

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
--------------------------	----------

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

I- Rappel anatomique de la vulve	2
I-1 Configuration générale.....	2
I-2 Le mont de pubis	4
I-3 Les grandes lèvres	4
I-4 Les petites lèvres.....	5
I-5	
Vestibule.....	6
I-6 Hymen	6
I-7 Les organes érectiles	7
I-8 Les glandes vulvaires	9
I-9 Vaisseaux et nerfs de la vulve.....	11
II- Rappel anatomophysiologique de la glande de Bartholin.....	16
II-1 Description	16
II-2 Formes et dimensions.....	16
II-3 Rapports	16
II-4 Le canal excréteur	16
II-5 Vascularisation et Innervation	19
II-6 Histologie	19
II-7 Rappel physiologique	19
III- Examen clinique de la vulve	20
IV-Les pathologies de la glande de Bartholin	21
IV-1 Kyste de la glande de Bartholin	21
IV-1-1 Définition	21
IV-1-2 Épidémiologie	21
IV-1-3 Physio-etio-pathogenie	21
IV-1-4 Diagnostics clinique et paraclinique	22
IV-1-5 Diagnostic différentiel	24
IV-1-6 Évolution	24
IV-1-7 Traitement	24

IV-2 Bartholinité	29
IV-2-1 Définition	29
IV-2-2 Fréquence et épidémiologie	29
IV-2-3 physiopathologie.....	29
IV-2-4 Etiologie.....	29
IV-2-5 Diagnostic	30
IV-2-6 Formes cliniques	32
IV-2-7 Diagnostic différentiel	32
IV-2-9 Evolution	32
IV-2-10 Traitement	33
IV-2-11 Risques et complications	34
IV-3 Cancer de la glande de Bartholin	35

DEUXIEME PARTIE : ETUDE PROPREMENT DITE

I- Objectif	44
II-Méthodologies	44
III-Résultats	45
IV-Commentaires et Discussions	74
V-Suggestions.....	80
CONCLUSION.....	81

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES ABREVIATIONS

cm	: Centimètre
mm	: Millimètre
min	: Minute
%	: Pourcentage
<	: Inférieur
>	: Supérieur
FCV	: Frottis Cervico Vaginal
NFS	: Numération Formule Sanguine
VSH	: Vitesse de Sémentation des Hématies
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
IEC	: Information Education Communication
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES FIGURES

Figure n°1 : Vulve.....	3
Figure n°2 : Grains de Fordyce	10
Figure n°3 : Vascularisation artérielle de la vulve.....	13
Figure n°4 : Innervation de la vulve.....	15
Figure n°5 : Orifices des glandes vestibulaires.....	17
Figure n°6 : Rapport de glande de Bartholin et de son canal excréteur.....	18
Figure n°7 : Kyste de la glande de Bartholin gauche.....	23
Figure n°8 : Voies d'abord de la glande de Bartholin.....	25
Figure n°9 : Technique de la marsupialisation.....	28
Figure n°10 : Placement du catheter de word.....	28
Figure n°11 : Catheter de word.....	28
Figure n°12: Bartholinite droite.....	31
Figure n°13 : Kyste de la glande de Bartholin droite	36
Figure n°14 : Clivage de la paroi kystique.....	37
Figure n°15 : Extirpation du kyste.....	38
Figure n°16 : Incision interlabial d'une bartholinite.....	39
Figure n°17 : Clivage.....	40
Figure n°18 : Extirpation de la glande en bloc.....	41
Figure n°19 : Capitonnage.....	42
Figure n°20 : Drainage.....	43
Figure n°21 : Répartition des patientes selon l'âge.....	46
Figure n°22 : Répartition selon le motif d'entré.....	50
Figure n°23 : Répartition selon l'âge du premier rapport sexuel.....	53
Figure n°24 : Répartition selon le nombre des partenaires.....	54
Figure n°25 : Répartition selon la température des patientes à l'admission.....	59

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1: Répartition des patientes selon leur profession	47
Tableau n°2 : Répartition des patientes selon leur niveau d'étude	48
Tableau n°3 : Répartition selon le mode d'admission	49
Tableau n°4 : Répartition des patientes selon leur gestité.....	51
Tableau n°5 : Répartition des patientes selon leur parité	52
Tableau n°6 : Répartition selon le type de sous vêtements	55
Tableau n°7 : Répartition selon la fréquence de la toilette intime	56
Tableau n°8 : Répartition selon les antécédents d'infection uro-génitale	57
Tableau n°9 : Répartition selon la présence de grossesse	58
Tableau n°10 : Répartition selon les signes fonctionnels à l'entrée.....	60
Tableau n°11 : Répartition selon le résultat de l'examen physique.....	61
Tableau n°12 : Répartition selon la localisation de la lésion.....	62
Tableau n°13 : Répartition selon la réalisation de la FCV.....	63
Tableau n°14 : Répartition selon la réalisation de la NFS.....	64
Tableau n°15 : Répartition selon la réalisation de la VSH.....	65
Tableau n°16 : Répartition selon la réalisation de l'échographie vulvaire.....	66
Tableau n°17 : Répartition selon la réalisation de l'examen anatomopathologique.....	67
Tableau n°18 : Répartition selon le moyen de diagnostic.....	68
Tableau n°19 : Répartition selon les étiologies des bartholinites aigües.....	69
Tableau n°20 : Répartition selon les étiologies du kyste	70
Tableau n°21 : Répartition selon la récidive.....	71
Tableau n°22 : Répartition selon les modalités thérapeutiques.....	72
Tableau n°23 : Répartition selon la durée d'hospitalisation.....	73

Introduction

INTRODUCTION :

En 1677, un médecin anatomiste Danois nommé Caspar BARTHOLIN le Second (1655-1738) a découvert pour la première fois une paire de glande vulvaire. Il lui a donné son nom, d'où l'appellation « glande de Bartholin ». Elles sont situées au 1/3 postérieur de la vulve. Si cette dernière aurait été le visage d'une horloge, elles seraient plus précisément retrouvées à 4h et à 8h. (1, 2)

Ces glandes sont petites et invisibles à l'œil nu. Mais minuscules qu'elles soient, elles peuvent engendrer des troubles aussi bien fonctionnels qu'esthétiques de la vulve. De plus, la région vulvaire est un territoire carrefour septique entre le méat urinaire, le vagin et l'anus. Vue la position anatomique de ces glandes, elles ne sont donc pas à l'abri de l'infection causant une bartholinite qui est une urgence chirurgicale. Mais à part, on peut avoir d'autres pathologies comme l'enkyttement, ou bien la cancérisation de la glande. (3, 4)

Il est donc impératif d'approfondir les études concernant la pathologie de cette glande qui est volontiers banalisé, pourtant elles révèlent un traitement médico-chirurgical sous peines de complications graves.

L'objectif de notre étude c'est de rechercher les principaux facteurs de risques et les étiologies des pathologies pouvant intéresser la glande de Bartholin afin d'établir une prévention et la prise en charge.

Notre étude concerne ainsi :

Les rappels anatomo-physiologiques et cliniques de l'appareil génital féminin externe et de la glande de Bartholin.

La deuxième partie comprend la méthodologie, les résultats et la discussion.

Quelques suggestions suivies de conclusion termineront ce travail.

Première partie :

revue de la littérature

I- RAPPEL ANATOMIQUE DE LA VULVE :

I.1. CONFIGURATION GENERALE : (5, 6, 7)

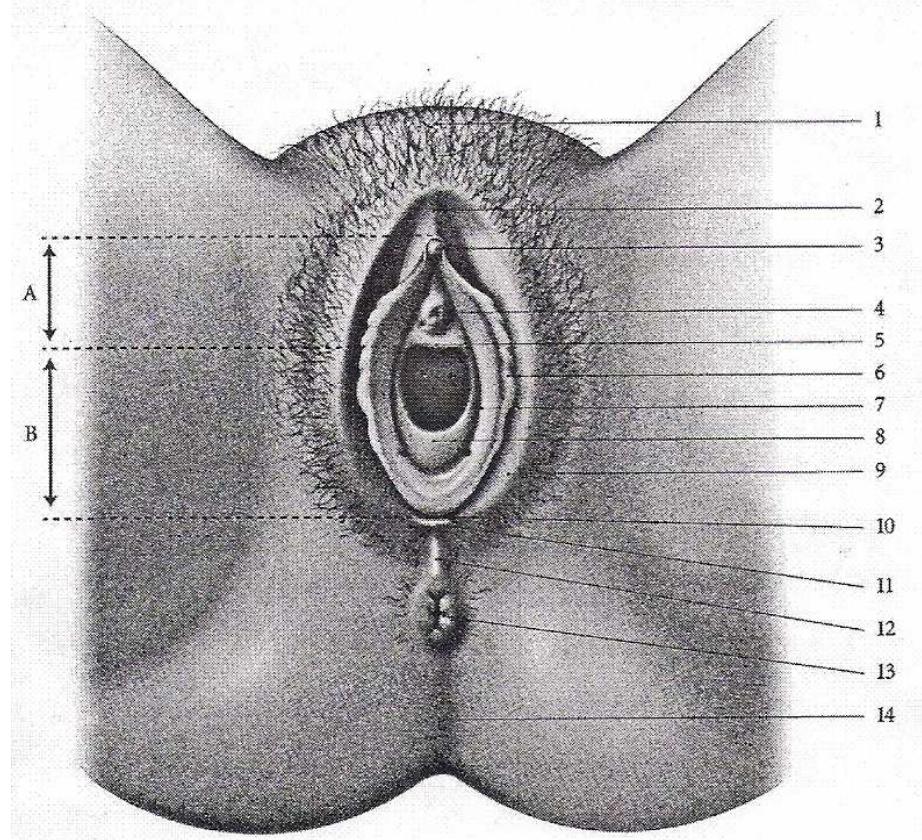
La vulve est l'organe sexuel externe de la femme constituée par : le mont de vénus, des grandes et des petites lèvres, du clitoris et des organes érectiles, du vestibule qui contient le méat urétral, l'orifice externe du vagin et les glandes vulvaires.

Située entre les cuisses, la vulve s'étend devant le pubis. Sa limite interne est représentée par le fascia inférieur du diaphragme urogénital sur lequel se fixe les glandes érectiles.

En position gynécologique, elle se présente sous forme de saillie ovoïde à grand axe vertical avec une fente médiane : la fente vulvaire qui sépare les grandes lèvres.

En écartant les grandes lèvres, on découvre deux nouveaux replis : les petites lèvres qui limitent les vestibules et qui se réunissent en avant et en arrière. Entre les deux petites lèvres apparaît un espace ovalaire nommé le vestibule vulvaire qui est limité en avant par le clitoris, et en arrière par la fourchette vulvaire.

Dans le sillon qui sépare l'orifice vaginal des petites lèvres (sillon labio-hymééal ou nympho-hyménéal) s'ouvrent les orifices des canaux des glandes de Bartholin qui sécrètent un liquide contribuant à la lubrification du vestibule vulvaire lors des rapports sexuels.



Vulve lèvres écartées

- | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| A. partie urétrale du vestibule | 3. gland du clitoris | 7. sillon vestibulaire | 11. frein des lèvres |
| B. partie hyménale du vestibule | 4. ostium externe de l'urètre | 8. hymen | 12. commissure post des lèvres |
| 1. mont du pubis | 5. carine uretrale du vagin | 9. grande lèvre | 13. anus |
| 2. prépuce du clitoris | 6. petite lèvre | 10. fossette du vestibule du vagin | 14. sillon interfessier |

Figure 01 : Vulve

I.2. LE MONT DU PUBIS OU MONT DE VENUS : (5)

Encore appelé pénil, c'est une saillie arrondie, de forme triangulaire à sommet inférieur. Le mont de vénus est situé en avant et en haut de la vulve, devant la symphyse pubienne, et il est en continuité avec les grandes lèvres en arrière et en bas. Il est limité latéralement par les plis inguinaux. Il se couvre de poils longs, sa pilosité s'arrête en haut, selon un sillon horizontal séparant le pubis de la partie inférieure de la paroi abdominale.

I.3. LES GRANDES LEVRES : (5)

Ce sont deux replis cutanés allongés, s'étendant entre le mont du pubis en avant et au périnée en arrière. Chez l'adulte les grandes lèvres mesurent 7 à 8 cm de longueur, 2 à 3 cm d'épaisseur et 1,5 à 2 cm de hauteur.

I.3 .1.Configuration extérieure : (6)

On leur distingue deux faces, deux bords et deux extrémités.

- La face externe, convexe, répond à la face interne des cuisses dont elle est séparée par le sillon génito-fémoral, elle est de coloration plus foncée couverte de poils.
- La face interne est plane, rosée, lisse, humide et glabre dans sa partie profonde, et parsemée de quelques poils follets dans la partie marginale. Elle est séparée de la petite lèvre correspondante par le sillon interlabial.
- Le bord libre est arrondi, convexe d'avant en arrière, et recouvert de poils. Il limite avec son homologue la fente vulvaire.
- La base large adhère aux parties molles qui recouvrent les branches ischio-publiennes.
- L'extrémité antérieure se confond avec le mont de vénus.
- L'extrémité postérieure se perd dans les téguments du périnée, ou bien se réunit sur la ligne médiane à celle du côté opposé formant la commissure postérieure des grandes lèvres.

I.3.2. Structure :(5)

Chaque grande lèvre est formée d'un revêtement cutané et du corps adipeux labial. Elle contient des fibres terminales du ligament Rond et parfois un vestige du sac inguinal.

- Le revêtement cutané comprend :

Un épithélium pavimenteux, stratifié, kératinisé.

Un derme, dense, bien vascularisé, riche en glandes sébacés, sudoripares et apocrines.

