

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
Médicale**

—

**Volume 2007
publié le 12.12.2007**



*TRENTE ET UNIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2007*

Conduite à tenir devant une bartholinite

P. DESCAMPS ¹, A.C. RACINE-THIBAUD ¹, G. EGLIN ²,
L. CATALA ¹, C. LEFÈVRE-LACOEUILLE ¹,
L.SENTILHES, CH. JEANNERET-GROSJEAN ¹,
T. JALLE ¹, M. MEZZADRI ¹
(Angers, Béziers)

INTRODUCTION

La bartholinite aiguë est une inflammation localisée de la glande de Bartholin ou de son canal excréteur dilaté. Les kystes et les abcès de la glande de Bartholin représentent la pathologie kystique infectieuse la plus fréquente de la région vulvaire. Deux pour cent des femmes développeront un kyste ou un abcès de la glande de Bartholin au cours de leur vie [11].

RAPPEL ANATOMIQUE

La glande de Bartholin a pris son nom de l'anatomiste danois Gaspard Bartholin (1655-1738), il s'agit de deux glandes hormonodépendantes qui participent à la lubrification du vagin lors de rapports sexuels. De forme allongée et aplatie, mesurant environ 10 à 15 mm

1 Pôle Gynécologie-Obstétrique - CHU Angers - 49933 ANGERS Cedex 9

2 Clinique Champeau - 32 avenue Enseigne Albertini - 34500 BEZIERS

de grand axe, elles sont situées en profondeur dans le tiers postérieur du vestibule, de part et d'autre de l'anneau hyménéal. La vascularisation est assurée par l'artère bulbaire et l'artère périnéale superficielle, branche de l'artère honteuse interne. Le retour veineux est assuré par un riche réseau plexiforme à la face externe de la glande.

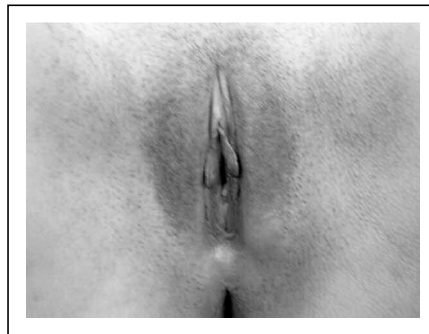
Le canal excréteur de la glande de Bartholin mesure 2 cm, il émerge de la face interne de la glande et se jette dans le sillon nymphohyménéal à l'union de son tiers postérieur et de son tiers moyen.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Les abcès sont trois fois plus fréquents que les kystes, plus particulièrement entre 20 et 29 ans, et notamment chez les nulligestes et les patientes diabétiques [16].

Le diagnostic repose sur la présence d'une tuméfaction vulvopérinéale douloureuse, lancinante, spontanément unilatérale, bien visible à l'inspection, responsable d'une déformation unilatérale périnéale postérolatérale, rouge, chaude (figures 1, 2). La palpation de cette masse objective une douleur élective et une masse fluctuante.

Figure 1. Bartholinite aiguë gauche : Tuméfaction postérolatérale gauche érythémateuse



Il y a peu de diagnostics différentiels du fait de la topographie caractéristique de la glande de Bartholin. On distingue le diagnostic de bartholinite des autres complications infectieuses de la vulve telles que :

Figure 2. Bartholinite aiguë gauche : Tuméfaction postérolatérale gauche érythémateuse



1. Le kyste pilonidal : granulome inflammatoire centré sur des débris pilaires, situé dans la région clitoridienne ou sur le mont-de-Vénus.
2. Le kyste épidermoïde inflammatoire situé sur les petites ou grandes lèvres, très superficiel.
3. L'abcès de la cloison recto-vaginale secondaire à une infection d'une crypte anale, la tuméfaction est alors plus postéro-interne épargnant la grande lèvre.

En l'absence de traitement, la bartholinite finit par se fistuliser à la peau mais souvent le drainage est insuffisant et nécessite un complément chirurgical.

GERMES EN CAUSE

L'infection de la glande de Bartholin provient d'une infection ascendante par voie canalaire.

