



"Docteur, c'est gonflé et je
n'arrive plus à m'asseoir" :
bartholinite ou abcès de lèvres
?

Dr Laura MIQUEL
CHU de la Conception
Marseille

Rappels anatomiques

- Glandes vestibulaires majeures
- Paires et symétriques
- Allongées et aplaties en forme d'amande
- 10 à 15 mm de grand axe
- Profondément situées dans le tiers postérieur du vestibule
- De part et d'autre de l'anneau hyménéal
- La lubrification nécessaire pour la qualité des rapports vaginaux assurée par transsudation vaginale
- Absence des glandes de Bartholin n'est pas source de sécheresse vaginale ou d gêne sexuelle

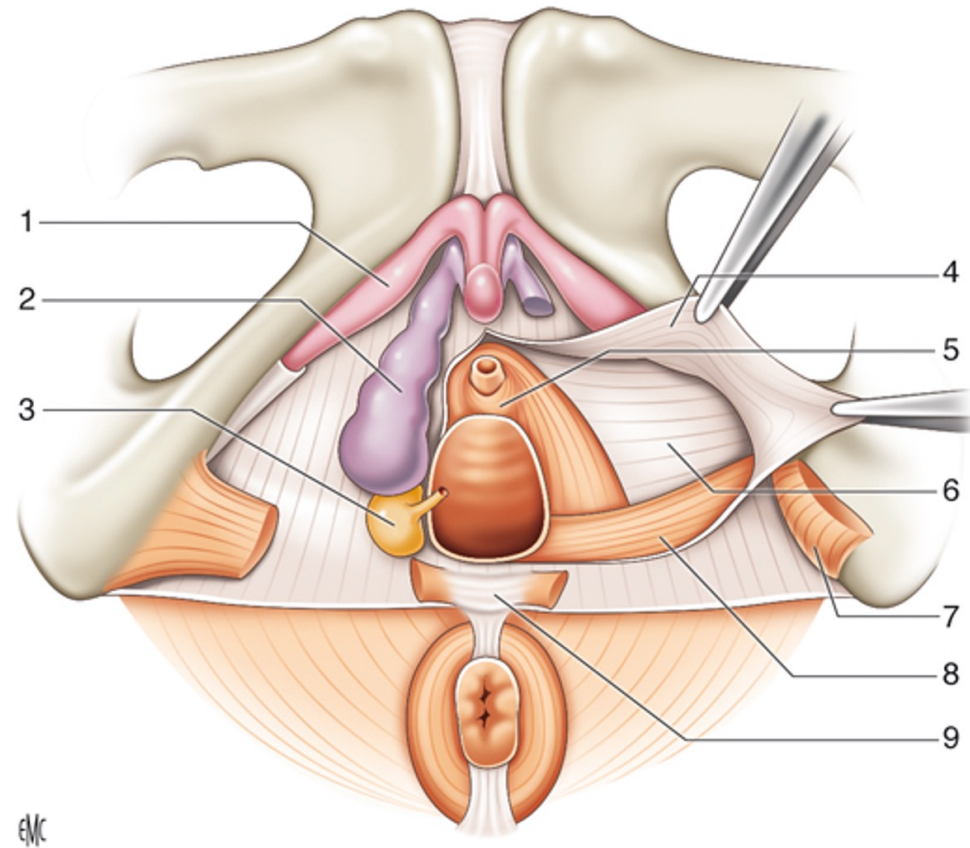


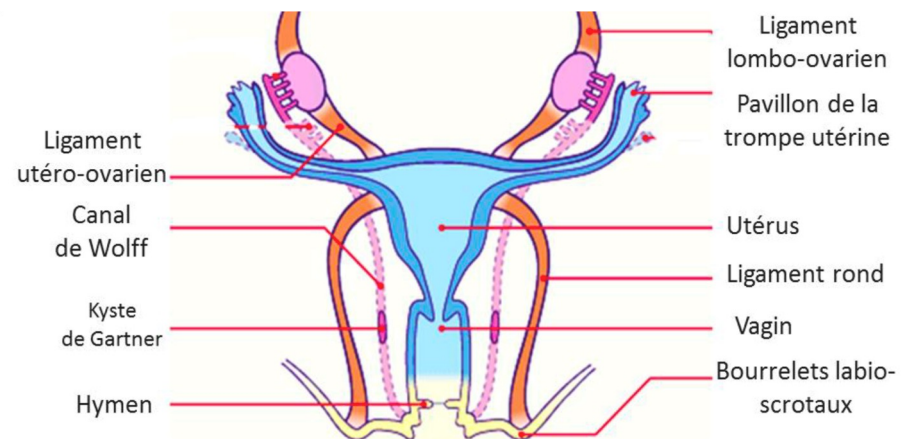
Figure 1 Périnée antérieur : vue inférieure. 1. Corps caverneux ; 2. bulbe vestibulaire ; 3. glande de Bartholin ; 4. fascia inférieur du diaphragme urogénital ; 5 sphincter externe de l'urètre ; 6 fascia supérieur du diaphragme urogénital ; 7. muscle transverse superficiel ; 8. muscle transverse profond ; 9. centre tendineux du périnée.

Autres lésions kystiques du vagin : Kystes mucineux

- Situation antérolatérale
- Épithélium glandulaire mucosécrétant
- 1 et 7 cm
- Souvent paucisymptomatiques
- Origine mullérienne
- S'apparenteraient aux kystes comprenant des épithéliums différents mais de même origine (épithélium glandulaire endocervical, endométrial ou tubaire)
- Secondaires au recouvrement d'un épithélium mullérien par l'épithélium malpighien lors de l'embryogenèse
- Certains de ces kystes correspondent probablement à des localisations atypiques de kystes des glandes de Bartholin ce qui expliquerait la récurrence lorsque le traitement est uniquement localisé sur la formation kystique

Autres lésions kystiques du vagin : Kystes des canaux de Gartner (kystes wolfiens)

- Localisation antérolatérale
- Reliquats des canaux de Wolff
- Peuvent être associés à un abouchement d'urètre ectopique, des hypoplasies ou agénésies rénales
- Peuvent être volumineux et évoquer un diverticule de l'urètre Bartholin ce qui expliquerait la récurrence lorsque le traitement est uniquement localisé sur la formation kystique



Autres lésions kystiques du vagin : Kystes endométriosiques