Les follicules adipeux pileux sont plus gros sur la face externe. La couche profonde contient des fibres musculaires lisses : Le dartos labial.

Ce revêtement cutané est pourvu aussi des glandes sudoripares (sécrétant de la sueur) et des glandes sébacées (sécrétant une substance graisseuse) ; enfin, à la puberté, des poils couvrent la face externe de chaque grande lèvre ; la face interne reste glabre.

La face externe de la grande lèvre est plus pigmentée que la face interne qui habituellement plus lisse et rosée.

- Le corps adipeux labial :

C'est une formation oblongue, autonome fibro-graissé, riche en vaisseaux. Il ne régresse pas lors d'un amaigrissement, comme la graisse sous cutanée qui l'entoure. C'est un organe semi érectile renforcé par des fibres élastiques qui l'amarrent au fascia ciblé, au prépuce du clitoris et au centre tendineux du périnée.

I.4. LES PETITES LEVRES : (5)

Ce sont des replis cutanés limitant le vestibule, situés en dedans des grandes lèvres. Elles sont aplatis et mesurent en moyenne 3cm de longueur, 1cm à 1cm et demie de hauteur, 3 mm d'épaisseur.

I.4.1. Configuration et rapports : (5)

- La face labiale est séparée de la grande lèvre correspondante par le sillon interlabial.

- La face vestibulaire, en s'adossant contre son homologue, ferme le vestibule.
- Le bord libre est mince, convexe.
- Le bord adhérant répond au bulbe vestibulaire.
- L'extrémité antérieure se dédouble en deux replis secondaires :

Un repli antérieur qui passe au dessous du clitoris pour former le prépuce clitoridien.

Un repli postérieur qui se fixe sur la face inférieure du clitoris pour former le frein du clitoris

- L'extrémité postérieure s'unit à son homologue pour former le frein vulvaire.

I.4.2. Structure : (6)

Les petites lèvres sont formées par un double feuillet d'épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé emprisonnant un tissu conjonctif dépourvu de graisse et riche en filets nerveux et en plexus vasculaires. La face labiale présente quelques glandes sébacées et sudoripares, plus nombreux chez les femmes brunes. Très élastique, les petites lèvres présentent une remarquable réserve d'allongement.

I.5. LE VESTIBULE : (6)

C'est la dépression vulvaire limitée : latéralement par la face interne des petites lèvres, en avant par le clitoris, en arrière par la commissure postérieure des petites lèvres ou fourchette.

Elle est divisée schématiquement en deux parties :

Partie antérieure nommée le vestibule urétral, dans lequel on distingue la papille de l'urètre (ou la Carina urétrale du vagin) avec à son sommet le méat urétral (ou l'ostium urétral) qui fait partie de l'appareil urinaire. De chaque côté du méat urétral s'ouvrent les orifices des glandes urétrales (ou para-urétrales de Skene).

Partie postérieure nommée le vestibule vaginal, dans lequel on distingue :

L'orifice inférieur du vagin (ou introït) qui est normalement, obturée de façon incomplète chez la vierge par une membrane: l'hymen. Cet orifice vaginal est bordé par les vestiges de l'hymen (les caroncules hyménales) chez la femme déflorée.

I.6. HYMEN : (6)

Il est fermé en partie à l'entrée du vagin. C'est une mince membrane qui peut rendre le premier rapport sexuel plus ou moins douloureux et même provoquer un écoulement sanguin lorsqu'il est perforé par le pénis. C'est par la présence de l'hymen qu'on détermine la "virginité" d'une fille.

I.7. LES ORGANES ERECTILES :

I.7.1. Le clitoris :(6)

C'est un organe charnu, érectile et très sensible, situé au niveau la jonction des extrémités antérieures des deux petites lèvres. Il est l'équivalent des corps caverneux chez l'homme.

I.7.1.1.Configuration :

Il comprend deux piliers, un corps et un gland.

➤ Les piliers :

Il mesure 3cm de longueur. Ils s'attachent sur la partie moyenne de la face interne des branches ischio-pubiennes. Ils convergent et s'adossent au dessous de la symphyse pour former le corps du clitoris. Ils sont recouverts par les muscles ischio-caverneux.

➤ Le corps :

Le corps suit brièvement la direction des piliers sur la ligne médiane, puis dépassant la symphyse il s'infléchit en bas et en arrière pour former le genou du clitoris (ou le coude de clitoris).

Il est solidement maintenu, au niveau de son coude, par le ligament suspenseur du clitoris, celui-ci se détache de la symphyse pubienne et de la ligne blanche, descend vers le clitoris, se dédouble à son contact pour le contourner latéralement et se reconstitue au dessous de lui.

Le corps du clitoris est recouvert en avant par le prépuce clitoridien (ou capuchon du clitoris), et fixé en bas et en arrière par le frein clitoridien.

➤ Le gland

C'est l'extrémité libre du corps, il est renflé, conique et mousse. Sa longueur est de 0.6 cm environ et son diamètre est de 0.7cm.

I.7.1.2. Structure :

Le corps et le pilier du clitoris sont constitués par :

Une albuginée fibro-élastique ou fascia clitoridien, riche en neurorécepteurs.

Un tissu érectile formé de cavernes vasculaires, séparées par des trabécules conjonctives riches en fibres musculaires lisses.

Le gland est constitué d'un revêtement superficiel de type cutané, non muqueux et d'une masse centrale fibro-élastique contenant quelques îlots caverneux.

I.7.2. Les bulbes vestibulaires : (4, 6)

Les bulbes vestibulaires sont deux organes érectiles annexés à la vulve, placée de part et d'autre de l'orifice de l'urètre et du vagin. Ils représentent le bulbe et le corps spongieux chez l'homme; mais chez la femme, le bulbe est divisé en deux parties séparées l'une de l'autre sur la ligne médiane par des orifices de l'urètre et du vagin, ainsi que par le vestibule de la vulve.

Configuration et rapports :

Les bulbes forment de chaque côté du vagin, un ovoïde. Il mesure en moyenne 3,5cm de longueur; 1,5 de hauteur et 1cm de largeur. La grosse extrémité de l'ovoïde confine en arrière à la glande vestibulaire majeure.

On leur décrit deux faces: interne et externe; deux bords: supérieur et inférieur; et deux extrémités: postérieur et antérieur.

La face interne est contiguë en arrière avec la glande de Bartholin. Elle est recouverte comme cette glande, par le muscle constricteur de la vulve et répond par l'intermédiaire de ce muscle à l'extrémité antérieure de l'urètre, à celle du vagin, enfin au revêtement cutanéo - muqueux du vestibule, le long du bord adhérant des petites lèvres.

La face externe, convexe, est recouverte par le muscle bulbo-caverneux qui sépare le bulbe du triangle ischio-bulbaire.

Le bord supérieur est en rapport avec le plan moyen du périnée et en particulier avec le feuillet inférieur de l'aponévrose moyenne qui s'attache à lui.

Le bord inférieur longe le bord adhérant des petites lèvres.

L'extrémité postérieure, renflée, s'arrête à peu près en regard de la partie moyenne de l'orifice vaginale.

L'extrémité antérieure, enfin se rétrécit ; elle communique avec le bulbe du côté opposé et avec les veines du clitoris par le réseau intermédiaire. Kobelt a donné ce nom à un plexus veineux situé dans l'angle de coudure du clitoris en avant et sur les côtés de l'orifice urétral.

I.8. LES GLANDES VULVAIRES :

Elles comprennent : les glandes vestibulaires mineures, les glandes de Skene, les grains de Fordyce et les glandes de Bartholin.

I.8.1. Les glandes vestibulaires mineures : (4)

Ce sont les glandes sébacées sur les grandes lèvres, et les glandes sudoripares qui sont disséminées sur les deux lèvres ; Elles秘rètent une matière épaisse, blanchâtre, onctueuse, rappelant le smegma préputial.

I.8.2. Glande de Skene ou glandes para-urétrales : (4)

Elles se trouvent de part et d'autres de l'urètre, dans la tunique musculeuse urétrale, à une profondeur allant de 5 mm à 5 cm. Les canaux excréteurs des glandes s'ouvrent de part et d'autre de la papille urétrale, au niveau du vestibule de l'urètre. Ces glandes urétrales sont considérées comme les homologues de la prostate chez les hommes.

I.8.3. Grains de Fordyce : (6)

Ce sont des glandes sébacées situées dans la partie superficielle du chorion et qui sont presque constamment présentes, souvent de façon symétrique, sur les petites lèvres, la face interne des grandes lèvres et dans les sillons interlabiaux. Cliniquement, ce sont des micropapules jaunâtres, parfois regroupées en plaque. Leur mise en évidence est facilitée par la mise en tension de la peau et la muqueuse superficielle. Ce sont des glandes sébacées ectopiques, car les petites lèvres sont normalement dépourvues.



Figure 02 : Grains de Fordyce.

I.9. VAISSEAUX ET NERFS DE LA VULVE :

I.9.1. Les artères : (4, 8, 9, 10)

Une ligne horizontale, passant par le clitoris, divise la région vulvaire en deux territoires artériels : antérieur et postérieur.

Le territoire antérieur est vascularisé par les artères pudendale supérieure et inférieure, branche de l'artère fémorale, et accessoirement par une branche terminale artères obturatrice et funiculaire.

Le territoire postérieur est sous la dépendance de l'artère pudendale interne, branche de l'hypogastrique.

Le mont du pubis est vascularisé par les artères pudendale externes supérieures et inférieures, funiculaires et obturatrices.

Les grandes lèvres sont vascularisées par l'artère périnéale.

Les petites lèvres sont vascularisées par les branches de l'artère périnéale.

Le clitoris reçoit :

Les artères profondes du clitoris qui l'atteignent près de l'angle de réunion des deux piliers du clitoris.

L'artère dorsale du clitoris, branche terminale de la pudendale interne.

Le bulbe est irrigué par les artères du bulbe vestibulaires.

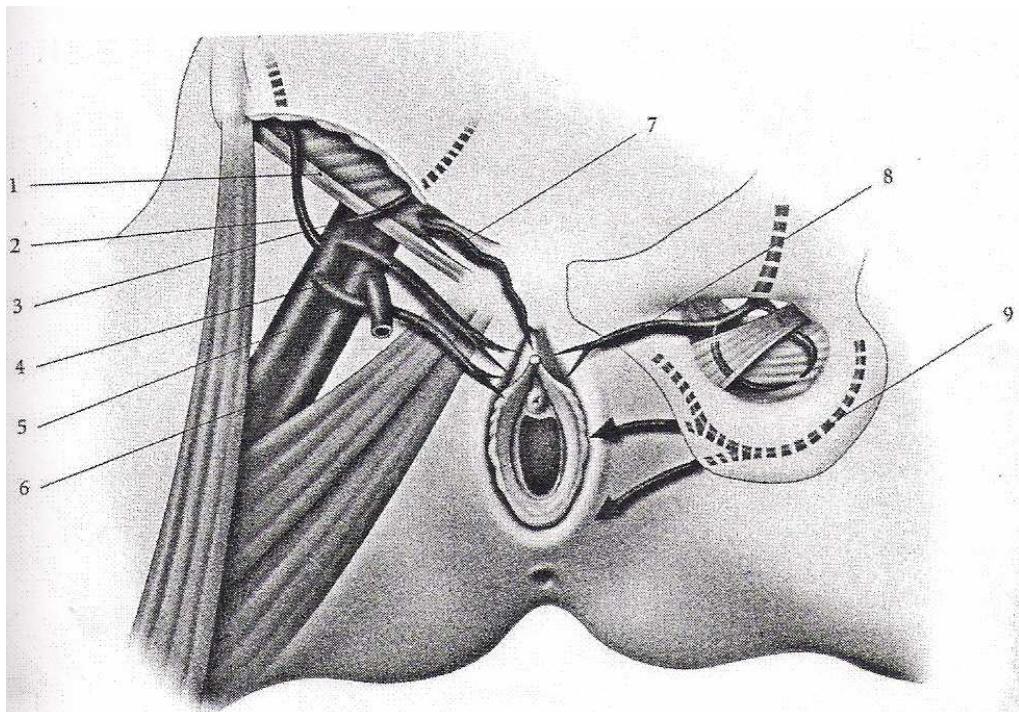
I.9.2.Les veines : (8, 9,10)

Le drainage du mont de pubis, des grandes lèvres et petites lèvres se déversent dans les veines pudendale externes vers en avant, dans les veines périnéales superficielles et par la suite dans les veines pudendale internes. Celles des petites lèvres se jettent dans les veines du bulbe et du réseau intermédiaire.

Les veines du clitoris sont collectées par les veines clitoridiennes superficielles et profondes qui cheminent sur la face dorsale du clitoris, les premières au dessus et les secondes au dessous du fascia clitoridien. On distingue tantôt une, tantôt deux veines dorsales superficielles principales, l'une à droite, l'autre à gauche ; elles se jettent dans la veine saphène interne correspondante.

La veine dorsale profonde est analogue à celle de la verge et se termine dans le plexus de Santorini.

Les veines du bulbe, de la glande de Bartholin et du réseau intermédiaire se rendent de chaque côté à la veine pudendale interne.



Vascularisation artérielle de la vulve. En cartouche : territoires artériels

- | | | |
|--|------------------------------|---|
| 1. lig. inguinal | 4. a. pudendale externe sup. | 7. lig. rond de l'utérus et
son artère |
| 2. a. circonflexe iliaque
superficielle | 5. a. pudendale externe inf. | 8. a. obturatrice |
| 3. a. épigastrique superficielle | 6. a. et v. fémorales | 9. a. pudendale interne |

Figure 03 : Vascularisation artérielle de la vulve.

