

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

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique**

—

**Tome XXXIII
publié le 9.12.2009**



*TRENTE-TROISIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2009*

Marsupialisation ou ablation de la glande de Bartholin : techniques chirurgicales et indications

G. EGLIN *
(Béziers)

Résumé

Les kystes de la glande de Bartholin motivent 2 % des consultations gynécologiques. Leur prise en charge est essentiellement chirurgicale. Ces lésions se développent à partir de la glande elle-même ou de son canal. Elles peuvent être kystiques, à contenu essentiellement muqueux, abcédées ou scléro-atrophiques ; il peut par ailleurs s'agir d'une récurrence ou d'une localisation bilatérale.

Le traitement chirurgical consiste en une simple incision, une fistulisation, une marsupialisation ou une excision.

L'incision simple a une place restreinte ; l'indication d'une chirurgie conservatrice par marsupialisation ou fistulisation ou d'une chirurgie d'excision est essentiellement fonction du risque infectieux, de la topographie profonde ou superficielle du kyste, de son caractère scléro-atrophique ou récurrent.

La chirurgie conservatrice est de réalisation aisée et ses suites sont simples.

La chirurgie d'excision ne doit pas être réalisée en cas d'infection ; ses suites pourraient être améliorées par une approche mini-invasive.

Les techniques alternatives ne doivent pas être négligées mais demandent à être évaluées.

Mots clés : kyste de la glande de Bartholin, marsupialisation, excision, fistulisation

* Clinique Champeau - 32 avenue E. Albertini - 34500 Béziers

INTRODUCTION

Le traitement chirurgical des abcès et des kystes de la glande de Bartholin, que ce soit une incision, une marsupialisation ou une exérèse, est souvent considéré comme une petite chirurgie que le caractère, a priori septique, fait repousser en fin de programme.

Les affections de la glande de Bartholin constituent 2 % des consultations en gynécologie.

En fait, il s'agit d'une pathologie complexe qu'il faudra essayer de préciser, en pratique, sur le seul examen clinique. Une voussure dans la base de la grande lèvre peut correspondre à un kyste, un abcès ou plus rarement à une lésion solide résultant d'une fibrosclérose bénigne, et de façon exceptionnelle à des lésions comme les carcinomes glandulaires ou canaux. Ces lésions peuvent se développer à partir du canal ou du parenchyme glandulaire, les kystes muqueux étant majoritairement canaux, alors que les abcès peuvent se développer à partir des deux structures.

Globalement, les abcès sont 3 fois plus fréquents que les kystes.

On peut être en face d'une poussée initiale ou d'une récurrence après un premier traitement dont il faudra connaître les modalités.

L'atteinte peut être uni ou bilatérale, ce qui peut avoir une conséquence sur les risques de séquelles fonctionnelles.

L'infection est ascendante et les germes en cause peuvent être opportunistes ou sexuellement transmissibles ; on considère généralement que la part des infections sexuellement transmissibles a régressé (gonocoque) et que la majorité des infections est liée à des germes opportunistes comme le colibacille ou à des germes anaérobies.

Certaines causes favorisantes ont été évoquées ; l'épisiotomie pourrait expliquer l'apparition de kystes rétentionnels du canal, mais ceci reste spéculatif. Il en est de même des relations entre une vestibulite postérieure et une bartholinite [1].

Le but recherché par le traitement chirurgical varie suivant les écoles et est essentiellement basé sur des avis d'experts ; d'un côté, l'approche anglo-saxonne privilégie la conservation glandulaire au moyen d'une fistulisation ou d'une marsupialisation dans le but non prouvé de maintenir une structure fonctionnelle ; d'un autre côté, les chirurgiens francophones envisagent plus volontiers le traitement en termes de simple incision ou d'exérèse radicale suivant le caractère

clinique de la lésion, sans se préoccuper outre mesure d'une possibilité de préservation fonctionnelle.

Les résultats de ces deux attitudes devraient pouvoir être jugés en termes de morbidité immédiate (infection, hématome, douleurs postopératoires) et à distance (récidives et séquelles fonctionnelles). Ceci demanderait des études comparatives qui, malheureusement, font défaut.