- Siègent le long de la paroi vaginale
- Aspect bleuté, liquide caractéristique d'aspect chocolat
- Lésions sont isolées ou associées à d'autres lésions d'endométrioses
- Lésions le plus souvent uniquement kystiques de la paroi vaginale sans invasion profonde

Autres lésions kystiques du vagin : Diverticules urétraux

- Diagnostic différentiel puisque lésion urétrale
- Recherche les “3 D” : dyspareunie, dysurie et *postvoid dribbling* (écoulement postmictionnel)
- Formation kystique antérieure dont l'expression peut entraîner un écoulement urétral
- Traitement chirurgical uniquement dans les formes gênantes
- Incontinence urinaire souvent associée
- Imagerie pour préciser les rapports entre la formation kystique et l'arbre urinaire (IRM)
- Si récurrence d'un kyste muqueux malgré une exérèse complète, il faut suspecter une pathologie de la glande de Bartholin et réaliser le traitement de celle-ci en cas de deuxième chirurgie
- La présence d'une formation kystique antérieure doit faire évoquer jusqu'à preuve du contraire un diverticule urétral

Autres lésions kystiques du vagin : Abscess de lèvres

- Localisations diverses
- Généralement centrées sur un poil (folliculite)
- Secondaire à un rasage ou épilation
- Facteurs de risque
 - Diabète
 - Tabac
 - Mauvaise hygiène
 - Obésité

Quels premiers conseils ?

Antalgie

- Antalgie de palier adapté à la douleur
 - Paracétamol
 - Tramadol
 - Néfopam
 - Poudre d'opium (Izalgi / Lamaline)
 - Glace et bains de siège
- Gel de lidocaïne
 - Souvent prescrit
 - Peu efficace en pratique
- Pas de toilette à la Bétadine



Anticiper les questions

- Arrêt de travail, surtout si patiente souvent assise (impotence fonctionnelle parfois majeure, impossibilité de marcher ou de s'asseoir)
- Ne pas minimiser l'impact de la pathologie dans la vie quotidienne de la patiente
- Pathologie fréquente 1-3% des femmes
 - Pas de rapport avec mauvaise hygiène
 - Pas de lien retrouvé avec facteurs de risque (tabac, diabète...)
 - Aucun rapport avec le type d'activité sexuelle
 - Aucun rapport avec une IST
 - Forte possibilité de récurrence



Quelle CAT au cabinet :
antibiotiques ?
Quelle surveillance ?