I.9.3. Les lymphatiques: (8, 9,10)

La vulve est recouverte d'un riche réseau lymphatique dont le drainage principal est vaginal, le drainage iliaque est accessoire.

Le plexus lymphatique vulvaire.

Le plexus vestibulaire situé autour de l'urètre draine presque toute la face interne des petites lèvres.

Le plexus commissural postérieur draine la région ano-vulvaire.

Le plexus labial draine la face latérale des petites lèvres.

Le plexus présymphysaire, draine le prépuce et le plexus vestibulaire.

Le gland et le corps du clitoris se drainent selon deux voies :

Soit par 3 ou 4 collecteurs qui traversent la ligne blanche pour rejoindre les nœuds lacunaires. Soit par les collecteurs infra-pubiens qui accompagnent la veine dorsale du clitoris.

Pour atteindre les nœuds obturateurs et inter-iliaques. Les piliers du clitoris et les bulbes vestibulaires se drainent dans les nœuds iliaques internes par la voie honteuse interne.

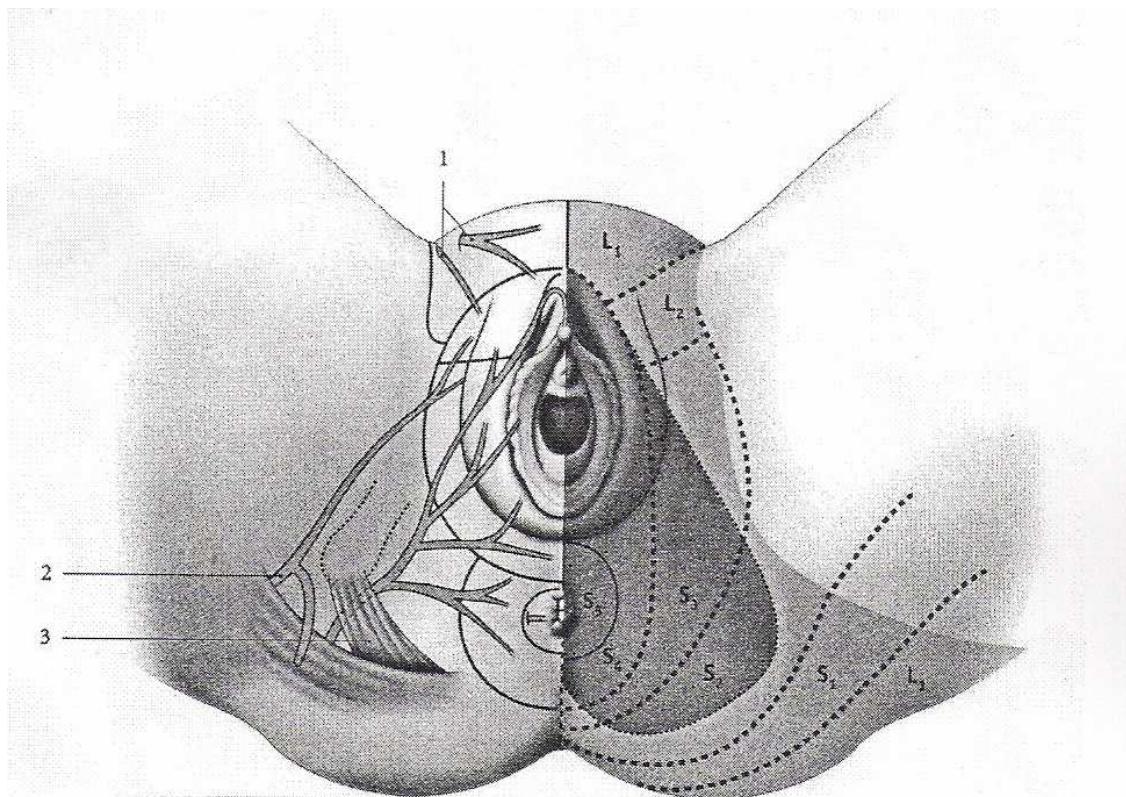
I.9.4. Les nerfs : (9, 10)

Le nerf pudendal est le nerf principal de la vulve. Il innervé deux tiers postérieurs des grandes lèvres, les petites lèvres, le bulbe et le clitoris.

Les branches génitales des nerfs ilio-hypogastriques, ilio-inguinal et génito-fémoral, innervent le mont du pubis et le tiers antérieur des grandes lèvres.

Les nerfs cutanés postérieurs de la cuisse, innervation la partie moyenne des grandes lèvres.

Les nerfs végétatifs proviennent de plexus hypogastriques et sont destinés aux corps érectiles.



- 1- N. iléo-hypogastrique, génito-inguinal, génito-fémoral
- 2- N. cutané post. de la cuisse
- 3- N. pudendal

Figure 04: Innervation de la vulve

II- RAPPEL ANATOMOPHYSIOLOGIQUE DE LA GLANDE DE BARTHOLIN :

II.1. Description : (1)

Les glandes de Bartholin sont appelées encore glandes vestibulaires majeures ou glandes vulvo-vaginales. Elles sont situées de chaque côté de la partie postérieure de l'orifice vaginal inférieur, à la jonction du tiers moyen et du tiers postérieur de la vulve, dans l'épaisseur des grandes lèvres.

Les glandes vulvo-vaginales sont petites jusqu'à la puberté. Par la suite, elle augmente de volume rapidement. Elles régressent à la ménopause.

Elle est l'homologue de la glande de Cowper chez l'homme.

II.2. Formes et dimensions : (8)

Elles sont allongées d'avant en arrière et aplatis transversalement. Leur volume est très variable. Pendant la période d'activité génitale, elles mesurent 10 à 15 mm de longueur, 8mm de hauteur et 5mm d'épaisseur. Elle pèse environ 4 à 5 g.

II.3. Rapports : (8, 10)

La face interne est au contact de la paroi vaginale.

La face externe est accolée en avant du bulbe; et en arrière au muscle bulbo-caverneux.

Le bord supérieur est en rapport avec l'aponévrose moyenne et le muscle transverse profond.

En arrière la glande répond au muscle transverse superficiel.

II.4. Le canal excréteur : (8)

Chaque glande comporte un canal excréteur qui mesure 10 à 20 mm de longueur et 2 mm de largeur. Chaque canal vient se jeter par un petit orifice dans le sillon nympho-hyménéal. Chaque canal excréteur permet d'évacuer les sécrétions provenant de sa glande vers le vestibule vaginal.

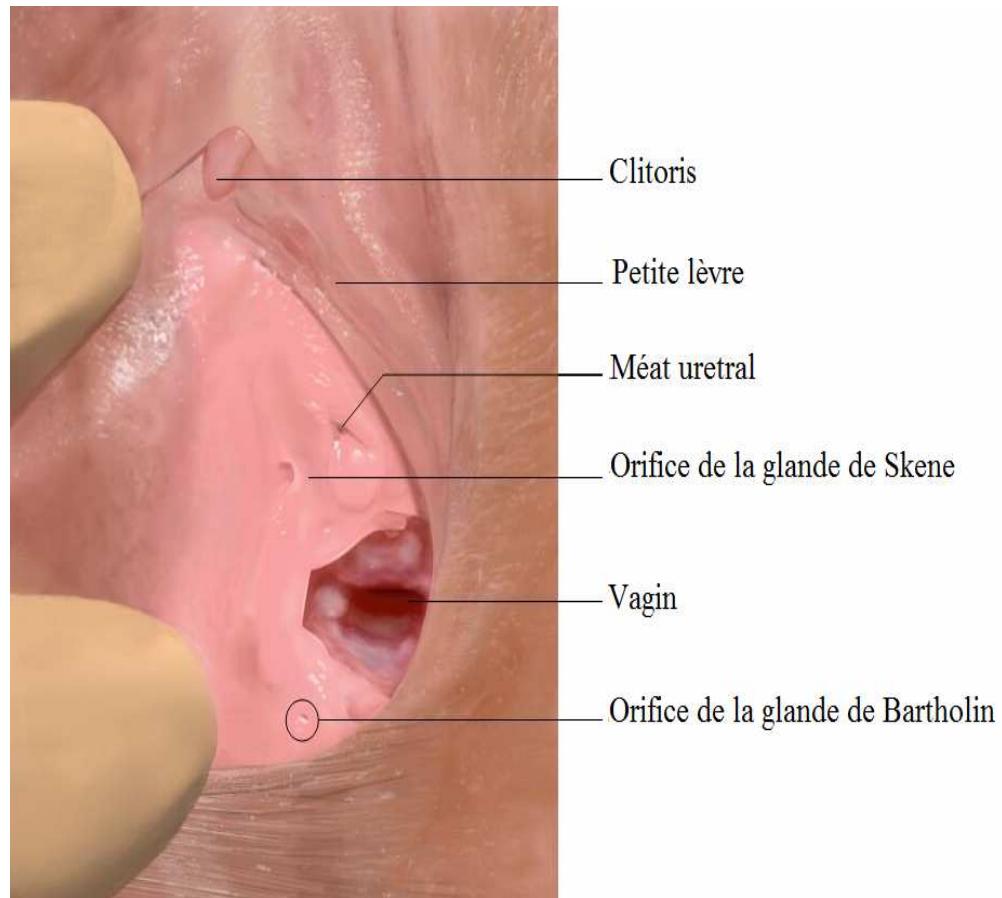
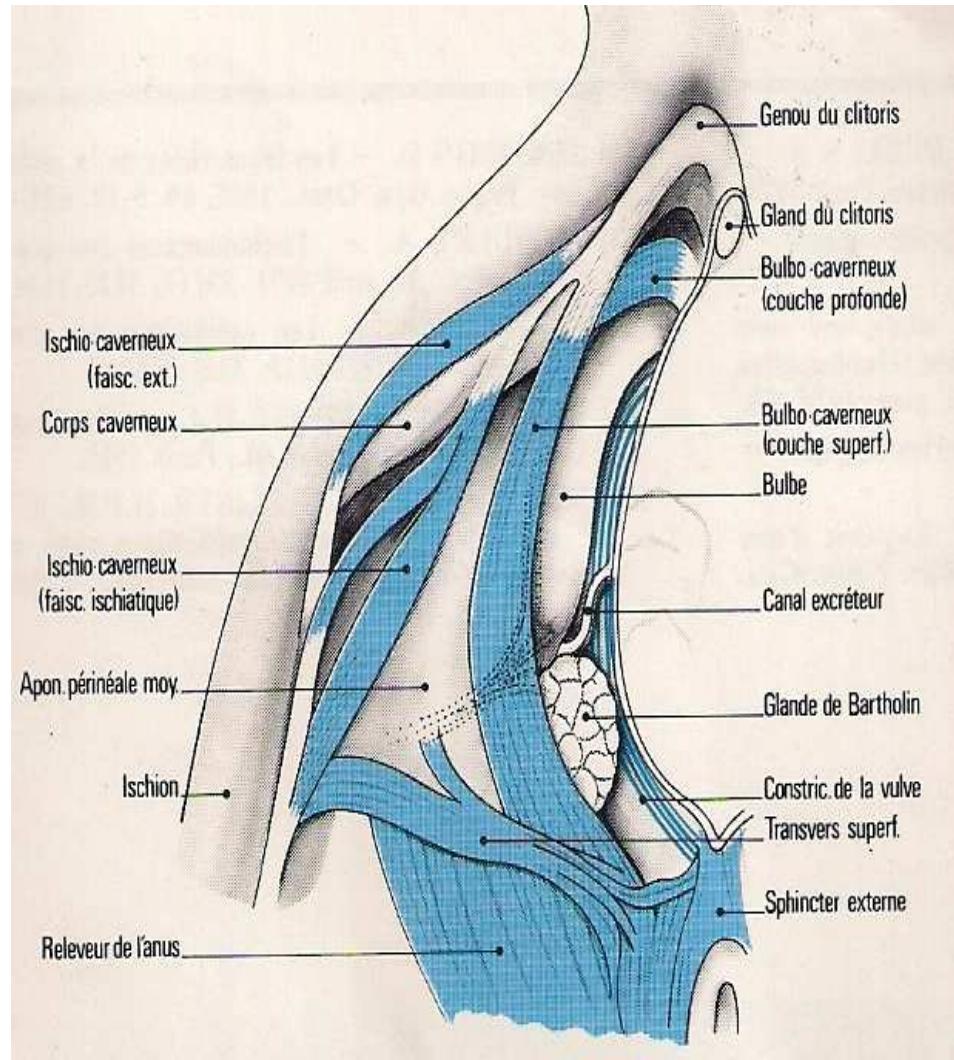


Figure 05 : Orifices des glandes vestibulaires.



**Figure 06: Rapports de la glande de Bartholin
et de son canal excréteur**

II.5. Vascularisation et innervation : (10)

La glande de Bartholin reçoit des rameaux de l'artère du bulbe et de l'artère périnéale superficielle. Ce dernier aborde la glande en haut et en avant. C'est un rapport chirurgical essentiel à connaître pour pouvoir contrôler ce pédicule lors d'une éventuelle exérèse.

Les veines de la glande de Bartholin se rendent de chaque côté à la veine pudendale interne.

Les systèmes lymphatiques de la glande se drainent soit dans les nœuds inguinaux, soit dans les nœuds glutéaux.

II.6. Histologie : (11)

La glande de Bartholin est de type racémeux et bien lobulée : chaque lobule est constitué d'acini bordé d'un épithélium cylindrique muco-secrétant.

Le canal excréteur est revêtu d'un épithélium de type transitionnel : les cellules de réserves s'amplifient, refoulant en surface les cellules cylindro-cubiques. Seul, l'orifice du canal est cerné d'un épithélium malpighien.

