golimbu M, al-Askari S, Morales P. Transpubic approach for lower urinary tract surgery: a 15-year experience. *J Urol*, 143(1):72-6, 199
- Khan AU, Furlow WL. Transpubic urethroplasty. *J Urol*, 116(4):447-50, 1976.