Collection ?

- Principale orientation thérapeutique
- Si non collecté
 - Pyostacine 1g 3x/jours
 - Antalgiques de palier adapté à la douleur
 - Arrêt de travail
 - Reconvocation à 48h00 pour réévaluation



Si ponction accessible au cabinet

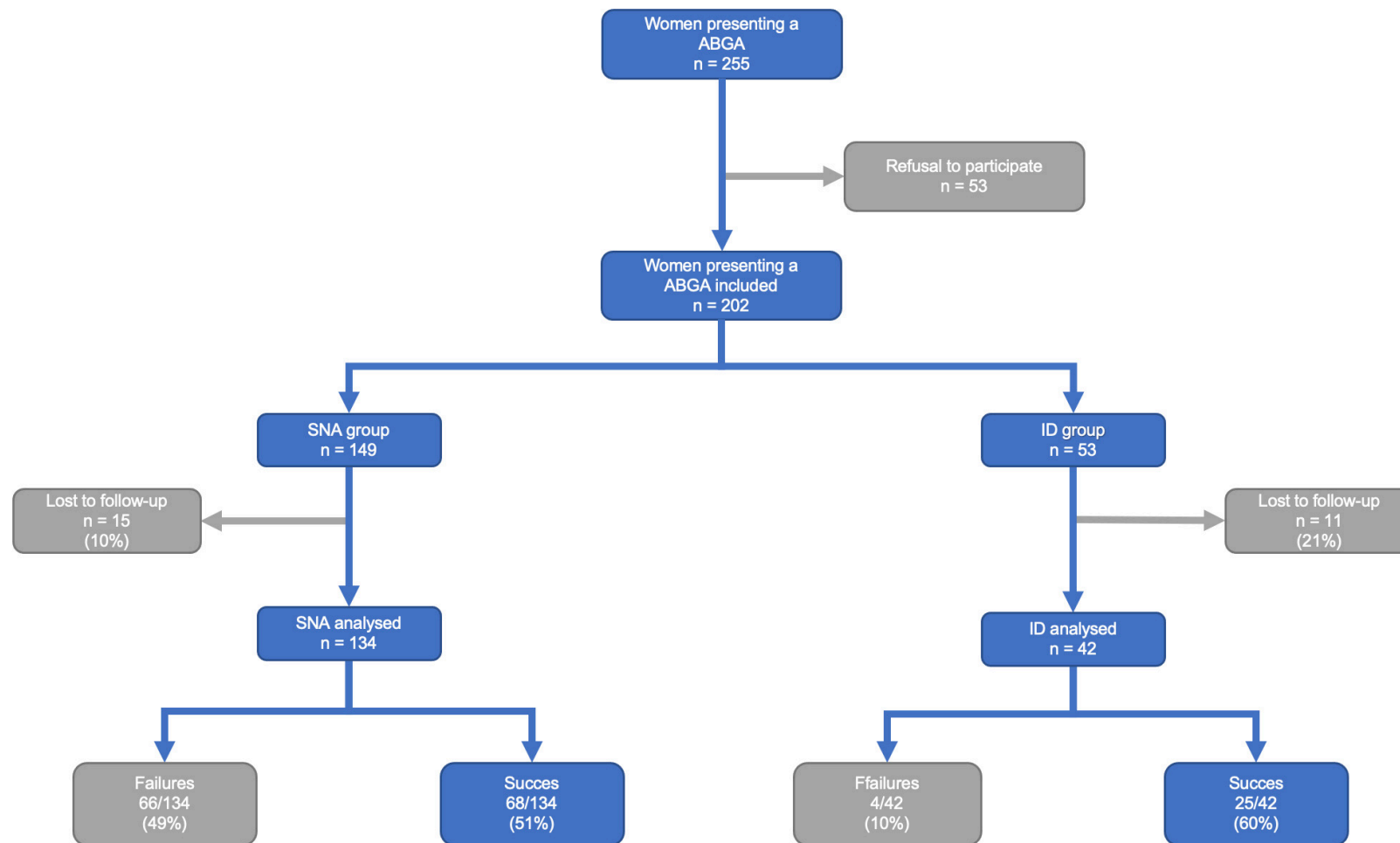
- Proposition de ponction sous AL
- Matériel nécessaire
 - Anesthésie locale : Xylocaïne Spray
 - Désinfection cutanéomuqueuse (Bétadine jaune)
 - Ponction à l'aiguille (rose) et seringue de 20 cc
 - Prélèvement bactériologique





