

Postpartum Simfizis Pubis Diyastazi

Postpartum Symphysis Pubis Diastasis

^{ID} Mevlide ŞAN KARAMAN^a, ^{ID} Nurşen KURTOĞLU AKSOY^a

^aSağlık Bilimleri Üniversitesi Bağırcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, TÜRKİYE

Bu çalışma, 16. Ulusal Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi (9-13 Mayıs 2018, Antalya)'nde poster olarak sunulmuştur.

ÖZET Simfizis pubis diyastazi; postpartum dönemde nadir görülen, ancak hayat kalitesini olumsuz etkileyen bir durumdur. Pubik aralık normalde 4-5 mm'dir, gebelikte salgılanan hormonlar ile 1-3 mm daha genişleyebilir. Pubik aralığın 10 mm'yi geçmesi durumunda semptomatik hâle gelir ve simfizis pubis diyastazi tanısı konulur. Çalışmamızda; 27 yaşında, 38. gebelik haftasında paritesi 2 olan ve doğum eylemi ek müdahale veya manevra uygulanmadan tamamlanan, distosi açısından bilinen maternal veya fetal risk faktörü bulunmayan bir hastada gelişen postpartum simfizis pubis diyastazi olgusunu sunduk. Postpartum geçmeyen pelvik ağrı ve yürüyememe şikâyetleri olan hastada, öncelikle simfizis pubis diyastazından şüphelenilmelidir. Tanı primer olarak klinik muayene ve pelvis anteroposterior direkt grafisi ile konulur, bununla birlikte klinik bulgular çok belirgin olduğunda pelvik görüntüleme olmadan da tanı koyulabilmektedir.

ABSTRACT Symphysis pubis diastasis is a rare condition that has an important role on the life of quality. Normally, pubic gap is about 4-5 mm length and it can be expanded approximately 1-3 mm cause of hormonal secretion. If the pubic gap exceeds 10 mm, it usually becomes symptomatic as pain, gait disorder and symphysis pubis diastasis is diagnosed. In this report, we present a 38 weeks gestation, 27-year-old woman that referred our clinic with spontaneous third labor and there is no fetal and maternal risk factors related to dystocia. Normal vaginal delivery was performed spontaneously without any maneuver. Postpartum persistent pelvic pain and waddling walk is characteristic for the symphysis pubis diastasis. Symphysis pubis diastasis is usually diagnosed by clinical examination and radiography. Clinical symptoms are usually characteristic so radiographic screening is not always needed.

Anahtar Kelimeler: Gebelik; postpartum; simfizis pubis diyastazi

Keywords: Pregnancy; postpartum; symphysis pubis diastasis

Pelvik eklem laksisitesi gebelikte fizyolojik olarak artar. Bu artış ilk trimesterde başlar, gebelik boyunca artarak devam eder ve postpartum 5 ay içinde normale döner. Bu durum, relaksin ve progesteron tarafından hormonal olarak sağlanır.¹⁻⁴ Normalde 4-5 mm olan pubik aralığın gebelik sırasında 1-3 mm artması fizyolojik ve asemptomatiktir. Pubik aralığın 10 mm'yi geçmesi durumunda semptomatik hâle gelir ve simfizis pubis diyastazi (SPD) tanısı konulur.⁵⁻⁷ SPD'nin gebelikteki insidansı literatürde 1/300-30.000 olarak bildirilir.^{1,2} Risk faktörleri arasında; multiparite, fetal makrozomi, baş pelvis uyumsuzluğu, doğumda forseps kullanılması, maternal bağ dokusu hastalıkları, hızlı doğum, zor doğum, daha

önce pelvik travma geçirmiş olması, doğumda McRoberts manevrası kullanılması ve bacakların hiperfleksiyonu ve epidural anestezi yer almaktadır.¹

En sık semptom, suprapubik bölgede postpartum başlayan akut ağrıdır. Suprapubik bölgede şişlik, yürüyememe, bacak, pelvis ve sırta yayılan ağrı da görülebilir. Ağrının özellikle oturma, yatakta dönme, yürüme ve merdiven çıkma sırasında artması tipiktir.^{1,8} Kalça fleksiyonunun ağrılı olması nedeni ile paytak yürüyüş görülebilir.² Tanı, geçmeyen semptomlar ve radyolojik görüntülemelerde pubik aralığın 10-13 mm'den daha fazla olması ile konulabilir. Tipik klinik bulguların varlığında tanı için radyolojik bulgu şart değildir.^{1,8}

Correspondence: Mevlide ŞAN KARAMAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağırcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, TÜRKİYE/TURKEY

E-mail: mevlidesan@gmail.com



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences.