II.7. Rappel physiologique de la glande de Bartholin : (9, 12)

Les glandes de Bartholin participent à la lubrification de la vulve et du vagin. Les sécrétions appelées Cyprine, provenant de ces glandes sont secondaires à une stimulation sexuelle, ce n'est qu'une faible quantité de 0,5 à 1,5 CC. Elle contribue à la lubrification des parois internes du vagin ainsi que des petites lèvres afin de faciliter la pénétration du pénis lors des rapports sexuels. La cyprine contient de l'eau, de la pyridine, du squalène, de l'urée, de l'acide acétique, de l'acide lactique, de l'aldéhyde et des complexes d'alcool et de glycols.

Le fluide est généralement clair et ressemble plus au liquide pré éjaculatoire masculin qu'au sperme. Il peut présenter une grande variété de texture, goût, couleur et odeur, suivant l'état d'excitation sexuelle, la phase du cycle menstruel, la présence d'infections, la consommation de drogues, l'alimentation et des facteurs génétiques.

La cyprine est acide, avec un pH normal compris entre 3,8 et 4,5. Des IST peuvent augmenter son acidité.

Ce sont des glandes hormonodépendantes; elles restent rudimentaires pendant l'enfance, et elles s'atrophient à la ménopause. C'est durant la vie génitale active que ces glandes prennent leur taille et leur fonctionnement normaux, puis c'est surtout durant cette période qu'apparaissent leurs pathologies (kystes, abcès...).

III. EXAMEN CLINIQUE DE LA VULVE : (13)

Il est pratiqué chez une femme en décubitus dorsal et en position gynécologique. La vulve est limitée latéralement par le sillon génito-fémoral et se perd en arrière dans la région glutéale. Le mont du pubis est en avant. Il est plaqué sur la symphyse pubienne et recouvert d'une dense toison. Il faut écarter les grandes lèvres pour examiner le vestibule et les petites lèvres qui encapuchonnent le clitoris en avant.

L'inspection permet d'apprécier :

La pilosité

L'état des grandes lèvres et petites lèvres : lésions, ulcérations, masses, indurations, régions de différentes couleurs.

L'état de l'hymen : complet ou déchiré, voir même perforé. Ne pas oublié l'examen des téguments, ainsi que l'examen des glandes annexes de la vulve.

L'examen de la glande de Bartholin :

Normalement elles sont invisibles et non palpables. Elles sont situées dans le tiers postéro-inférieur des grandes lèvres. En pinçant celles-ci entre un doigt vestibulaire et un doigt génito-crural, on peut voir apparaître une petite goutte de liquide séreux ou

purulent à l'orifice du canal excréteur qui est situé dans le sillon nympho-hyménéal. Ce geste permet de repérer l'orifice du canal excréteur de la glande.

IV. LES DIFFERENTES PATHOLOGIES DE LA GLANDE DE BARTHOLIN :

Différentes pathologies peuvent affecter la glande de Bartholin. Elles peuvent s'infecter, dans ce cas on aura une bartholinite ; on bien s'enkyyster : kyste de la glande ; et c'est rarement qu'elles se cancérisent. (14)

IV.1.KYSTE DE LA GLANDE DE BARTHOLIN :

IV.1.1. Définition : (2)

Un kyste est une tumeur bénigne formée dans un organe. Elle est délimitée par une paroi et remplie d'une substance liquide ou semi solide ou par un gaz.

Le kyste de la glande de Bartholin est un kyste rétentionnel produit par la rétention de sa sécrétion liée à l'obstruction de son canal excréteur.

IV.1.2. Epidémiologie : (15, 16, 17)

Elles représentent la plus fréquente des tuméfactions de la vulve. Environ 2% des femmes sont atteintes par cette pathologie durant leur vie. Elles intéressent surtout les femmes en activité génitale, ayant moins de 40ans.

IV.1.3. Physio-etio-pathogenie : (15, 18)

L'obstruction du canal est le facteur étiologique essentiel. La persistance de l'activité sécrétoire de la glande sur cette occlusion mène à sa distension avec le fluide. La nature de l'obstacle peut être :

Dans certaines circonstances : transpiration abondante, vêtements serrés, sport, rapports sexuels, ce canal excréteur peut se boucher.

Des atrésies et sténose congénitales du canal principal. Ceux-ci expliqueraient la présence des kystes chez les vierges.

Les traumatismes entraînant des ruptures de la continuité du canal, ou son obstruction par une sclérose cicatricielle peuvent en intervenir. Ce cas est rencontré surtout lors d'une épisiotomie latérale qui est une technique abandonnée.

La plupart des kystes sont aussi dus à une infection génitale, Inflammation, mucus épaissi, nulliparité.

Il faut se rappeler que la taille d'un kyste dépend beaucoup de la stimulation sexuelle ; ils augmentent de façon rapide en période de grande activité sexuelle.

IV.1.4. Diagnostics clinique et paraclinique : (15, 16, 19)

Habituellement le diagnostic peut être fait par une bonne anamnèse avec un examen physique. Beaucoup de kyste de la glande de Bartholin ne cause aucun symptôme. En général, ils sont découverts facilement par la femme, plus fréquemment au moment de la toilette. Elle note une petite masse indolore juste en dehors de l'ouverture vaginale qui va motiver la consultation.

Ou bien lorsqu'il cause un malaise en se reposant, ou pendant les rapports sexuels.

Elle peut être découverte fortuitement par un médecin au cours d'un examen pelvien courant.

Si un kyste devient infecté, il se remplit de pus, et devient ferme, gonflé, et très douloureux, le rendant difficile pour qu'une femme se repose, marche ou d'avoir des rapports.

Un kyste de la glande de Bartholin est donc diagnostiqué par un examen pelvien gynécologique avec une palpation bi digitale intra et extra vaginal.

A l'examen, les petits kystes sont peu visibles. Elle se révèle par la palpation bidigitale. Les kystes visibles distendent les téguments de la grande lèvre, l'entrée du vestibule présentant une forme de croissant.

Si le kyste semble être infecté, une culture est souvent exécutée pour identifier le type de bactéries causant l'abcès.

Aucun examen paraclinique n'est nécessaire pour le diagnostic, par contre Une échographie de la vulve peut mettre en évidence la présence d'une kyste ainsi qu'identifier la nature du contenu de la glande.

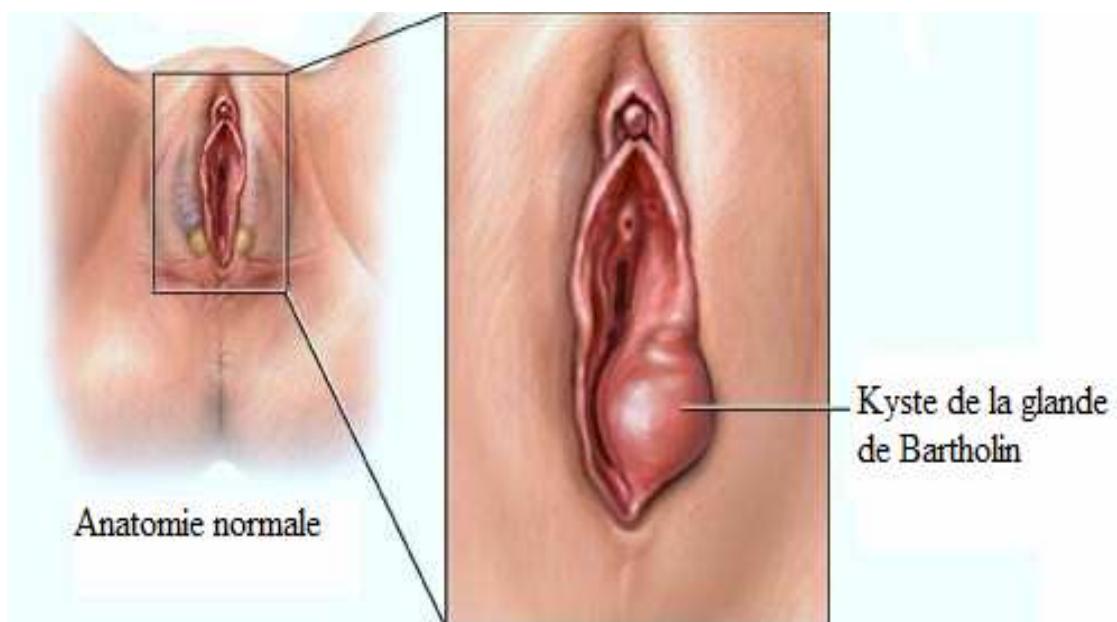


Figure 07: Kyste de la glande de Bartholin gauche.

IV.1.5. Diagnostics différentiels : (20)

Autres tumeurs bénignes de la vulve : lipome, fibrome, léiomyome, myoblastome.

Hématome vulvaire post traumatique en général suite à un accident sportif ou autre.

IV.1.6. Evolution : (1)

L'évolution se fait presque toujours vers l'abcèdation et la fistulisation. On aura donc une bartholinite.

Il peut être récidivant, et la dégénérescence maligne est possible surtout chez les femmes ayant plus de 40ans.

IV.1.7. Traitement : (18, 21)

- **But :**

Le but c'est d'éviter les récidives et les complications. Pour cela, le traitement idéal est donc chirurgical.

- **Les voies d'abords :**

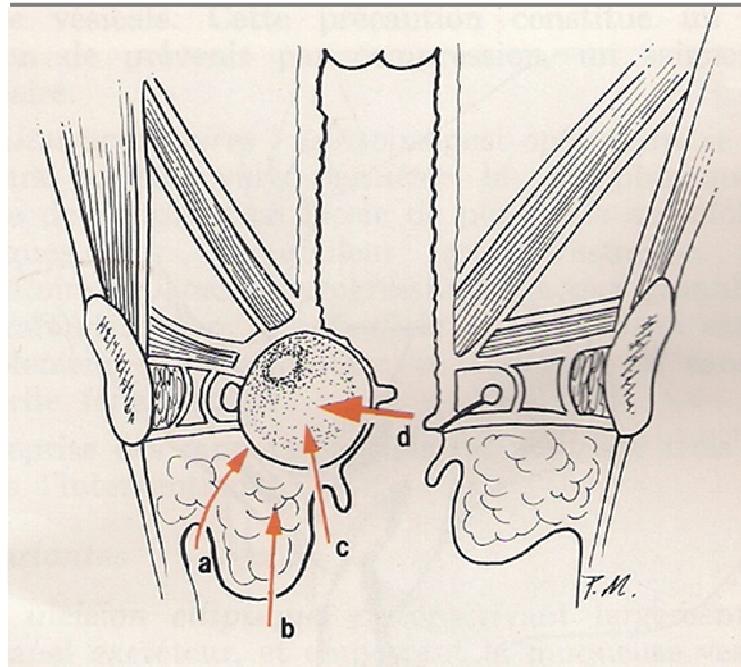


Figure 08: Voies d'abord de la glande de Bartholin

a: Incision externe, sur la face cutanée de la grande lèvre.

b : Incision sur le bord libre de la grande lèvre.

c : Incision dans le sillon interlabial.

d : Incision dans le sillon nympho-hyménéal (la meilleure)

L'incision dans le sillon nympho-hyménéal est la meilleure technique car elle seule permet l'abord direct de la glande par son plus court chemin.

- **Les Techniques opératoires : (19, 22, 23)**

➤ **Exérèse :**

L'intervention a pour but, l'ablation chirurgicale complète de la glande, du kyste, ainsi que de l'orifice.

Elle est réalisée sous anesthésie générale, loco-régionale, ou bien locale.

Il consiste d'abord à inciser selon les voies d'abords suscitées. Cette dernière doit être menée dans le sillon nympho-hyménéal permettant d'aborder au plus court la formation kystique. Ceci justifie l'indication de cette technique.

Le clivage muqueux vestibulaire - vagin - paroi kystique s'en suit. Ici on s'efforcera de n'ouvrir ni le vagin, ni le kyste.

Extirpation du kyste.

Vérification de l'hémostase.

Une fois ce dernier fait, on peut laisser largement la loge ouverte sans drainage ni capitonnage. Un tampon vaginal de bonne taille pour une durée de 24h est mise en place, sous couvert d'une sonde vésicale. Ceci consiste un excellent moyen de prévenir un saignement secondaire.

D'autre part, on peut bien faire un capitonnage, en rapprochant les parois de la profondeur vers la superficie en plusieurs plans à l'aide des points séparés.

Certains auteurs place dans la loge, un drain en une lame de caoutchouc pendant 24h ou une mèche de gaze laissée 2 à 3 jours imbibée quotidiennement.

➤ **La marsupialisation : (2, 22, 24, 25)**

Elle consiste à suturer les parois du kyste à la muqueuse vestibulaire. JACOBSON en 1950, a été l'instigateur de cette technique.

Elle est pratiquée sous anesthésie locale, régionale ou générale. Elle peut être réalisée en ambulatoire. La durée de l'intervention est en moyenne 15 min.

Elle consiste à faire une incision elliptique d'un à 1cm et demi au niveau de la muqueuse vestibulaire en regard de la tuméfaction.

A partir de cette ligne d'incision, le clivage est ensuite réalisé. Elle intéresse la paroi kystique et le plan sous-jacent.

Puis on incise le kyste à son tour sur une longueur identique à celle de l'incision. Il laisse donc s'épancher son contenu. Au besoin on peut prélever aseptiquement le contenu, et adresser au laboratoire pour une éventuelle bactériologie.