Etude du service : « Acute Bartholin's Gland Abscess Treatment by Simple Needle Aspiration: A Prospective Cohort Study »

- Objectif : évaluer les taux de succès de la ponction à l'aiguille vs. incision drainage
- Design
 - Cohorte prospective au CHU de La Conception, Marseille
 - 202 patientes incluses entre juin June 2013 et octobre 2017
 - 2 groupes ponction à l'aiguille vs. incision drainage selon les préférences des patientes
 - Succès = absence de traitement chirurgical à un an
- Résultats
 - Taux de **succès** après ponction 68/134 = **51%** (95% CI: 42-59%)
 - Taux de succès similaire après ponction vs. incision drainage => 68/134 (51%) vs. 25/42 (60%) (RR: 0.85, 95% CI: 0.63-1.15, p=0.3).



Satisfaction et douleurs

- Groupe ponction à l'aiguille
 - 122/134 (91%) femmes ont rempli le questionnaire de satisfaction
 - 99/122 (**81%**) femmes étaient **satisfaites** de la ponction à l'aiguille et la répèterait si nécessaire
 - 60 femmes ont rempli le questionnaire douleur
 - La douleurs Moyenne pendant la ponction était plus élevée que la douleur spontanée due à la bartholinite (71.0 ± 26.8 vs. 65.0 ± 22.0 ; $p = 0.04$)
 - La douleur résiduelle était plus faible que la douleurs spontanée due à la bartholinite (23.3 ± 22.1 vs. 65.0 ± 29.2 ; $p < 0.0001$ et 23.3 ± 22.1 vs. 71.0 ± 26.8 ; $p < 0.0001$).



Conclusion

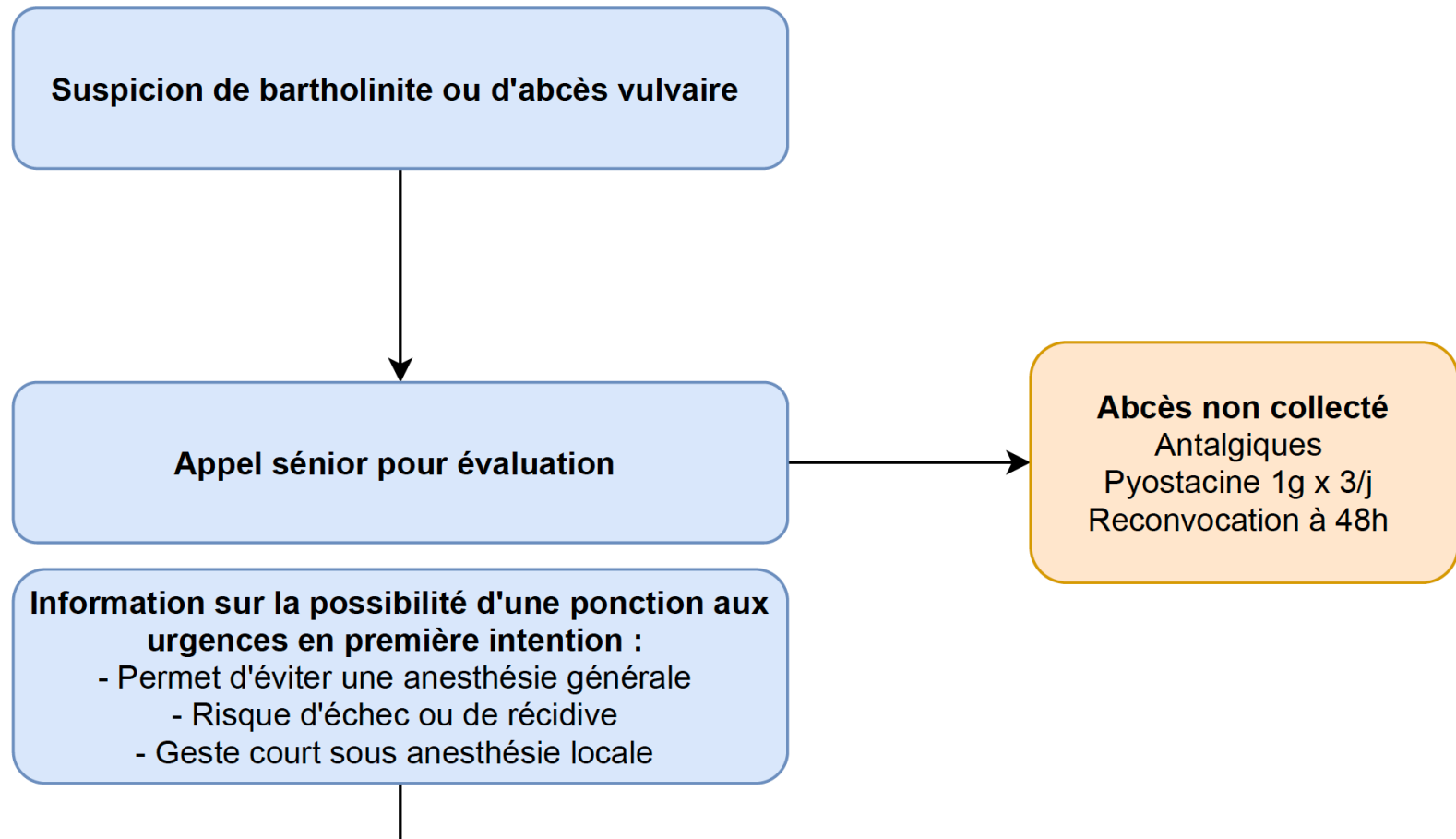
- Ponction évite le recours à la chirurgie dans la moitié des cas
- Bien acceptée par les patientes
- Prémédication par Néfopam / palier 2 avant le geste ?