Il s'agit de germes d'origine vaginale (sexuellement transmissibles) comme le gonocoque, *Chlamydia trachomatis* ou mycoplasme, ou d'origine digestive tels que les entérobactéries, l'entérocoque, l'*Escherichia coli* ou encore des anaérobies. L'évolution des pratiques sexuelles a modifié l'écologie des abcès de la glande de Bartholin, avec une prédominance relative des bactéries d'origine digestive par diminution des germes des infections sexuellement transmissibles. Contrairement aux années 1960-1970, *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis* sont

responsables de bartholinites essentiellement en cas de co-infection à VIH [8].

Il est également rapporté des bartholinites compliquant la chirurgie vulvovaginale, pouvant atteindre 1 à 2 % (notamment en cas de colporrhée postérieure sans erreur technique, probablement par ensemencement rétrograde du canal de la glande de Bartholin) [17].

Il peut s'agir d'une surinfection d'un kyste préexistant du canal excréteur ou d'une infection *de novo* de la glande elle-même. Le kyste du canal excréteur est dû à une obstruction du canal lui-même, cette dernière peut provenir d'un rétrécissement congénital ou post-infectieux, de sécrétions glandulaires trop épaisses, d'autres invoquent le traumatisme d'un accouchement ou de l'épisiotomie.

Le plus souvent il s'agit d'une infection polymicrobienne à prédominance d'anaérobies.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Le diagnostic est principalement clinique. Les prélèvements bactériologiques réalisés au niveau du site de l'infection sont obligatoires.

Il pourra être réalisé chez les sujets à risques (jeunes patientes, multipartenaires sexuels) la recherche de germes des maladies sexuellement transmissibles tels que les sérologies HIV, VHC, VHB, syphilis.

La recherche de germe chez le partenaire est à réévaluer en fonction de la nature du germe retrouvé et sera alors réalisée si nécessaire.

TRAITEMENT

1. Premier épisode

Mise à plat chirurgicale de l'abcès +/- marsupialisation

Cela consiste à inciser la muqueuse vestibulaire verticalement dans le sillon nymphohyménéal. On peut également inciser sur le dôme saillant de la glande (figure 3). Si l'abcès est déjà fistulisé, il suffit d'élargir suffisamment l'orifice du drainage. Un prélèvement bactériologique du pus doit être effectué (figure 4). L'abcès est alors largement ouvert, les logettes sont effondrées au doigt (figure 5). Un lavage abondant de

CONDUITE À TENIR DEVANT UNE BARTHOLINITE

Figure 3. Traitement chirurgical - Premier temps : Incision verticale de l'abcès au niveau du sillon nymphohyménéal



Figure 4. Traitement chirurgical - Deuxième temps : Drainage - Prélèvement bactériologique



Figure 5. Traitement chirurgical - Troisième temps : Effondrement des logettes



la cavité de l'abcès est effectuée avec une solution antiseptique et un drainage est laissé en place 24 à 48 heures tel qu'une mèche iodoformée ou une lame de type Delbet (figures 6 et 7).

Figure 6. Traitement chirurgical - Quatrième temps : Lavage de la cavité abcédée

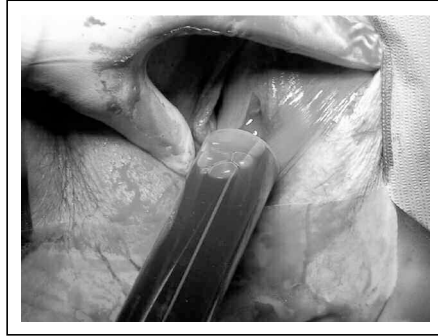


Figure 7. Traitement chirurgical - Cinquième temps : Mise en place d'une mèche iodoformée



Pour limiter le risque de récurrence, la technique de marsupialisation peut être proposée.