RAPPEL ANATOMIQUE

La description princeps de la glande vestibulaire majeure est habituellement attribuée à Caspar Bartholin dit « Secundus », dernier descendant d'une illustre famille d'anatomistes danois qui semble avoir profité de cette notoriété pour s'inspirer largement des travaux d'anatomistes parisiens et décrire la glande en 1676 [2]... L'utilisation du terme de glande vestibulaire majeure répondrait mieux à ce souci d'équité historique.

La glande de Bartholin est située dans la partie postérieure (ou dorsale) et profonde de la grande lèvre. Son canal excréteur est long de 20 mm et s'abouche dans le sillon nympho-hyménéal à quelques millimètres en dessous de l'hymen.

Les rapports de cette glande vestibulaire se font latéralement avec le bulbe vestibulaire, richement vascularisé qu'il faut savoir éviter et sur sa face interne avec le vestibule et la partie basse de la paroi vaginale ; en profondeur, l'ampoule rectale reste à distance mais peut se rapprocher dangereusement en cas de remaniements scléreux liés à une récurrence. La glande est vascularisée par un pédicule dominant situé en profondeur et ventralement. Il s'agit d'une branche terminale et postérieure du pédicule périnéal superficiel, branche de l'artère honteuse interne.

DIAGNOSTIC

Il est essentiellement basé sur l'examen clinique, et l'utilisation de moyens complémentaires comme l'IRM ne doit être envisagée qu'en cas de doute sur la nature histologique de la lésion.

La constatation d'une tuméfaction de la partie dorsale de la grande lèvre permet en général de faire le diagnostic ; cette tuméfaction peut être superficielle, évoquant une pathologie du canal, ou sembler plus profonde et correspondre probablement à une atteinte de la glande elle-même.

On devra préciser le degré de la réaction inflammatoire locorégionale en sachant qu'un abcès circonscrit peut donner le change clinique avec un kyste muqueux.

La constatation d'une tuméfaction solide peut nécessiter un essai de caractérisation par imagerie, et par la réalisation d'une biopsie dirigée à la recherche d'un exceptionnel adénocarcinome de la glande ou d'un épithélioma malpighien développé à partir du canal, ce qui nécessiterait une prise en charge carcinologique adaptée.

Ce simple examen clinique doit permettre d'éliminer une autre pathologie kystique ou infectieuse périnéale comme un furoncle plus superficiel et mobile ou une skénite plus rare et de situation plus ventrale. Une lésion fistulisée ne devra pas être confondue avec une atteinte périnéale de la maladie de Crohn dont les fistules sont en général multiples, avec un aspect et un contexte clinique caractéristiques.

Cet examen clinique doit se terminer par un prélèvement de pus à l'aiguille fine afin d'identifier le germe en cause et pouvoir éventuellement modifier secondairement l'antibiothérapie.

LES TECHNIQUES CHIRURGICALES

Pour toutes les techniques, la patiente est installée en position de lithotomie.

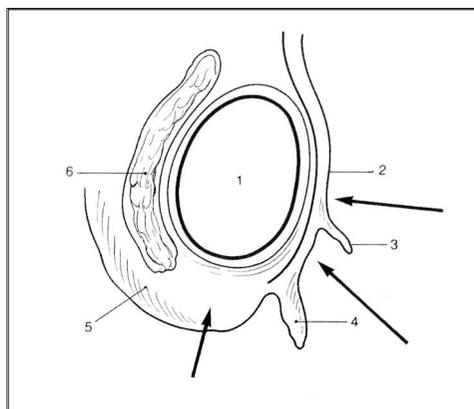
L'anesthésie peut être générale, locorégionale ou locale en cas de simple incision.

L'antibiothérapie est systématique et doit débiter avant l'incision ; elle doit couvrir les germes anaérobies et si nécessaire un germe sexuellement transmissible. L'association β -Lactamine Flagyl est la plus utilisée en première intention.

Les voies d'abord

La plupart des auteurs décrivent 2 voies d'abord, cutanée et vestibulaire [3-5] ; certains décrivent une voie vaginale complémentaire [6, 7] (Figure 1).

Figure 1 - Voies supra-hyméneale, vestibulaire et cutanée



- *La voie cutanée*

L'incision est réalisée en pleine zone cutanée, verticalement, à la partie dorsale de la grande lèvre ; pour Denis Querleu, c'est la voie qui laisserait le moins de séquelles douloureuses ; nous en avons peu l'expérience.