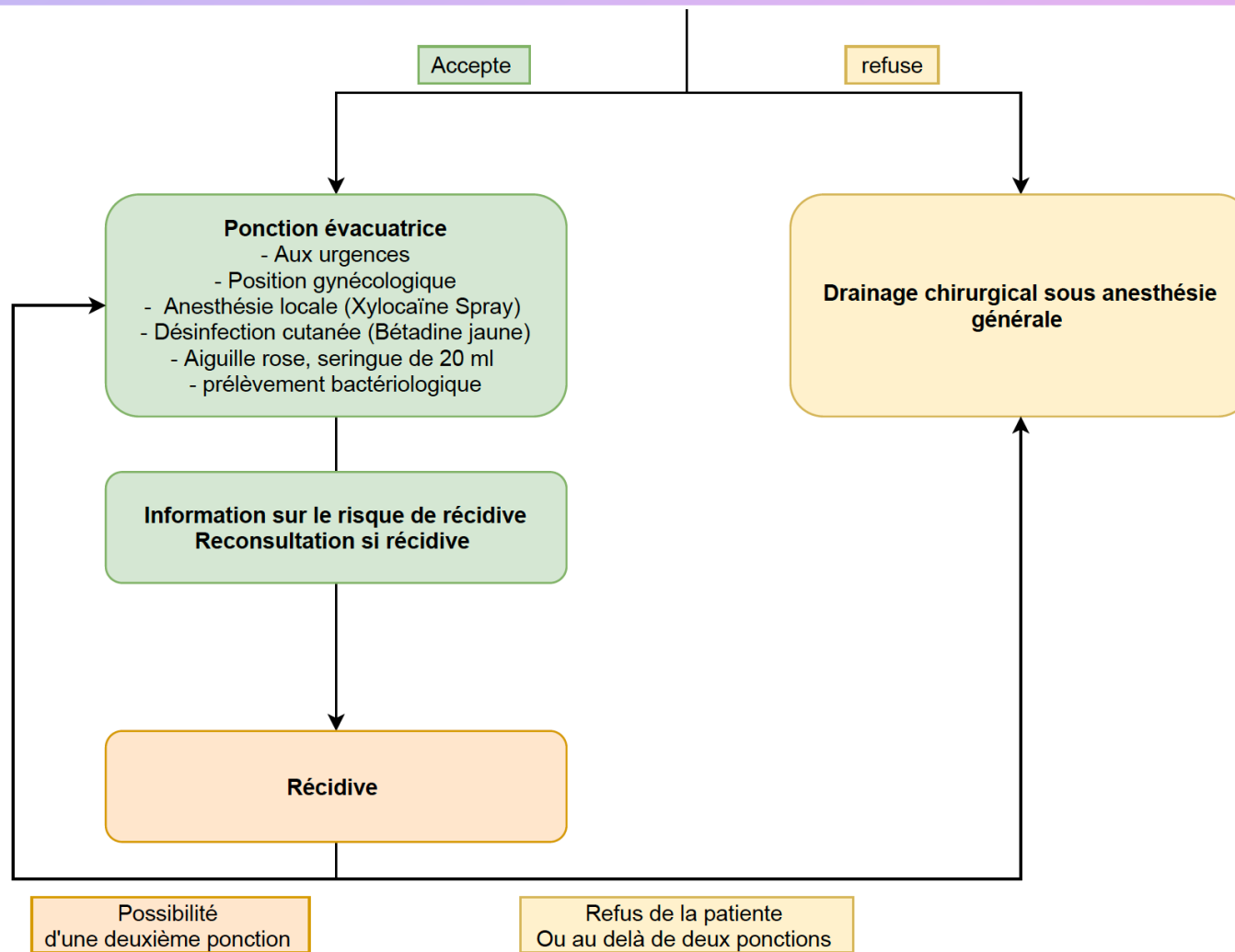
Quand envoyer aux urgences ?