Elle consiste à suturer la paroi de l'abcès à la muqueuse vestibulaire environnante. La marsupialisation a l'inconvénient d'exposer davantage aux douleurs cicatricielles. D'autres préfèrent revoir la patiente à distance de l'incision drainage et réaliser un geste complémentaire type marsupialisation ou exérèse à froid s'il persiste une

tuméfaction résiduelle significative. Le taux de récurrences est le même qu'il y ait marsupialisation ou pas.

Une antibioprophyllaxie est conseillée en cours d'intervention chirurgicale en une injection intraveineuse, une antibiothérapie au long cours n'est pas nécessaire, en cas d'infection locorégionale étendue, elle peut se discuter. La prescription d'antalgiques voire d'anti-inflammatoires est souhaitable.

L'antibiothérapie n'est et ne doit rester qu'un traitement complémentaire à la chirurgie.

La sortie de la patiente peut être autorisée au bout de 24 ou de 48 heures, des soins infirmiers sont organisés, ceux-ci veillent à ce que l'orifice de drainage ne se referme pas trop vite.

Le taux de récurrences de la bartholinite est évalué entre 10 et 15 % après un premier épisode, et certains auteurs proposent d'emblée à distance du premier épisode infectieux une exérèse de la glande. À partir de plusieurs épisodes infectieux, l'exérèse de la glande est indiscutable.

La ponction de l'abcès peut soulager la douleur de la patiente en attendant le geste chirurgical adapté, elle ne fait pas partie des traitements.

2. Récurrences

Le traitement consiste à effectuer l'exérèse du kyste et de la glande de Bartholin sous anesthésie générale.

L'incision est faite sur le dôme saillant de la glande ou le sillon nymphohyménéal. La dissection se réalise au contact du kyste et de la glande, l'hémostase est réalisée pas à pas.

La dissection est facile en superficie, elle est plus délicate en dehors en raison des rapports avec le bulbe et en profondeur en raison des pédicules vasculaires. En dernier, on entreprend la dissection de la face vaginale pour ne pas sectionner le canal excréteur qui viderait alors la glande. En arrière, il demeure le danger du rectum qui demeure proche. L'exérèse terminée, l'hémostase est soigneusement complétée. La cavité est capitonnée par des points. On peut laisser une mèche vaginale 24 heures afin de comprimer la région et d'éviter un saignement secondaire. En cas de bartholinite chronique, une lame de drainage doit être laissée en place 48 heures. Les complications les plus fréquentes sont hémorragiques, infectieuses. L'ablation de la ou des deux glandes de Bartholin n'entraînent pas de séquelles en termes de lubrification vaginale.

La difficulté opératoire est principalement de ne pas léser le kyste pendant la dissection, ce qui rend cette dernière difficile.

G. Eglin propose une technique d'excision de la glande de Bartholin qui vise à améliorer 3 points : faciliter la dissection de la glande et les hémostases, réduire les douleurs postopératoires et diminuer l'inconfort du drainage. L'anesthésie générale est complétée par un bloc honteux réalisé par voie transglutéale de manière à éviter de passer en zone infectée.

Le contenu du kyste ou de l'abcès est aspiré à l'aiguille, adressé en bactériologie et remplacé par une quantité égale de Bétadine®. Il réalise une incision vestibulaire verticale en regard de la tuméfaction et il introduit une sonde urinaire N° 12 dont il aura, au préalable, coupé la partie distale du cathéter, puis le ballonnet est gonflé pour lui donner une parfaite sphéricité. Il dissèque aux ciseaux fins en restant au contact strict de la paroi (figure 8). Cet artifice chirurgical permet de cliver précisément le kyste et de diminuer les difficultés du geste opératoire.

Figure 8. Variante de technique chirurgicale - Dissection au contact du kyste dont le contenu a été remplacé par une sonde urinaire



3. Alternatives à la chirurgie

Le laser : après avoir incisé la glande abcédée, on vaporise la paroi du kyste au laser CO₂. Ce geste a l'avantage de ne pas être hémorragique, mais laisse en place une cavité résiduelle et le risque de récurrence est équivalent à la marsupialisation.