Received: 30 Mar 2019

Received in revised form: 02 Dec 2019

Accepted: 16 Dec 2019

Available online: 25 Dec 2019

2146-9040 / Copyright © 2020 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

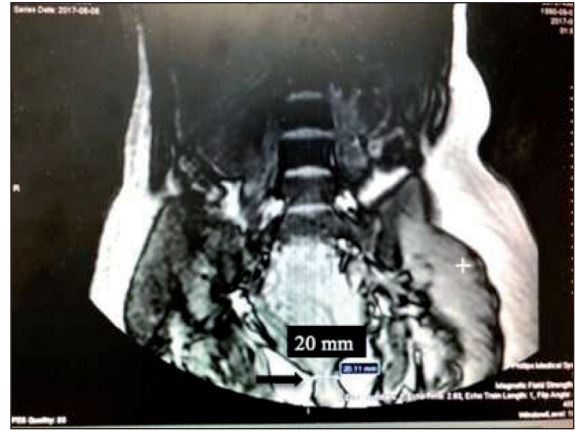
Literatürde, SPD'nin tedavisinde optimal yaklaşım ile ilgili farklı öneriler vardır.² Genel yaklaşım konservatiftir. Soğuk uygulama ve analjezikler ile ağrı kontrolü, yan pozisyonda yatak istirahati, pelvik destek ve kademeli egzersiz önerilir. Gerekirse pelvik fiksatorler kullanılabilir.^{2,8} Nonsteroid antiinflamatuar ilaç (NSAİİ)'lar ve opiyatlar ile azalmayan ağrıda intrasimfiziyal aralığa kortikosteroid ya da lidokain enjeksiyonu yapılabilir. Yirmi beş mm'nin üzerindeki diyastaz durumunda cerrahi müdahale gerekebilir. Genellikle ağrı 1 ay içinde geçer, pelvis ise 4-12 haftada normale dönmektedir.⁸

Biz bu çalışmada, herhangi bir risk faktörü bulunmayan bir olguda gelişen postpartum SPD'yi sunmayı amaçladık.

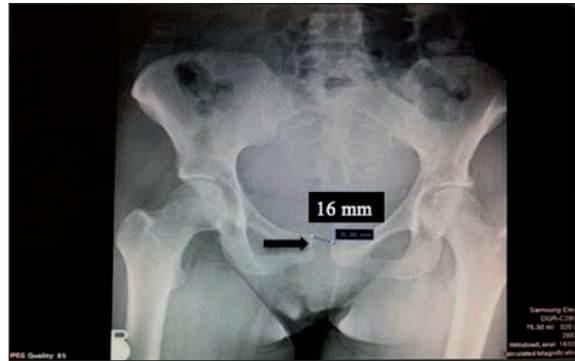
OLGU SUNUMU

Olgu sunumu için hastadan gerekli izin alınmıştır. Yirmi yedi yaşında, 3. gebeliği olan olgu, su gelişimi şikâyeti ile kadın hastalıkları ve doğum acil polikliniğine başvurdu. Beden kitle indeksi 27 kg/m² olan, 38. gebelik haftasındaki olgunun yapılan muayenesinde; servikal açıklık 4 cm, silinme %70 idi ve vajenden aktif, berrak amniyos mayi gelişimi izlendi. Obstetrik öyküsünde özellik olmayan olgunun medikal öyküsünde ailevi akdeniz ateşi hastalığı mevcuttu. Daha önceki gebeliklerine ait anormal obstetrik öyküsü yoktu. Olgu, yatışından sonra yaklaşık 6 saat içerisinde spontan vaginal doğum ile 3.970 g ağırlığında sağlıklı bir erkek bebek doğurdu. Doğum indüksiyonu uygulanmayan gebede, doğumun 2. evresinde doğuma yardımcı manevra veya operatif vajinal doğum uygulanmadı. Doğum sırasında ve erken postpartum dönemde komplikasyon gelişmedi. Postpartum 1. günde, olgunun özellikle yatakta dönerken ve kalkarken artan alt batin ağrısı şikâyeti başladı. Hastada paytak yürüme gözlemlendi, gittikçe artan ağrı nedeni ile yakınları olmadan ayağa kalkamamaya ve yürüyememeye başladı. Öz geçmişi dikkate alınarak etiyolojik araştırma için dâhiliye ve nöroloji konsültasyonu istendi. Ağrının özellikle lomber bölge ve simfizis pubis üstünde lokalize olması nedeni ile pelvik manyetik rezonans görüntüleme (MRG) istendi. MRG'de lomber sinir basısı düşündürülen bir bulgu yoktu, sakroiliyak eklem doğal görünümdeydi, ancak simfizis pubis aralığının