Par la suite, la cavité kystique est lavée au sérum physiologique ou à l'aide d'une solution antiseptique. Ceci est nécessaire, car elle permet l'inspection minutieuse à la recherche : de constrictions qui doivent être divisées ou des logettes qui doivent être effondrées. La paroi du kyste est alors suturée à la muqueuse vestibulaire avec un fil 3.0 ou 4.0. L'hémostase est assurée par une pression directe du bord de l'ouverture. La nouvelle région se rétrécira lentement avec le temps, et formera un nouvel orifice de conduit. Le risque de récidive après marsupialisation est de 10%.

➤ Catheter de WORD : (2, 26)

Cette dernière technique est la plus communément utilisée actuellement. Elle se fait sous anesthésie locale. Après avoir effectué une petite incision de 5 millimètres, on vide le kyste puis, on insère le cathéter. On gonfle ensuite son bout interne avec 2 à 3 ml du sérum salé. Ceci va le retenir en place et permettra ainsi de garder l'incision ouverte. Le bout distal du cathéter (celui hors du trou) peut alors être replié dans le vagin. Le cathéter est habituellement laissé en place 3 à 6 semaines. Cette durée permet alors la création d'un conduit permanent, évitant ainsi les récidives.

Le traitement du kyste de la glande de Bartholin a donc évolué. On est parti d'un procédé compliqué saignant exigeant l'anesthésie générale, à plus récemment une simple piqûre du kyste et l'emplacement d'un drain qui est faisable au bureau.

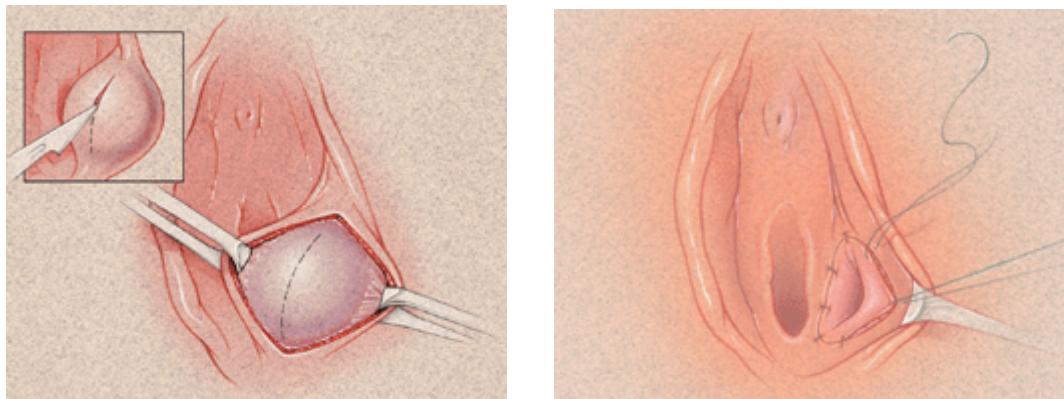


Figure 09: Technique de la marsupialisation

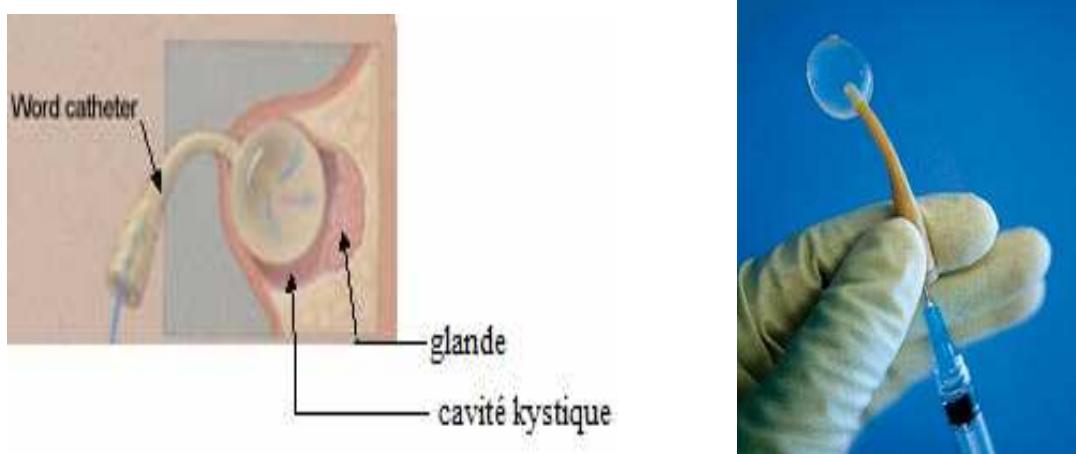


Fig. 10: Placement du catheter de word

Fig. 11: Catheter de word

IV.2. BARTHOLINITE:

IV.2.1.Définition : (6)

La bartholinite désigne l'inflammation des glandes de Bartholin. Elle survient sur un mode aigu et qui est particulièrement caractéristique.

IV.2.2. Fréquence et épidémiologie : (1, 17)

Touche les femmes en activités génitales surtout entre 20 à 30ans. Elle est rare avant la puberté et après la ménopause.

IV.2.3. Physiopathologie : (25)

L'infection de la glande est le résultat d'un envahissement de celle-ci par des germes provenant du vagin. Elle peut se faire par deux mécanismes :

Soit par voie ascendante, par des germes vaginaux. Ceux-ci sont remontés en utilisant le canal excréteur de la glande, entraînant par la suite un abcès de la glande.

Sinon, l'infection peut survenir sur un kyste de la glande de Bartholin.

Il est nécessaire de savoir que la bartholinite est susceptible de survenir durant la grossesse.

IV.2.4. Etiologie : (1, 27, 28, 29)

Plusieurs germes sont en causes. Il n'y a pas de spécificité particulière. Les études du 1970-1980 ont montré que les IST telles ; Neisseria Gonorrhées et les Chlamydia Trachomatis sont les microbes pathogènes communs. Récemment, plusieurs études indiquent la prédominance des bactéries opportunistes. On a isolé pour les germes anaérobies : Clostridium Perfringens, Fusobacterium, Bacteroides Fragilis ; et pour les aérobies : N. Gonorrhées, Chlamydia Trachomatis, staphylocoques Aureus, Staphylocoques Fecalilis, Escherichia Coli. La candidose n'est pas exclue de ces causes. La syphilis et le VIH en est exclu mais leur présence impose la recherche d'une éventuelle IST probablement en cause.

IV.2.5. Diagnostic clinique et paraclinique : (20, 27, 30, 31)

Bartholinité aigüe :

Au début, la symptomatologie est dominée par une douleur vulvaire localisée, d'installation progressive, unilatérale en générale, gênant la marche.

Rapidement le tableau clinique se complète avec des douleurs lancinantes, pulsatiles, irradiants dans le pli de l'aine et la cuisse, responsable de dyspareunie superficielle d'intromission. La température est élevée à 38-39°.

- L'examen clinique retrouve :

Une tuméfaction vulvo-vaginale, latéralisée, refoulant la grande lèvre vers l'extérieur qui mesure plusieurs centimètres de diamètre. La peau en regard est rouge, tendue, chaude, très inflammatoire.

Une excrétion de pus peut-être objectivée, soit au niveau du canal excréteur, soit n'importe où en surface de l'abcès en cas de fistule.

La palpation est très douloureuse et la pression peut entraîner l'expression de pus au niveau du canal excréteur.

A un stade plus évolué, on peut retrouver une fluctuation.

Chez certaines patientes, il est également possible d'observer des ganglions augmentés de volume à cause de l'inflammation et de l'infection. Ceux-ci sont situés au niveau du pli de l'aine.

- Les examens complémentaires

Il est inutile pour confirmer le diagnostic mais surtout pour la recherche étiologique des germes responsables.

- Prélèvement de pus pour la recherche de germe au niveau de l'abcès avec un antibiogramme pour son identification.
- Prélèvement vaginal.
- Une prise de sang pour NFS, VSH afin de rechercher ou confirmer le foyer infectieux.



Figure 12 : Bartholini droite

IV.2.6. Formes cliniques : (32, 33, 34, 35)

Selon le terrain : Chez le nouveau né, le nourrisson, enfant, les femmes enceintes.

Selon l'étiologie on peut avoir : bartholinite tuberculeuse, dû au Pseudomonas Aeuruginosa, Klebsiella Pneumoniae.

Selon le siège : derrière l'hymen.

IV .2.7. Diagnostique différentiels : (20)

Un abcès de la grande lèvre, qui n'a pas la même localisation anatomique et qui est souvent moins volumineux et moins profond.

Un abcès de la marge anale, situé encore plus en arrière.

Des lésions vulvaires : Kyste vulvaire de la glande sébacée, hématome, lipome, hydadenome, léiomyome, Endométriose vulvaire.

IV.2.8. Evolution : (6, 30, 31)

L'évolution d'une Bartholinite est rapide. L'abcès devient de plus en plus douloureux tout en augmentant de volume. En l'absence de traitement, il fini par se fistuliser à la peau et peut se compliquer d'un abcès pelvi-périnéal, septicémie.

Le passage à la chronicité est possible. Soit, la glande reste dure avec une sensation de petit nodule : kyste résiduel. Soit, elle augmente de volume, palpable profondément dans le périnée. Celle-ci est le siège de poussée inflammatoire intermittente, au cours des quelles réapparaissent les symptomatologies précédemment.

IV.2.9. Traitement :

➤ **But : (31)**

Le but c'est d'évacuer la collection purulente et d'éviter les récidives.

➤ **Moyens : (1, 29)**

Régime hygiénique : Bain de siège, 2 à 3 fois par jour. Il soulage la douleur et aide sur la désinfection.

Médicaux : antalgiques, anti-inflammatoires et des antibiotiques couvrant les germes les plus fréquents.

Chirurgicaux.

➤ **Techniques : (18, 20, 27, 36)**

Il y a différentes méthodes pour drainer l'abcès. Le principe de base est qu'il faut vider la collection de pus et empêcher une nouvelle accumulation.

Drainage simple par une incision suffisamment large, il est possible d'effondrer les logettes glandulaires infectées, en recherchant le prolongement postérieur et en explorant prudemment vers l'avant et le haut au contact du bulbe et du pédicule. La plaie est laissé ouverte simplement drainée par une mèche.

A côté de ceci le traitement est identique à ceux du kyste.

L'intervention de DUREL, qui est une technique abandonnée actuellement. C'est une mise à plat au bistouri électrique, suivi d'une électrocoagulation de la totalité de la glande jusqu'à sa face interne. Cette technique permet la destruction de toutes les cryptes glandulaires et une hémostase précise.

➤ **Indications : (30, 37)**

Lorsqu'il s'agit d'un tout début d'une Bartholinite aigüe, un traitement médical associant des antibiotiques et des antalgiques peut être tenté avec le bain de siège. Les antibiotiques doivent couvrir les germes les plus fréquents.

Au stade de bartholinite aigüe abcédée, la mise à plat chirurgicale s'impose d'urgence. La glande de Bartholin est généralement laissée en place, car son ablation dans ce contexte est source de complications.

Le traitement chirurgical est aussi indiqué en cas d'évolution persistante sous antibiotiques, et dans les formes chroniques.

Il faut rappeler qu'un traitement pour une désinfection vaginale pré et post opératoire apporte une meilleure sécurité clinique.

IV.2.10. Risques et complications : (24, 30, 38, 39)

- Il existe des risques inhérents à l'intervention chirurgicale :

La survenue d'un œdème de volume important quelquefois impressionnant mais qui régresse spontanément. Certaines patientes présentent un kyste de la glande de Bartholin, sous la forme d'une récidive, voire une bartholinite.

- Le traitement chirurgical peut se compliquer :

- Hématome : c'est la complication la plus fréquente.

- Cellulite ou un fasciite nécrosante du périnée post marsupialisation, c'est un processus infectieux d'évolution rapide et potentiellement fatale. Elle est caractérisée par une inflammation progressive et une nécrose extensive du tissu sous-cutané envahissant le fascia et les tissus adjacents. Son taux de mortalité est estimé à 20%. C'est une urgence chirurgicale. Un diagnostic précoce et un débridement large des tissus infectés sont les clés du succès thérapeutique.

- Septicémie.

- Fistule recto-vaginal provoquée par une incision large avec drainage. A long terme, une cicatrice vicieuse susceptible d'entrainer une dyspareunie, ou une douleur chronique.

IV.3. CANCER DE LA GLANDE DE BARTHOLIN : (17, 40, 41, 42)

C'est un cancer très rare. Elle atteint un sur un million des femmes.

Elle intéresse les femmes ayant plus de 40ans. Ce cancer représente 2 à 7% de tous les carcinomes vulvaires et 0,1% de tous les cancers génitaux féminin. Selon le type histologique, on peut rencontrer : l'Adénocarcinome, Carcinome kystique Adénoïde et d'autres.

Le diagnostic est fait par une ponction biopsique ou une biopsie d'exérèse.

Le traitement consiste en une excision large avec lymphadénectomie inguinale homolatérale suivit d'une radiothérapie. La présence d'un ganglion sentinelle pelvien ou inguinal est possible.

L'évolution est souvent favorable, la récidive est exceptionnelle et la métastase ganglionnaire, génitale, pulmonaire peuvent être rencontré. La rareté de cette pathologie explique l'absence de consensus concernant la meilleure prise en charge thérapeutique, mais traité à temps le pronostic est souvent favorable.



Schéma 13: kyste de la glande de Bartholin droite.



Schéma 14: Clivage de la paroi kystique.