- *La voie vestibulaire*

L'incision est réalisée à 5 ou 10 mm et parallèlement à la caroncule hyméneale. C'est la voie la plus pratiquée et c'est la voie obligatoire en cas de marsupialisation ou de fistulisation, car elle permettrait la reconstitution d'un canal fonctionnel en situation anatomique. On peut lui reprocher d'intéresser une zone vestibulaire particulièrement algogène, bien que dans notre pratique, cette complication ne nous semble pas fréquente.

- *La voie supra-hyméneale*

Il est chirurgicalement possible d'aborder la glande de Bartholin par une voie purement vaginale ; nous n'en avons pas l'expérience comme abord pour l'exérèse, par contre nous l'utilisons comme zone de drainage.

L'incision simple

Geste rapide et simplissime, l'incision peut se porter soit au sommet de la collection dans la zone cutanée, soit dans le sillon nympho-hyménéal, ce qui limiterait les risques de contamination de la grande lèvre. Sa taille doit être suffisante pour permettre d'introduire l'index et d'effondrer les loges ; un drain sera laissé en place pendant 3 ou 4 jours ; si nécessaire, une exérèse secondaire pourra être réalisée 3 mois plus tard.

Cette intervention est réservée aux risques infectieux majeurs mais dans la plupart des cas, elle sera avantageusement remplacée par une fistulisation ou une marsupialisation.

La fistulisation

C'est une intervention a minima qui peut se réaliser sous anesthésie locale dans les kystes superficiels développés à partir du canal. L'incision doit se faire au niveau présumé du méat du canal, ouvert sur quelques millimètres avec une lame de bistouri n° 15 ; après évacuation du contenu, on met en place par cet orifice un cathéter, idéalement en silicone, qui devra être laissé en place pendant 4 semaines de sorte que la réépithélialisation autour de ce cylindre permette de créer un néo-orifice et réduire ainsi le risque de récurrence et de séquelles fonctionnelles. Les auteurs anglo-saxons [8, 9] utilisent le cathéter de Word (Figure 2) qui n'est pas commercialisé en France ; David Nichols propose de le remplacer par une sonde de Foley raccourcie ou un drain cylindrique souple et autostatique comme le drain de Kerr.

La marsupialisation

C'est l'alternative à la fistulisation pour les lésions glandulaires profondes. Elle consiste à réséquer un large orifice sur le versant vestibulaire de la glande et à suturer les berges de cet orifice à la muqueuse vestibulaire (Figures 3 et 4) ; cet artifice permet un large drainage de l'abcès et au cours d'une cicatrisation dirigée de quelques semaines, sa réépithélialisation progressive pourrait permettre la reconstitution d'un canal fonctionnel, ce que personne n'a réellement démontré mais reste néanmoins une hypothèse séduisante.

L'incision doit être menée dans la région vestibulaire sur 3 cm, à 5 ou 10 mm de la caroncule et parallèlement à celle-ci ; la paroi

Figure 2 - Fistulisation par mise en place d'un drain de Word

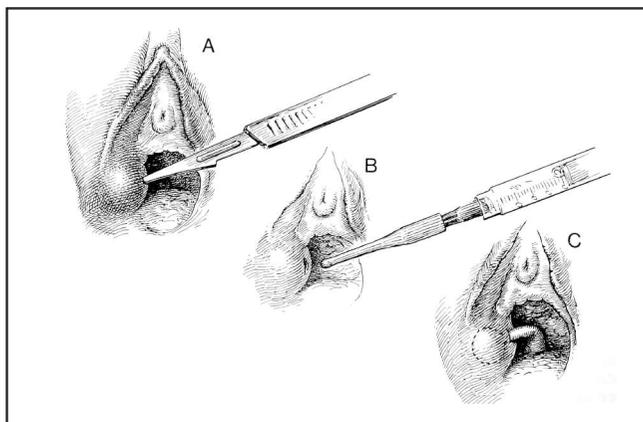
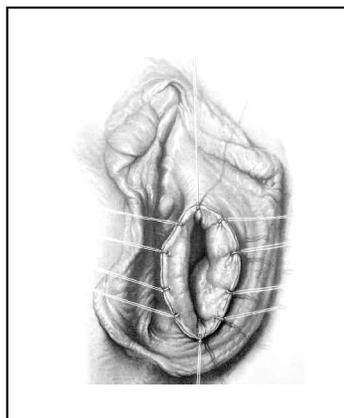