Ponction non possible

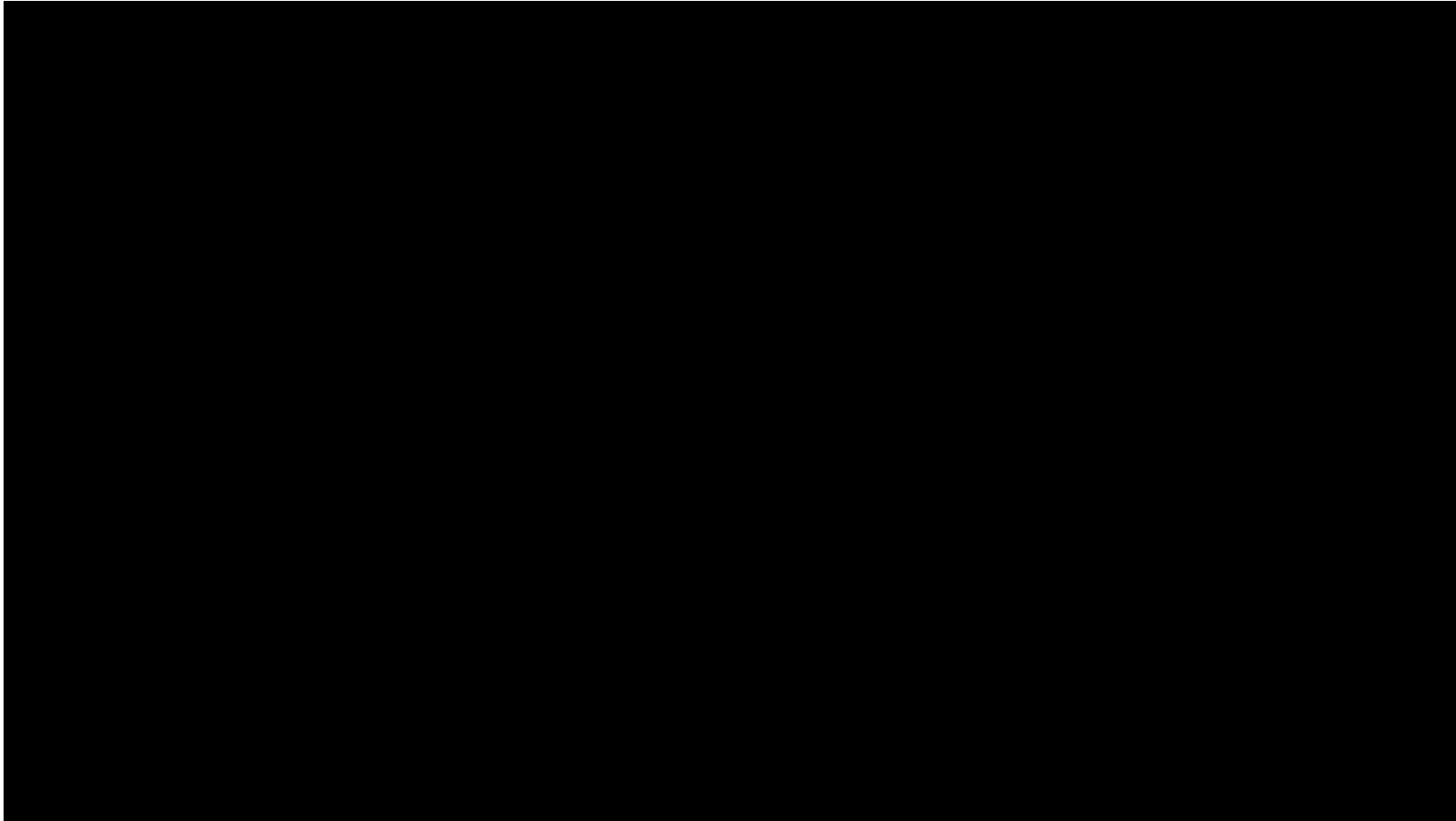
- Matériel non disponible au cabinet
- Pas de formation à la petite chirurgie
- Pas de créneau disponible
- Refus de la ponction par la patiente