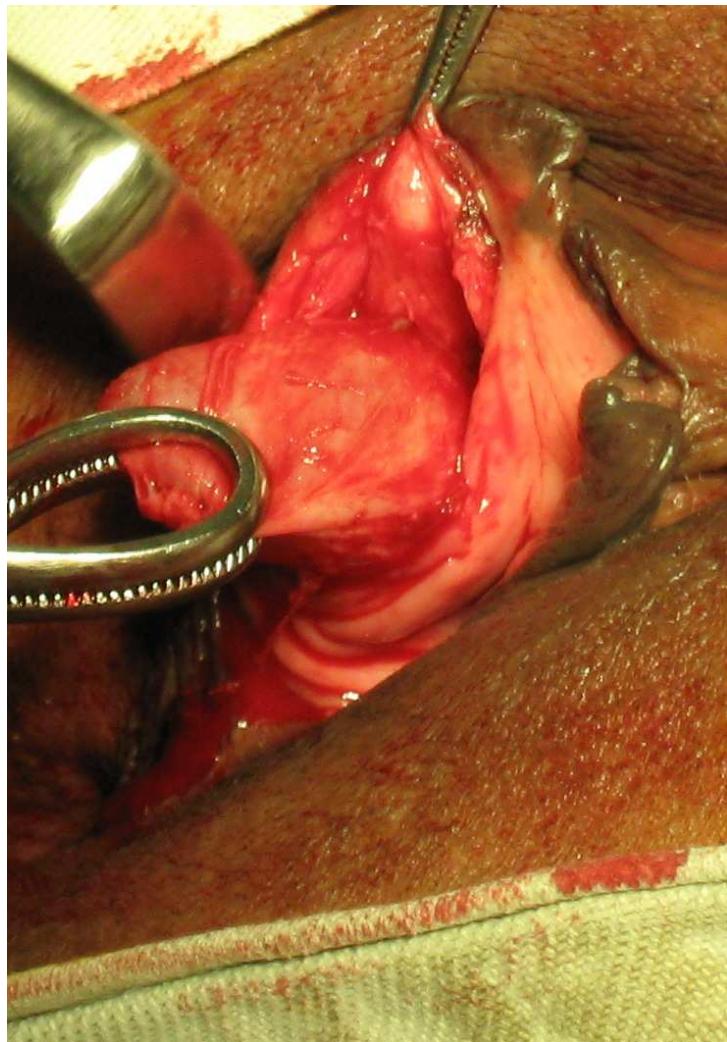


Schéma 15: Extirpation du kyste

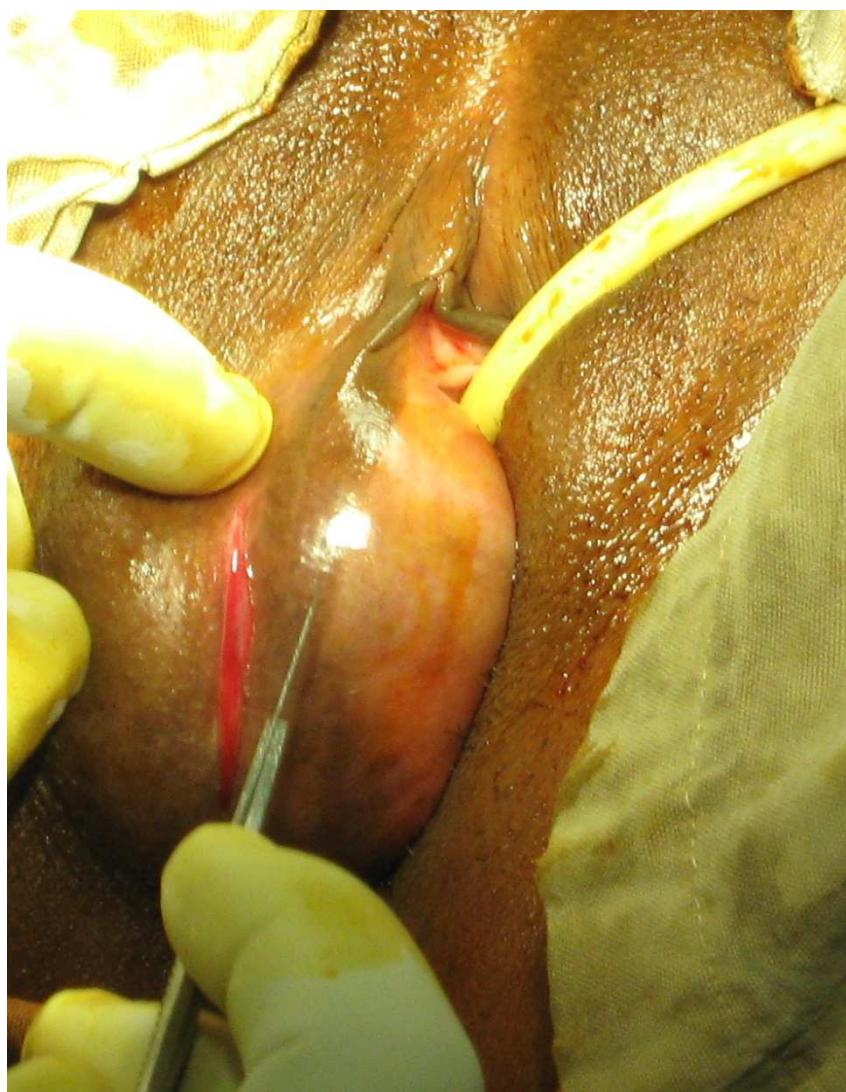


Schéma 16: Incision interlabial d'une bartholinite droite.

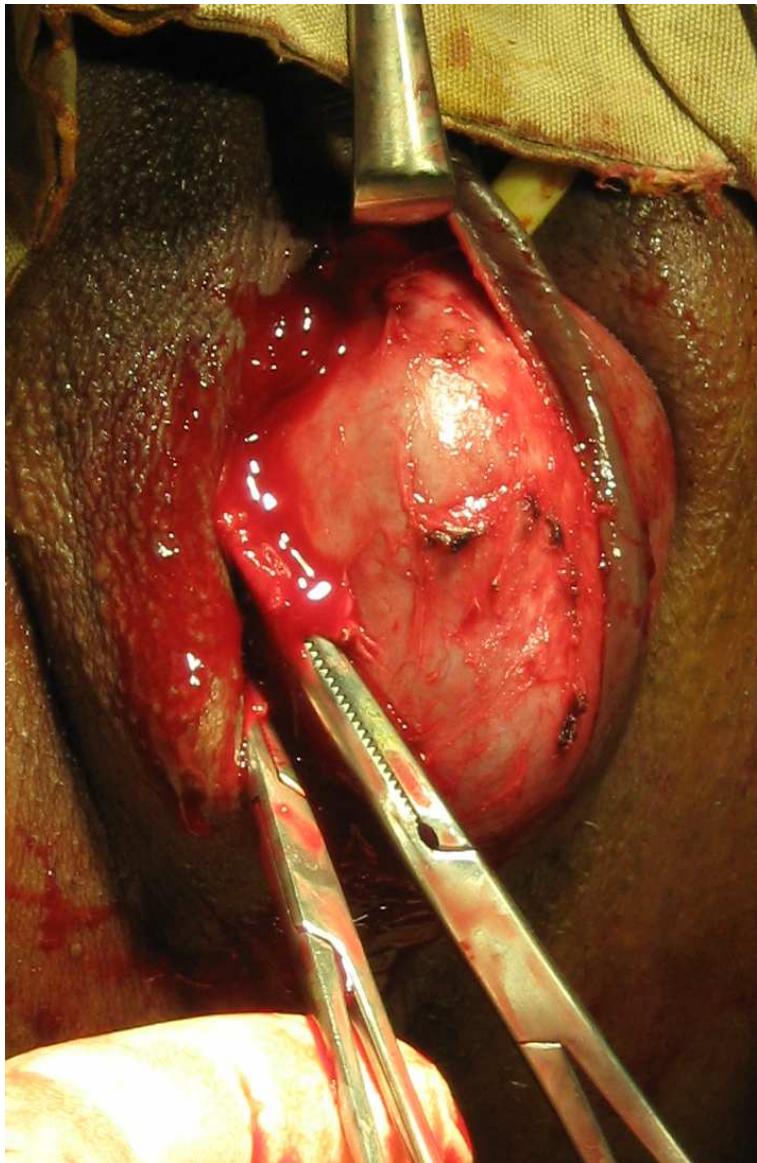


Schéma 17: clivage

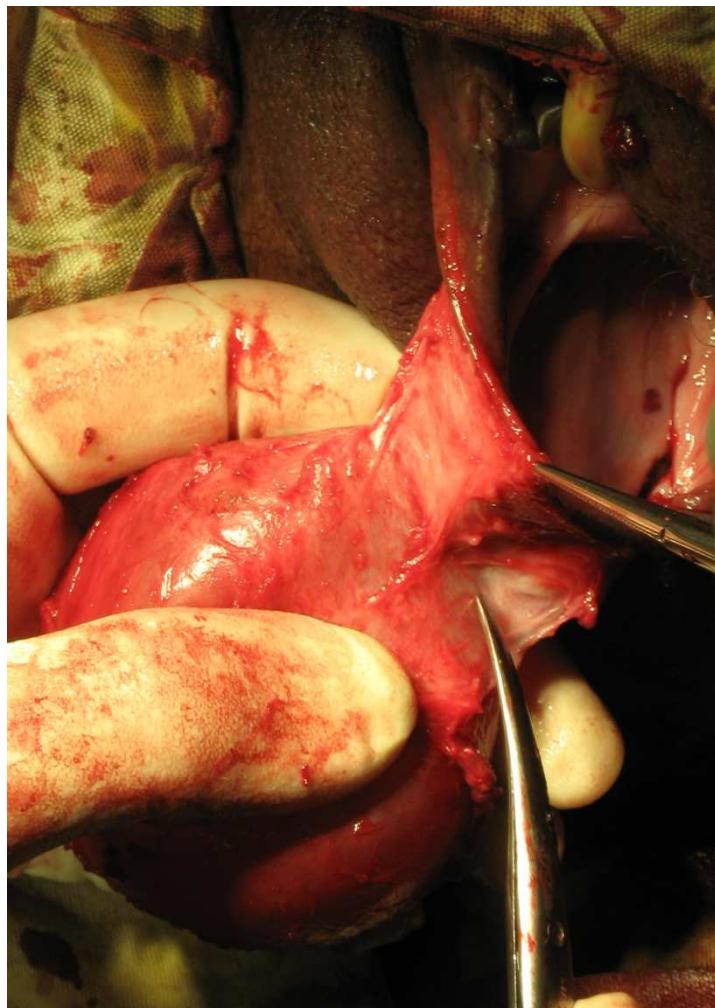


Schéma 18: Extirpation de la glande en bloc.

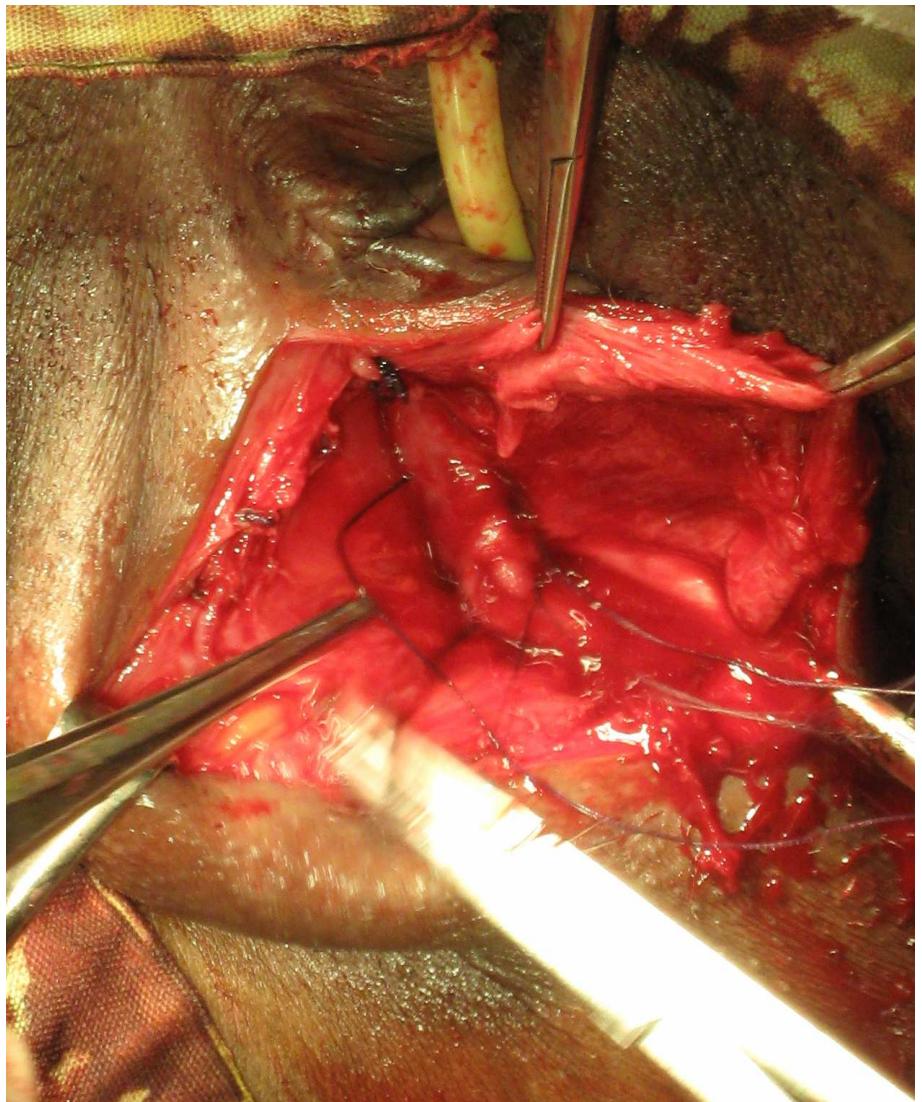


Schéma 19: Capitonnage.