Figure 3 - La partie interne du kyste est disséquée puis réséquée



Figure 4 - Les bords du kyste sont suturés à la muqueuse vestibulaire



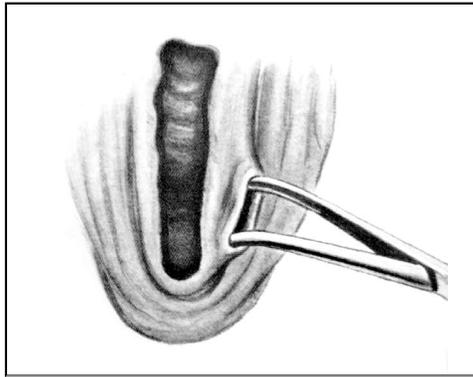
vestibulaire et la paroi kystique doivent être incisées séparément afin de pouvoir exciser électivement la paroi du kyste aux ciseaux de Mayo. L'adossement des deux muqueuses peut se faire par des points séparés ou un surjet de fil à résorption rapide ; la mise en place d'un drainage n'est pas toujours nécessaire.

Il s'agit d'une intervention rapide peu hémorragique, pratiquement toujours réalisable.

F. Novak décrit une cicatrisation dirigée en recommandant de contrôler tous les 3 jours pendant 4 semaines la perméabilité du néo-orifice résiduel à l'aide d'une pince de Kelly jusqu'à la constatation d'un néo-méat définitif et stable (Figure 5).

Pour notre part et en cas de kyste simple, nous réalisons une marsupialisation avec tubulisation partielle de la poche kystique résiduelle par une suture en raquette à manche ventral en pensant maintenir ainsi un orifice fonctionnel, mais sans en suivre l'évolution dans le temps.

Figure 5 - Le néo-canal est maintenu perméable par le passage itératif d'une pince de Kelly



La kystectomie

A priori, il s'agit de l'intervention la plus logique car l'exérèse du kyste devrait supprimer le risque de récurrence ; en fait, on sait qu'il n'en est rien. La récurrence peut en effet survenir à la suite de l'exérèse d'un kyste canalaire sans ablation de la glande résiduelle sous-jacente à partir de laquelle pourra se développer un nouveau kyste souvent scléreux.

L'incision, d'environ 30 mm, doit être réalisée verticalement par voie cutanée ou préférentiellement vestibulaire et prudemment afin de préserver la paroi du kyste. L'exérèse est menée aux ciseaux contre la paroi du kyste et elle doit débiter au pôle dorsal qui est le moins vascularisé. Il faut éviter de dilacérer la paroi vaginale, ce qui est parfois difficile dans la dissection des kystes du canal. Il faut éviter également de disséquer trop tôt la région de l'abouchement du canal,

ce qui entraîne l'extériorisation du contenu, l'affaissement du kyste et la perte du plan de clivage. Latéralement, il faut rester au contact du kyste et éviter de blesser le bulbe vaginal, ce qui risquerait de noyer dans le sang la fin de la dissection. En arrière, l'espace peut sembler plus libre mais il ne faut pas oublier que le rectum peut être attiré par le processus cicatriciel autour d'un kyste scléro-atrophique ; en cas de doute, un toucher rectal permettra de retrouver le bon plan de dissection.

L'hémostase doit être pratiquée pas à pas, au fur et à mesure de la progression en pédiculisant les vaisseaux sur des pinces hémostatiques qu'il ne faut pas hésiter à redoubler ; l'utilisation de fils résorbables nous semble préférable à l'hémostase au bistouri électrique sauf peut-être dans l'exérèse de lésions scléro-atrophiques généralement peu vascularisées. La section et l'hémostase du pédicule postérieur et ventral permettent d'extérioriser le kyste en monobloc si on a eu la chance de ne pas l'ouvrir prématurément.