D'autres techniques ont été décrites [1, 2, 5, 10, 13, 14] : mise en place d'un cathéter de Word (ballonnet gonflable introduit après incision et laissé en place pendant un mois), application intracavitaire de nitrate d'argent, fenestration large de la paroi de l'abcès, curetage intracavitaire, sclérothérapie à l'alcool. Toutes ces méthodes, illustrées par de petites séries dans la littérature, ne sont pas validées pour la pratique quotidienne.

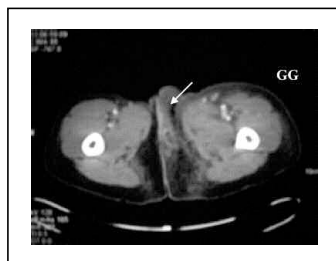
ÉVOLUTION

Le plus souvent, il s'agit d'une pathologie bénigne qui bien traitée évolue favorablement. La première complication est la récurrence estimée entre 5 à 15 % après marsupialisation ou drainage [9] et dans ce cas il est proposé une exérèse de la glande et de son canal.

Plus rarement (moins de 5 %) peuvent survenir des hématomes, des septicémies, des cellulites ou fasciites de la fesse, et à long terme des douleurs chroniques ou des dyspareunies. Hamilton a décrit récemment comme complication de l'abcès de la glande de Bartholin une fistule recto-vaginale [7].

Certains auteurs [12] ont rapporté le cas d'une fasciite nécrosante après mise à plat d'une bartholinite par incision-drainage chez une femme âgée de 34 ans. La fasciite nécrosante du périnée est un processus infectieux rare et grave. Elle est caractérisée par une inflammation progressive et une nécrose extensive du tissu sous-cutané envahissant le fascia et les tissus adjacents (figure 9). Son taux de mortalité est estimé à 20 %. Les prélèvements bactériologiques chez cette

Figure 9. Coupe de TDM - Infiltration de la graisse périnéale prédominant au niveau de la grande lèvre gauche avec présence de bulles d'air évoquant une infection à anaérobies (flèche).



patiente avaient isolé un streptocoque A, un *Proteus mirabilis*, un *Escherichia coli* et un *Candida albicans*. Une antibiothérapie précoce à large spectre avait été instaurée par voie intraveineuse associée à un débridement de tous les tissus nécrosés qui doit alors être réalisé en urgence. Le traitement postopératoire a consisté à des pansements itératifs coordonnés aux traitements complémentaires jusqu'à cicatrisation définitive.

D'autres auteurs [4] ont récemment rapporté deux nouvelles observations avec complications graves : le cas d'une septicémie post-marsupialisation, et le cas d'une cellulite de la fesse post-marsupialisation. La littérature [12, 16] rapporte sept cas de fasciite nécrosante : une patiente n'a pas reçu d'antibiothérapie peropératoire, les six autres patientes étaient diabétiques insulino-dépendantes. Trois sont mortes. Sur les quatre patientes en vie, seulement deux n'ont eu aucune séquelle.

CONCLUSION

L'abcès de la glande de Bartholin demeure un motif fréquent de consultation. Le diagnostic est clinique. Le traitement est chirurgical. La place du traitement médical est restreinte aux antibiotiques administrés en association à la chirurgie. L'évolution est le plus souvent favorable sous traitement bien conduit. Le risque majeur est la récurrence.

Résumé

La bartholinite aiguë, pathologie fréquente, est une inflammation localisée de la glande de Bartholin ou de son canal excréteur dilaté. La pathologie affecte deux glandes hormonodépendantes qui participent à la lubrification du vagin lors de rapports sexuels. L'infection de la glande de Bartholin provient d'une infection ascendante par voie canalaire. Il s'agit de germes d'origine vaginale (sexuellement transmissibles) ou d'origine digestive tels que les entérobactéries, entérocoque, l'Escherichia coli ou encore des anaérobies. L'évolution des pratiques sexuelles a modifié l'écologie des abcès de la glande de Bartholin, avec une prédominance relative des bactéries d'origine digestive par diminution des germes des infections sexuellement transmissibles. Le diagnostic est clinique, il repose sur la présence d'une tuméfaction vulvopérinéale douloureuse, lancinante, unilatérale, postérolatérale, rouge, chaude. Le traitement est chirurgical. Il consiste à inciser et à drainer l'abcès. La place du traitement médical est restreinte aux antibiotiques administrés en association à la chirurgie. L'évolution est souvent favorable sous traitement bien conduit. Le risque majeur est la récurrence. Lors de récurrence, le traitement consiste à effectuer l'exérèse du kyste et de la glande de Bartholin.