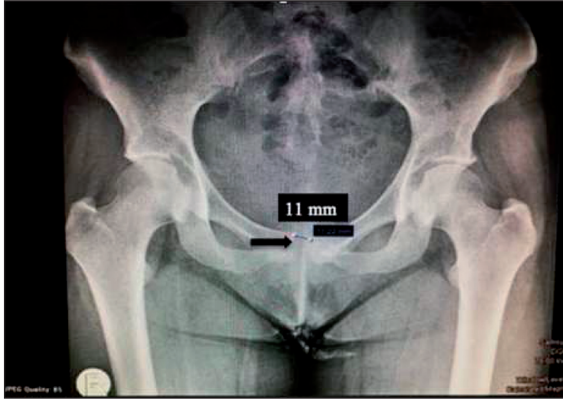
20 mm olduğu görüldü ve SPD tanısı konuldu (Resim 1). Doğum eyleminin sorunsuz geçmesi nedeni ile başlangıçta travmadan şüphelenilmeyen olgunun kliniğinde pelvik ağrı şikâyetinin giderek arttığı ve postpartum 3. günde tamamen yürüyememe şikâyetinin geliştiği gözlemlendi. MRG'de SPD olması nedeni ile ortopedi konsültasyonu istendi. Olgu analjezik, düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH), istirahat, egzersiz ve ortopedi poliklinik kontrolü ile taburcu edildi. Olgunun ağrı şikâyeti gerileyinceye kadar NSAİİ'ler ile analjezi sağlandı. Günde 2 defa en az 2 hafta boyunca karın duvarı ve pelvik taban kaslarını güçlendirici egzersizler önerildi. Takip amaçlı çekilen pelvik grafilerinde simfizis pubis aralığı 3 gün sonra 16 mm (Resim 2), 1 hafta sonra 11 mm (Resim 3), 1 ay sonra 5 mm (Resim 4) olarak ölçüldü. Olgunun ağrı ve yürüyememe şikâyetleri 2,5 ay sonra tamamen geriledi.



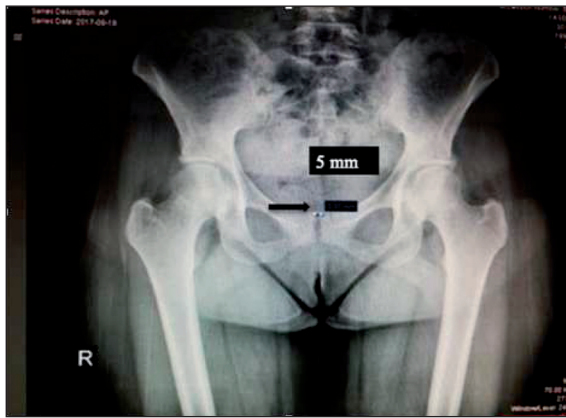
RESİM 1: Simfizis pubis diyastazı manyetik rezonans görüntülemesi (simfizis pubis aralığı 20 mm).



RESİM 2: 3 gün sonra çekilen pelvik grafi (simfizis pubis aralığı 16 mm).



RESİM 3: 1 hafta sonra çekilen pelvik grafisi (simfizis pubis aralığı 11 mm).



RESİM 4: 1 ay sonra çekilen pelvik grafisi (simfizis pubis aralığı 5 mm).