Schéma 20: Drainage

*Deuxième partie : notre
étude proprement dite*

I. OBJECTIF :

Notre étude a pour objectif de rechercher les principaux facteurs de risque et les étiologies des pathologies de la glande de Bartholin afin d'établir une prévention et la prise en charge.

II. METHODOLOGIE :

- **Cadre d'étude :**

Nous avons effectué notre travail au service de Gynécologie Obstétrique du CHU de Mahajanga. C'est un centre de référence en pathologie gynécologique et obstétrical de la province.

Il est actuellement équipé :

- D'une unité mère : gynécologie, obstétrique, consultation pré et post natale, Planning familial.
- Néonatalogie
- De formation.

- **Méthode :**

Nous avons procédé à une étude retro et prospective.

L'étude rétrospective est sous forme d'analyse des dossiers des patientes qui ont présenté une pathologie de la glande de Bartholin pendant 4 ans de Décembre 2005 au Décembre 2009.

Ces dossiers se composent essentiellement :

- Fiche de température et d'observation clinique.
- Résultats des examens biologiques et complémentaires.
- Cahier de registre.
- Un compte rendu opératoire.

Tandis que dans l'étude prospective on a suivi les patientes dès leur entrées, faire l'examen clinique et paraclinique nécessaire. Poser le diagnostic, puis adopter le traitement adéquat, suivre l'évolution jusqu'à la sortie.

Nous avons analysé les variables suivantes :

- L'âge
- Le profil socio-économique
- Les antécédents des patientes
- Les aspects cliniques et paracliniques
- Les conduites thérapeutiques
- Les évolutions

• **Critère d'inclusion :**

Toutes patientes ayant présenté une pathologie concernant la glande de Bartholin.

• **Critères d'exclusions :**

Nous avons exclu de notre étude toutes patientes présentant une pathologie de la glande de Bartholin non traitées, admises pour une autre cause.

Les dossiers inexploitables, absence ou perte de certaine pièce de dossier.

III. RESULTATS :

Sur un total de 1886 dossiers sur notre période d'étude, nous avons retrouvé 29 dossiers concernant la pathologie de la glande de Bartholin, et nous avons retenu 24 dossiers répondant à nos critères d'étude. Les 5 dossiers n'ayant pas répondu aux critères d'inclusions sont éliminés. Nos résultats sont colligés en fonction des variables analysées dans les tableaux qui suivent.

III.1. Caractéristiques des patientes :

III.1.1. L'âge :

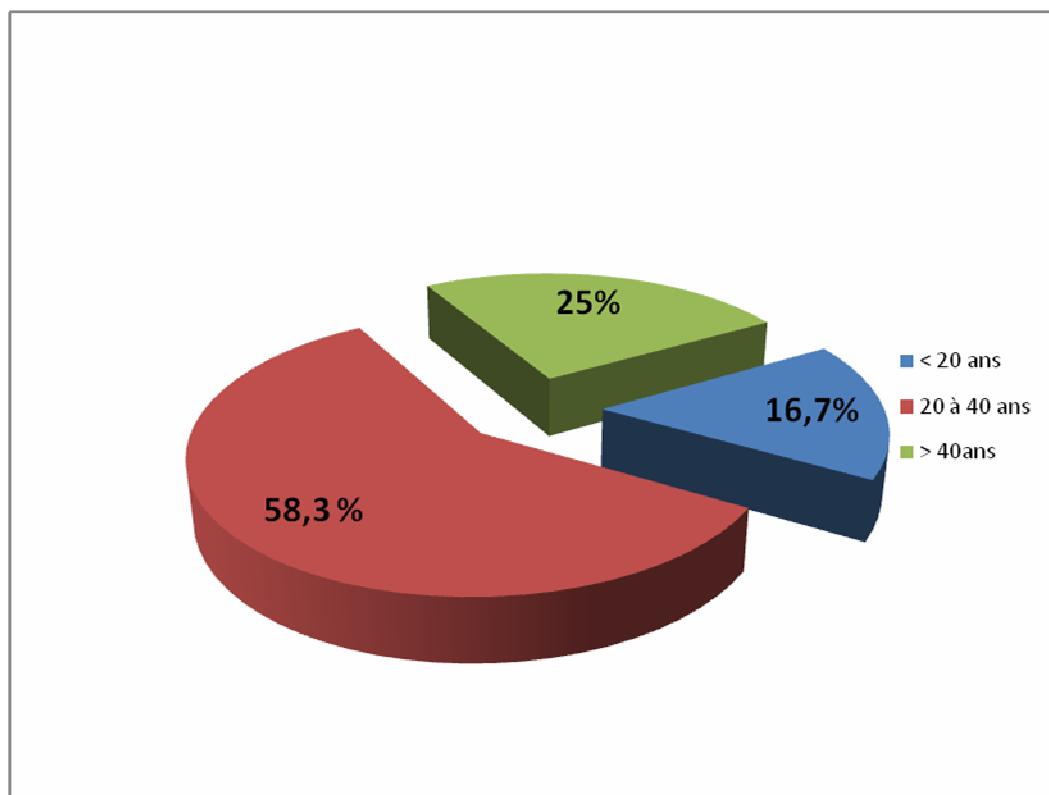


FIGURE 21 : Répartition des patientes selon l'âge.

III.1.2. Profession :

Profession	Effectifs	Pourcentage (%)
Ménagère	13	54, 20
Etudiante/élève	4	16, 70
Institutrice	1	04, 20
Autres	6	25, 00
Total	24	100

TABLEAU 1 : Répartition des patientes selon leur profession.

III.1.3. Niveau d'étude :

Niveau d'étude	Effectifs	Pourcentage (%)
Primaire	2	08,33
Secondaire	19	79,20
Universitaire	3	12,50
Total	24	100

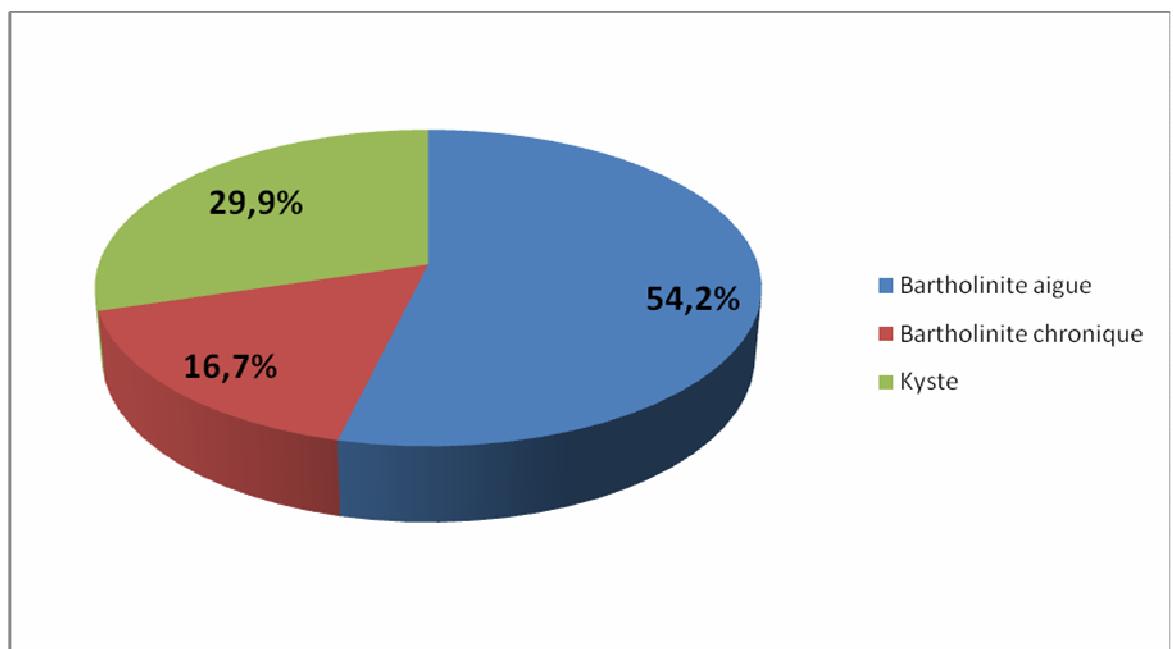
TABLEAU 2 : Répartition des patientes selon leur niveau d'étude.

III.2. Caractéristiques cliniques des patientes :

III.2.1. Mode d'admission :

Mode d'admission	Effectifs	Pourcentage (%)
Auto- référé	6	25,00
Vrai référé	5	20,80
VRP	13	54 ,20
Total	24	100

TABLEAU 3 : Répartition selon le mode d'admission.

III.2.2. Motif d'entré :**FIGURE 22 : Répartition selon le motif d'entré.**

III.2.3. Les Antécédents gynéco – obstétriques :

III.2.3.1. La gestité :

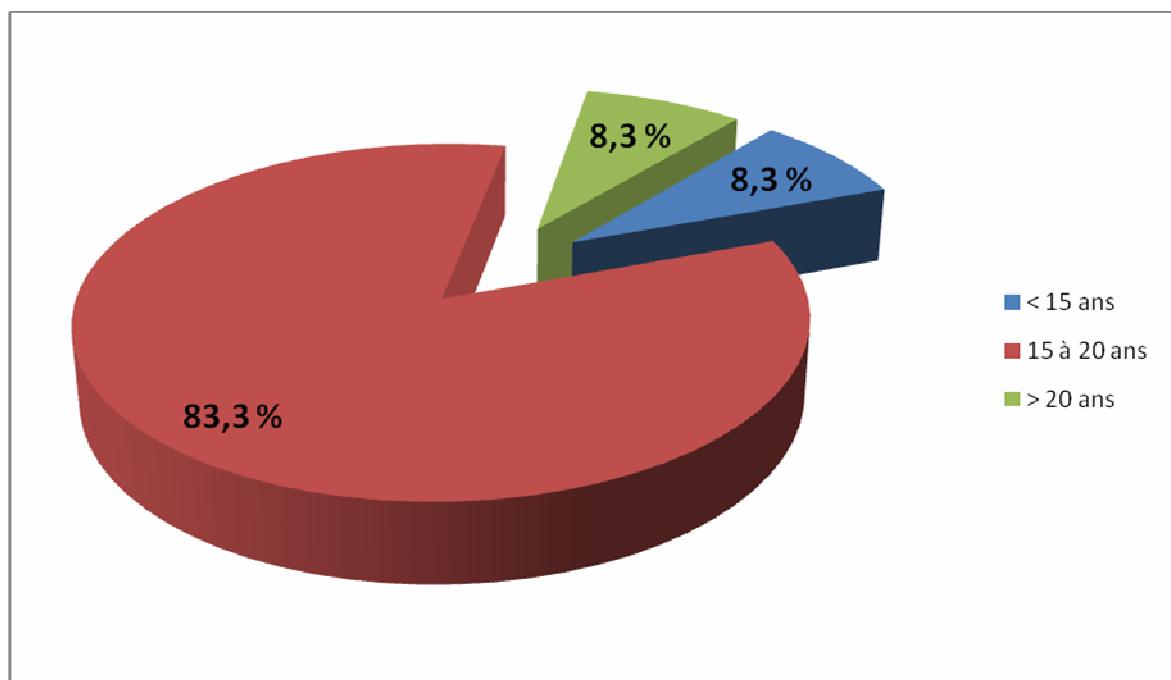
Gestité	Effectifs	Pourcentage (%)
Nulligeste	7	29,20
Paucigeste	4	16,70
Multigeste	13	54,20
Total	24	100

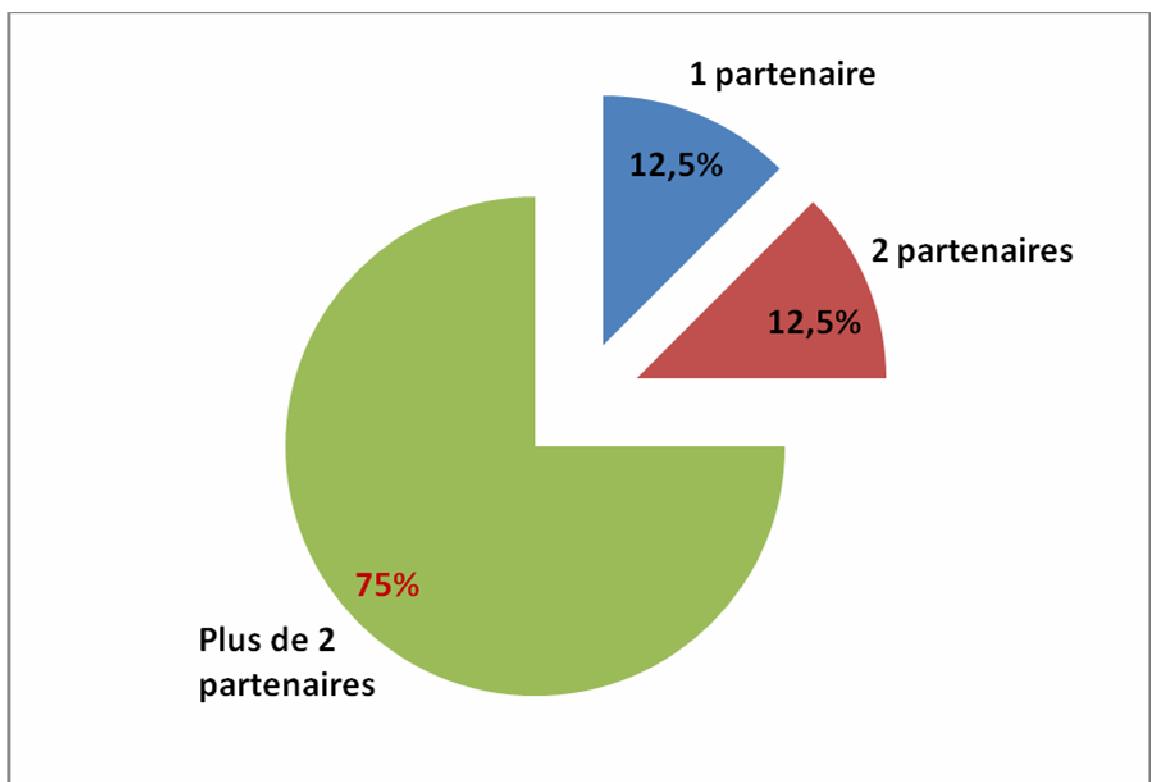
TABLEAU 4 :Répartition des patientes selon la gestité.