Le contrôle final de l'hémostase doit maintenant être assuré par une série de points en X capitonnant la cavité résiduelle et ce n'est que quand les saignements ont disparu que l'on peut refermer partiellement la cavité par des points séparés à résorption rapide sur la muqueuse vestibulaire ; le drainage pourra alors être assuré par un faisceau de crins.

Nous pratiquons une variante mini-invasive de cette technique en présentant le kyste pour la dissection au moyen du ballonnet d'une sonde de Foley n° 12 ; après une incision muqueuse vestibulaire verticale réduite à 20 mm, on perfore à la pointe d'un bistouri n° 13 (Figure 6) la coque du kyste de façon à pouvoir y introduire l'extrémité de la sonde (Figure 7) dont on aura sectionné la partie distale afin de pouvoir obtenir une sphère régulière au gonflage. La dissection peut alors se faire au plus près de la paroi, ce qui, associé à une traction régulière sur le kyste, facilite grandement l'hémostase (Figure 8). La fin de l'intervention est menée de la même façon que précédemment (Figure 9).

Les méthodes alternatives

La vaporisation laser : après incision de l'abcès, on vaporise sa coque directement au laser CO₂ ; les risques hémorragiques sont réduits, mais les risques de récurrence semblent être du même ordre que dans les techniques chirurgicales traditionnelles [10].

Figure 6 - Incision du kyste à la pointe d'une lame de bistouri n° 15



Figure 7 - Passage intra-kystique d'une sonde de Foley



Figure 8 - Dissection du kyste sur le ballonnet

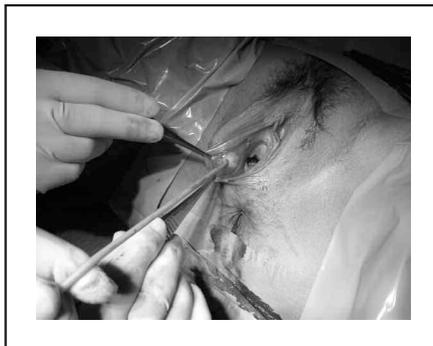


Figure 9 - Hémostase du pédicule postérieur



L'application de nitrate d'argent intracavitaire semble donner des résultats équivalents à la marsupialisation avec des taux de récidence identiques (24 %) mais moins de séquelles cicatricielles [11].

Complications, séquelles et récides

Les hématomes postopératoires immédiats sont les complications les plus fréquentes et se voient essentiellement après les exérèses ; une hémostase pointilleuse et un drainage efficace en réduisent la fréquence.

Les infections locorégionales se voient essentiellement après les exérèses mais ont également été décrites après marsupialisation.

7 cas de fasciites nécrosantes ont été rapportés à ce jour [12] : une patiente n'avait pas reçu d'antibioprophylaxie et pour les 6 autres cas, il s'agissait de patientes diabétiques insulino-dépendantes.

Des septicémies ont également été décrites ; pour notre part, nous avons rencontré une septicémie après exérèse d'un kyste infecté.

D'autres complications sont possibles : un cas de fistule recto-vaginale a été décrit après exérèse d'un kyste de Bartholin [13].

Les récides sont fréquentes et les chiffres cités dans la littérature vont de 5 à 30 % ; la résection du kyste ne met pas complètement à l'abri de cet échec car on peut laisser en place une partie de glande résiduelle.

Les séquelles douloureuses sont plus rares et seraient moins fréquentes pour la chirurgie effectuée par voie transcutanée.

Les dyspareunies liées à une réduction de la lubrification vaginale semblent encore plus rares, voire niées par beaucoup d'auteurs.

Les indications

Elles dépendent essentiellement du type de lésions : kystiques à contenu en général muqueux, infectées avec une réaction inflammatoire plus ou moins marquée ou scléro-atrophique. Mais il faut aussi tenir compte de la topographie présumée de la lésion, glandulaire profonde ou canalaire plus superficielle ; de la notion de récurrence ou du caractère bilatéral.

En cas de lésion kystique infectée, la marsupialisation offre les meilleures garanties en termes de complications immédiates infectieuses ou hémorragiques ; pour beaucoup d'auteurs, elle préserverait la possibilité de retrouver une glande fonctionnelle et éviterait les séquelles fonctionnelles en particulier dans les atteintes bilatérales ; ce respect de l'anatomie pourrait également expliquer le peu de récurrence observé dans cette technique.