TARTIŞMA

Postpartum dönemde görülen ağrı; genellikle myometriyal kontraksiyon, genital traktüs laserasyonları, epizyotomi, vajinal hematoma bağlıdır ve uzun travay ya da zor doğum ile ilişkilidir. Bu ağrı genellikle spontan gerileme eğilimindedir ve analjeziklere yanıt verir. Ayırıcı tanıda; pelvik kemiklerde fraktür, sinir basısı, femoral ven trombozu, üriner sistem enfeksiyonları, round ligament ağrısı, pelvik inflamatuvar hastalık ve iskelet-kas sistemi hastalıkları yer alır.^{2,5}

Nadir görülen bir durum olan SPD, genel olarak multiparlarda görülür ve zor doğum ile ilişkilidir.

Postpartum dönemde başlayan akut ağrı, suprapubik hassasiyet ve şişlik, yürüyememe, bacak, pelvis ve sırtta yayılan, oturma, yatakta dönme, yürüme ve merdiven çıkma sırasında oluşan ve özellikle de hareketle artan ağrı gibi tipik semptomların olması ve

bu semptomların ilerleyici karakterde olması SPD'yi düşündürür.^{1,8} Komplikasyonsuz ve rahat bir doğum sonrası maternal travma düşünülmemesi tanıda gecikmeye sebep olabilir, ancak progresif ağrıda ortopedik durumlar ön planda tutulmalıdır.

Tanı primer olarak klinik muayene ve pelvis anteroposterior direkt grafisi ile konular, bununla birlikte klinik bulgular çok belirgin olduğunda pelvik görüntüleme olmadan da tanı koyulabilmektedir.^{1,8}

Görüntüleme MRG kullanarak simfizis pubis değerlendirilebildiği gibi, sakroiliyak eklem de değerlendirilebilir. MRG yumuşak doku yaralanmalarının, subkondral alandaki inflamasyonun ve kemik iliğinin değerlendirilmesinde diğer görüntüleme yöntemlerine göre oldukça avantajlıdır.^{2,9}

Postpartum pelvik halkadaki değişiklikleri inceleyen pek çok çalışmada MRG kullanılmıştır. Araştırmacılar, daha az radyasyona maruziyet, değişik planlardan dokunun incelenebilir olması ve yumuşak dokuyu daha iyi değerlendirebildikleri için MRG kullanmayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir.¹⁰⁻¹⁴

Tedavide genel olarak konservatif yaklaşım izlenir. Literatürde daha çok 25 mm'nin altında konservatif yaklaşım izlenmekle beraber, pelvik aralığın 31, 34, 54 mm genişlikte olduğu durumlarda da konservatif tedavi ile düzelme izlenen vakalar mevcut.^{2,5,15-19} Biz de analjezik, istirahat ve egzersiz gibi konservatif yaklaşımlarla 2,5 ayda olgunun görüntülenmesinde ve kliniğinde anlamlı düzelme izledik. Persiste eden ağrı ve pubik aralıktaki genişlemenin düzelmemesi gibi konservatif tedaviye yanıt alınmadığı düşünüldüğünde, sakroiliyak eklemde ayrılma izlendiğinde veya 25-40 mm'nin üzerinde diyastaz olması durumunda cerrahi müdahale gerekebilir (anterior veya posterior fiksasyon).^{1,2,9,20} Cerrahinin ve anestezinin komplikasyonlarından korunmak için mümkün olduğunca cerrahi tedaviden kaçınılmalıdır.⁵

Sonuç olarak; SPD birçok risk faktörü ile ilişkili olsa da risk faktörü bulunmayan hastalarda da görülebileceği unutulmamalıdır. Tipik klinik bulgular varlığında ayrıntılı tetkiklerden önce pelvis anteroposterior direkt grafisi yardımcı olabilir. Detaylı araştırmaya geçmeden başlangıç tetkiklerinden direkt grafisi kullanılarak tanıya ulaşılabilir. Özellikle

travma anamnezi olmayan hastalarda konservatif yaklaşımla tedavide başarı sağlanabilir. Sonraki gebeliklerde rekürrens oranı artmıştır, ancak normal doğum kontrendike değildir. Hasta, sonraki gebeliğinde tekrarlama riski ile ilgili bilgilendirilmelidir.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma

ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Bu çalışma hazırlanırken tüm yazarlar eşit katkı sağlamıştır.