Bibliographie

1. Andersen PG, Christensen S, Detlefsen GU, Kern-Hansen P. Treatment of Bartholin's abscess. Marsupialization vs incision, curettage and suture under antibiotic cover. A randomized study with 6 months' follow-up. *Acta Obstet. Gynecol Scand* 1992; 71: 59-62.
2. Apgar BS. Bartholin's cyst/abscess: Word catheter insertion. In: JL Pfenninger and GC Fowler, Editors, *Procedures for primary care physicians*. Mosby, St Louis 1994, pp. 596-600.
3. Body G, Descamps Ph, Lansac J. Chirurgie de la vulve, du vagin et du col La pratique chirurgicale en Gynécologie-Obstétrique. Édition Masson, Paris, 2004 Chapitre 10 p. 276-309.
4. Chene G, Tardieu AS, Nohuz A, Rabischong B, Favard A, Mage G. Postoperative complications of Bartholin's duct abscess. About two cases. *Gynecol Obstet Fertil* 2006; 34(7-8): 615-8.
5. Cho JY, Ahn MO, Cha KS. Window operation: an alternative treatment method for Bartholin gland cysts and abscesses. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 886-888.
6. Fernandez H, Judlin G, Zaccabri A, Koebele A, Barbarino A, Burlet G, Pavis A. Infections génitales, *Traité de Gynécologie*. Edition Flammarion, 2005, Issy-les- Moulineaux, chapitre 47 p 408-415.
7. Hamilton S, Spencer C, Evans A. Vagino-rectal fistula caused by Bartholin's abscess. *J Obstet Gynaecol* 2007; 27(3): 325-6.
8. Hoosen AA, Nteta C, Moodley J, Sturn AW. Sexually transmitted diseases including HIV infection in women with Bartholin's gland abscesses. *Genitourin Med* 1995; 71(3): 155-157.
9. Horowitz R, Buscema J, Woodruff JD. Surgical conditions of the vulva. *The Linde's operative gynecology*, Lipincott-Raven, USA 1997, pp. 890-893.
10. Kafali H, Yurtseven S, Ozardali I. Aspiration and alcohol sclerotherapy: a novel method for management of Bartholin's cyst or abscess. *Eur J Obstet Reprod Biol* 2004; 112(1): 98-101.
11. Kaufman RH. *Benign diseases of the vulva and vagina*. 4th edition. Mosby, St Louis 1994, pp. 148-168.
12. Kdous M, Hachicha R, Iraqui Y, Jacob D, Piquet PM, Truc JB. Necrotizing fasciitis of the perineum secondary to a surgical treatment of Bartholin's gland abscess. *Gynecol Obstet Fertil* 2005; 33(11): 887-890.
13. Lashgari M, Curry S. Preferred methods of treating Bartholin's duct cyst. *Contemp Ob Gyn* 1995; 40: 38-42.
14. Mungan T, Ugur M, Yalcin H, Sayilgan A. Treatment of Bartholin's cyst and abscess: excision versus silver nitrate insertion. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1995; 63: 61-63.
15. Peters WA. Bartholinitis after vulvovaginal surgery. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 6: 1143-1144.
16. Roberts DB, Hester LL. Progressive synergistic bacterial gangrene arising from abscesses of the vulva and Bartholin's gland duct. *Am J Obstet Gynecol* 1972; 114: 285-291.
17. Stillman FH, Muto MG. *The vulva. Kistner's gynecology: principles and practice*. Mosby, USA, 1995, pp. 66-68.