Protocole du service du CHU conception à Marseille





Technique de drainage



Technique de drainage



Conclusion

- Bartholinite pathologie fréquente, invalidante
- Orientation vers un traitement minimal invasif
- Prise en charge initiale au cabinet possible
- Ne pas minimiser l'impact de la pathologie sur la qualité de vie des patientes
- Savoir adresser à l'hôpital quand nécessaire

Merci de
votre
attention



Références

- A. Agostini, M. Provansal. Traitement chirurgical des lésions de la glande de Bartholin et lésions bénignes du vagin. EMC - Techniques chirurgicales - Gynécologie 2010;1-7 [Article 41-858].
- Berger MB, Betschart C, Khandwala N, DeLancey JO, Haefner HK. Incidental bartholin gland cysts identified on pelvic magnetic resonance imaging. Obstet Gynecol. 2012;120:798–802.
- Pundir J, Auld BJ. A review of the management of diseases of the Bartholin's gland. J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol. 2008;28:161–5.
- Cardaillac C, Dochez V, Gueudry P, et al. Surgical management of Bartholin cysts and abscesses in French university hospitals. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2019;48:631–5.
- Reif P, Ulrich D, Bjelic-Radisic V, Häusler M, Schnedl-Lamprecht E, Tamussino K. Management of Bartholin's cyst and abscess using the Word catheter: implementation, recurrence rates and costs. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2015;190:81–4.
- Illingworth B, Stocking K, Showell M, Kirk E, Duffy J. Evaluation of treatments for Bartholin's cyst or abscess: a systematic review. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2020;127:671–8.
- Ozdegirmenci O, Kayikcioglu F, Haberal A. Prospective Randomized Study of Marsupialization versus Silver Nitrate Application in the Management of Bartholin Gland Cysts and Abscesses. J Minim Invasive Gynecol. 2009;16:149–52.
- Cobellis PL, Stradella L, De Lucia E, et al. Alcohol sclerotherapy: a new method for Bartholin gland cyst treatment. Minerva Ginecol. 2006;58:245–8.
- Wechter ME, Wu JM, Marzano D, Haefner H. Management of Bartholin duct cysts and abscesses: a systematic review. Obstet Gynecol Surv. 2009;64:395–404.
- Al Wattar BH, Khan KS. Upgrading Bartholin's abscess management using novel technologies? A challenge for generating knowledge through research that translates well. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2020;127:679.
- Cheetham DR. Bartholin's cyst: marsupialization or aspiration? Am J Obstet Gynecol. 1985;152:569–70.
- Poma PA. Bartholin's duct abscess: office management. Proc Inst Med Chic. 1982;35:85–6.
- Van Bogaert LJ. Management of Bartholin's abscess. World Health Forum. 1997;18:200–1.