L'incision simple avec drainage court nous semble avoir peu d'indication en dehors de syndrome inflammatoire majeur chez des sujets fragiles. Par contre, l'incision avec drainage long pourrait être une alternative simple à la marsupialisation.

En face d'une lésion kystique non infectée, l'exérèse semble a priori le plus logique ; elle peut être à l'origine de complications hémorragiques et infectieuses que le respect des bonnes pratiques d'antibio-prophylaxie et d'hémostase ne peut pas complètement annuler ; dans notre pratique, nous avons rencontré un cas de bactériémie après exérèse d'un kyste surinfecté réalisée malgré une contre-indication relative. L'exérèse est également plus douloureuse que la marsupialisation et il faut en avertir les patientes. L'exérèse ne met pas à l'abri d'une récurrence même s'il n'existe pas d'étude comparative avec la marsupialisation sur ce point.

Par contre, en face d'une lésion scléro-atrophique à contenu en général muqueux, la seule réponse logique est l'exérèse car elle est difficilement accessible à une marsupialisation.

En cas de récurrence, la plupart des auteurs préconisent l'exérèse si le contexte infectieux le permet.

CONCLUSION

La solution chirurgicale que l'on peut proposer en face d'une bartholinite ne doit pas être univoque et il faut surtout éviter de se retrouver confronté à l'exérèse hémorragique d'un kyste abcédé source de suites douloureuses et compliquées.

La marsupialisation ou la fistulisation dirigée n'ont probablement pas encore, dans nos blocs opératoires, la place qu'elles méritent de part la simplicité de leur réalisation et de leurs suites.

En cas de kystes simples et non infectés, l'exérèse peut être proposée, en particulier s'il s'agit d'une récurrence ; dans ce cas, la dissection doit se faire au plus près de la paroi et l'utilisation d'une aide comme la mise en place d'un ballonnet peut être d'une réelle utilité.

Les techniques alternatives utilisant le laser CO2 ou le nitrate d'argent ne doivent pas être écartées de principe mais demandent à être mieux évaluées.

Bibliographie

- [1] Hewitt J, Pelisse M, Paniel B. Maladie de la vulve. Paris Mdc/Mc Graw-Hill 1987;147-149.
- [2] Bartholin C. Diaphragmatis Structura Nova. Paris in 8, 1676.
- [3] Nichols D, Randall C. Vaginal surgery. Baltimore Williams & Wilkins 1989;163-165.
- [4] Novak F. Techniques opératoires gynécologiques. Padova Piccin Editor 1977;191-193.
- [5] Reiffenstahl G, Platzer W, Knapstein PJ. Les opérations vaginales. Cachan Éditions Médicales Internationales 1996;81-86.
- [6] Querleu D. Techniques chirurgicales gynécologiques. Paris Masson 1995;99-101.
- [7] Eglin G. Comment je fais une bartholinite ? Gyn Obstet Fert 2007;35(12):1268-9.
- [8] Marzano D. The bartholin gland cyst: past, present and future. J Low Genit Tract Dis 2004 Jul;8(3):195-204.
- [9] Kushnir V, Mosquera C. Novel technique for management of Bartholin gland cysts and abscesses. J Emerg Med 2009 May;36(4):388-90. Epub 2008 Nov 26.
- [10] Fambrini M. Carbon-dioxyde laser vaporisation of the bartholin gland cyst: a retrospective analysis on 200 cases. J Minim Invasive Gynecol 2008 May-Jun;15(3):327-31.
- [11] Ozdergirmenci O. Prospective randomized study of marsupialization versus silver-nitrate application in the management of Bartholin gland cysts and abscesses. J Minim Invasive Gynecol 2009 Mar-April;16(2):149-52.
- [12] Descamps Ph. Conduite à tenir devant une bartholinite. In Mises à jour en gynécologie médicale. Paris CNGOF-Diffusion Vigot 2007;15-26.
- [13] Hamilton S, Spencer C, Evans A. Vagino-rectal fistula caused by Bartholin abscess. J. Obstet Gynecol 2007;27(3):325-6.