KAYNAKLAR

- Shnaekel KL, Magann EF, Ahmadi S. Pubic symphysis rupture and separation during pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 2015;70(11):713-8. [Crossref] [PubMed]
- Herren C, Sobottke R, Dadgar A, Ringe MJ, Graf M, Keller K, et al. Peripartum pubic symphysis separation--current strategies in diagnosis and therapy and presentation of two cases. *Injury.* 2015;46(6):1074-80. [Crossref] [PubMed]
- Dietrichs E. Anatomy of the pelvic joints--a review. *Scand J Rheumatol Suppl.* 1991;88:4-6. [PubMed]
- Schneider H, Husslein P, Schneider KTM. *Die Geburtshilfe.* 2nd ed. Berlin: Springer Verlag; 2004. p.1112. [Crossref]
- Saeed F, Trathen K, Want A, Kucheria R, Kalla S. Pubic symphysis diastasis after an uncomplicated vaginal delivery: a case report. *J Obstet Gynaecol.* 2015;35(7):746-7. [Crossref] [PubMed]
- Björklund K, Bergström S, Nordström ML, Ulmsten U. Symphyseal distention in relation to serum relaxin levels and pelvic pain in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2000;79(4):269-75. [Crossref] [PubMed]
- MacLennan AH, MacLennan SC. Symptom-giving pelvic girdle relaxation of pregnancy, postnatal pelvic joint syndrome and developmental dysplasia of the hip. The Norwegian Association for Women with Pelvic Girdle Relaxation (Landforeningen for Kvinner Med Bekkenløsningssplager). *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1997;76(8):760-4. [Crossref] [PubMed]
- Bernas BL (author), Lockwood CJ (section editor), Eckler K (deputy editor). *Musculoskeletal changes and pain during pregnancy and postpartum.* UpToDate; 2017. [Link]
- Jain S, Eedarapalli P, Jamjute P, Sawdy R. Symphysis pubis dysfunction: a practical approach to management. *The Obstetrician & Gynaecologist.* 2006;8:153-8. [Crossref]
- Kurzel RB, Au AH, Rooholamini SA, Smith W. Magnetic resonance imaging of peripartum rupture of the symphysis pubis. *Obstet Gynecol.* 1996;87(5 Pt 2):826-9. [PubMed]
- Wurdinger S, Humsch K, Reichenbach JR, Peiker G, Seewald HJ, Kaiser WA. MRI of the pelvic ring joints postpartum: normal and pathological findings. *J Magn Reson Imaging.* 2002;15(3):324-9. [Crossref] [PubMed]
- Agten CA, Metzler C, Roskopf AB, Zanetti M, Binkert CA, Prentl E, et al. MR imaging of pubic symphysis after uncomplicated vaginal delivery and planned caesarean delivery in the first postpartum week. *Clin Imaging.* 2019;56:58-62. [Crossref] [PubMed]
- Miller JM, Brandon C, Jacobson JA, Low LK, Zielinski R, Ashton-Miller J, et al. MRI findings in patients considered high risk for pelvic floor injury studied serially after vaginal childbirth. *AJR Am J Roentgenol.* 2010;195(3):786-91. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Shi M, Shang S, Xie B, Wang J, Hu B, Sun X, et al. MRI changes of pelvic floor and pubic bone observed in primiparous women after childbirth by normal vaginal delivery. *Arch Gynecol Obstet.* 2016;294(2):285-9. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Baykuş Y, Kumbak B, Deniz R, Kavak B, Çelik H, Gürateş B. Diastasis of the symphysis pubis following normal vaginal delivery: case report and review of the literature. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst.* 2010;20(6):395-8.
- Sönmez MM, Uğurlar M, Yapıcı Uğurlar Ö, Keleş A, Eren OT. [Symphysis pubis diastasis after difficult birth: a case report]. *Ş.E.E.A.H Tıp Bülteni.* 2017;51(1):88-90.
- Demirkale I, Tecimel O, Bozkurt N, Bozkurt M. Separation of the symphysis pubis in a spontaneous vaginal labour. *Injury Extra.* 2008;39:59-61. [Crossref]
- Khorashadi L, Petscavage JM, Richardson ML. Postpartum symphysis pubis diastasis. *Radiol Case Rep.* 2011;6(3):542. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Cowling PD, Rangan A. A case of postpartum pubic symphysis diastasis. *Injury.* 2010;41(6):657-9. [Crossref] [PubMed]
- Hagen R. Pelvic girdle relaxation from an orthopaedic point of view. *Acta Orthop Scand.* 1974;45(4):550-63. [Crossref] [PubMed]