III.2.3.2.La Parité :

Parité	Effectifs	Pourcentage (%)
Nullipare	9	37,50
Primipare	2	08,33
Multipare	13	54,17
Total	24	100

Tableau 5: Répartition des patientes selon la parité.

III.2.3.3. Age du premier rapport sexuel :**FIGURE 23 : Répartition selon l'âge du premier rapport sexuel.**

III.2.3.4. Nombre des partenaires :**FIGURE 24: Répartition selon le nombre des partenaires.**

III.2.3.5. HYGIENE :

➤ **Types de sous vêtements :**

Sous vêtements	Effectifs	Pourcentage (%)
Coton	0	00
Synthétique	20	83,33
Coton + synthétique	4	16,67
Total	24	100

TABLEAU 06 : Répartition selon le type de sous vêtements.

➤ **Toilette intime :**

Toilette intime	Effectifs	Pourcentage (%)
Correcte	00	00
Incorrecte	24	100
Total	24	100

TABLEAU 07 : Répartition selon la fréquence de la toilette intime.

III.2.3.6. Notion d'infection uro génitale :

Type d'infection	Effectifs	Pourcentage (%)
Candida albicans	1	04,20
Leucorrhée pathologique non diagnostiquer	18	75,00
Gonocoque / Chlamydia	4	16 ,70
Infection urinaire	1	04,20
Total	24	100

TABLEAU 08 : Répartition selon les antécédents d'infections uro- génitale.

III.2.3.7. Présence de grossesse:

Grossesse	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	4	16,70
Non	20	83,30
Total	24	100

TABLEAU 09 : Répartition selon la présence de grossesse.

III.2.4. Les données cliniques :

III.2.4.1. La température :

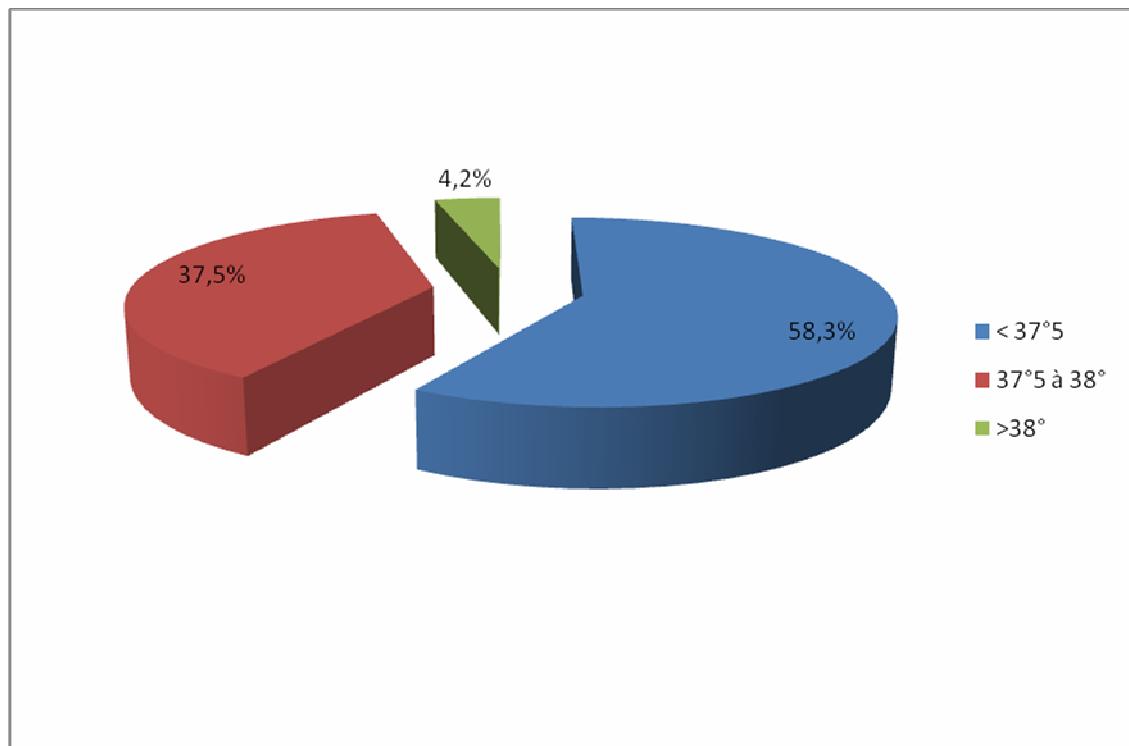


FIGURE 25 : Répartition selon la température des patientes à l'admission.

III.2.4.2. Signes fonctionnels :

Signes fonctionnels	Effectifs	Pourcentage (%)
Douleur	16	66,70
Simple gène	8	33 ,30
Total	24	100

TABLEAU 10 : Répartition selon les signes fonctionnels à l'entrée .

III.2.4.3. Signes physiques :

Signes physiques	Effectifs	Pourcentage (%)
Tumefaction inflammatoire unilaterale	13	54,20
Fistulisation	3	12,50
Tumefaction inflammatoire bilaterale	1	04 ,20
Tumefaction unilaterale non inflammatoire	7	29,20
Total	24	100

TABLEAU 11 : Répartition selon le résultat de l'examen physique.

III.2.4.4. Localisation de la lesion :

Localisation	Effectifs	Pourcentage (%)
Gauche	10	41,67
Droite	13	54,17
Droite et gauche	1	04,16
Total	24	100

TABLEAU 12 : Répartition selon la localisation de la lesion.

III.3. Aspects paracliniques :**III.3.1. FCV :**

FCV	Effectis	Pourcentage (%)
Oui	6	25
Non	18	75
Total	24	100

TABLEAU 13 : Répartition selon la réalisation du FCV .

III.3.2. NFS :

NFS	Effectifs	Pourcentage (%)
Fait normale	9	37,50
Fait anormale : hyperluecocytose	8	33,30
Non fait	7	29,20
Total	24	100

TABLEAU 14 : Répartition selon la réalisation de la NFS et les résultats pathologiques.

III.3.3. VSH :

VSH	Effectifs	Pourcentage (%)
Fait anormal (accélération à la 1ère h)	2	08,30
Non fait	22	91,70
Total	24	100

TABLEAU 15 : Répartition selon la réalisation du VSH et les résultats pathologiques.

III.3.4. Echographie vulvaire :

Echographie	Effectifs	Pourcentage (%)
Faite	3	12,50
Non faite	21	87,50
Total	24	100

TABLEAU 16 : Répartition selon la réalisation de l'échographie vulvaire.

III.3.5. Examen anatomopathologique des femmes présentants de kyste ayant plus de 40 ans :

Examen anatomo pathologique	Effectifs	Pourcentage (%)
benigne	1	16,67
Oui		
maligne	0	0
Non	5	83,33
Total	6	100

TABLEAU 17: Répartition selon la réalisation de l'examen anatomo pathologique.

III.4. Moyens de diagnostics :

III.4.1. Moyens de diagnostics positif:

Type de pathologie	Moyens de diagnostics	Résultats
Kyste/ bartholinite	Clinique	100%
		16,67% (Benigne)
Cancer	Anatomopathologique	00% (Maligne)
		83,33 % (Non fait)

Tableau 18 : Répartition selon le moyen de diagnostic.

III.4.2. Diagnostic étiologique des bartholinites aigues :

Etiologies	Effectifs	Pourcentage (%)
Gonocoque / chlamydia	4	33, 33
IST non déterminer (abscence d'examen)	8	66 ,67
Total	12	100

TABLEAU 19 : Répartition selon les étiologies des bartholinite aigues.

III.4.3. Diagnostic étiologique des kystes :

Etiologies	Effectifs	Pourcentage (%)
Candida albicans	2	22,22
IST non déterminer (abscence d'examen)	7	77,78
Total	9	100

TABLEAU 20 : Répartition selon les étiologies du kyste.

III.5. Récidive :

Récidive	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	3	12,50
Non	21	87,50
Total	24	100

TABLEAU 21 : Répartition selon la récidive.

III.6. Modalités thérapeutiques :

Pathologie	Traitements	Effectifs	Pourcentage (%)
	Médical	5	20,83
Bartholinite	Exérèse	3	12,80
	Chirurgical		
	Incision drainage	9	37,50
Kyste	Exérèse chirurgicale	7	29,17
Total		24	100

TABLEAU 22 : Répartition selon les modalités thérapeutiques.

III.7 . L'évolution :

Séjour	2jours	3jours	4jours	Total
Suite normale	10	11	3	24
complication	0	0	0	0
Pourcentage (%)	41,67	54,83	12,50	100

TABLEAU 23 : Répartition selon la durée d'hospitalisation.

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS:

IV.1.Fréquence :

La fréquence des pathologies vulvaires est relativement faible dans le service de gynécologie obstétrique de CHU de Mahajanga. Elle occupe 1,59% des admissions durant notre période d'étude. 80% de cas concerne la glande de Bartholin. En effet, dans la littérature la tuméfaction de la glande de Bartholin est la lesion la plus commune des masses vulvaires. (1)

IV.2. Caractéristiques des patientes :

IV.2.1. L'âge :

Dans notre étude, on constate une prédominance des pathologies de la glande de Bartholin entre la tranche d'âge de 20 à 40 ans avec 58,3%. L'âge moyen de nos patientes est de 32,9 ans avec des extrêmes de 17 et 61 ans.

SOSNIK et al. ont trouvé un âge moyen de 39,4 ans (extrême de 19 à 74ans). (43)

BLEKER et al. 32,2 ans (extrême 19 à 65 ans). (44)

Ce résultat nous montre que les pathologies de la glande de Bartholin intéressent surtout les femmes en activités génitales. Ceci peut s'expliquer par la fréquence élevée des IST durant cette période.

IV.2.2. Profession et niveau d'étude :

Cinquante quatre virgules vingt pour cent de nos patientes sont ménagères, ayant un niveau socio - intellectuel bas. 79,2% ont un niveau d'étude secondaire.

SOSNIK et al. a trouvé 52,87% et 28,98% au niveau primaire. (43)

Dans la littérature, la profession n'est pas incriminée comme facteur de risque concernant la pathologie de la glande de Bartholin, par contre le niveau d'étude bas peut bien expliquer l'ignorance d'une bonne hygiène génitale.

IV.3. Caractéristiques cliniques des patientes :

IV.3.1. Mode d'admission :

Quatre vingt cinq pour cent de nos patientes sont référées par les centres de santé de base et des cabinets médicaux privés. Cela témoigne la qualité du CHU d'être un centre de référence en gynécologie-obstétrique. De plus, ces centres ne disposent pas les moyens adéquats pour la prise en charge de ces pathologies, dont le traitement idéal est la chirurgie.

IV.3.2. Motif d'entrée :

Dans notre série, 80,8% des patientes sont admises pour une Bartlonilite contre 29,2% de cas de kyste. Ce résultat est semblable à celui de BLEKER et al. qui ont trouvé 82% de bartholinite. (44) Pour SOSNIK et al. 40,38%. (43)

Ces chiffres peuvent s'expliquer par les manifestations cliniques obligeant les patientes de consulter un médecin contrairement aux autres pathologies qui sont asymptomatiques ou bien même tolérables.

IV.3.3. Les antécédents gyneco-obstétriques :

➤ Age du premier rapport sexuel et partenaire multiple :

Le comportement sexuel des jeunes varie suivant la région, le genre et la génération. Il y a 50 ans, l'âge médian de rapport sexuel et de 20,6 ans. (45)

Dans les années 90, l'âge moyen du premier rapport sexuel en Angleterre est de 16,2 ans ; 18,3 ans en Italie. (46)

En France, cet âge a été de 17,6 ans en 1998 d'après l'enquête « Banomètre Jeune ». (47) . En Côte d'Ivoire 15,5 ans. (48)

Dans notre étude nous avons un âge moyen de 16,7 ans dont 83,3% de nos patientes ont eu leur premier rapport sexuel entre 15 à 20 ans. Pourtant 8,3% les ont eu précocement avant l'âge de 15 ans.

Pour ce dernier, CODEAU et al. ont trouvé dans leur série 17,7 ans. (47)

TANO-VE et al. en 2006 ont trouvé 14,9 ans. (48)

On peut dire que plus le temps avance, plus l'âge du premier rapport sexuel est précoce. Les femmes sexuellement active aujourd'hui sont plus jeunes que celles d'auparavant. Nous avons retrouvé que 75% de nos patientes ont eu de nombreux partenaires. Ce dernier ainsi que la précocité de l'âge du premier rapport sexuel exposent les patientes à

des risques d'IST qui est le principal étiologie des pathologies de la glande de bartholin.

Nous pouvons dire que ces antécédents sont liés à la survenue de ces pathologies.

➤ Hygiène :

Dans notre serie aucune de nos patientes a adopté une toilette intime correcte. Elles pratiquent tous, le mouvement de va et vient et une toilette vaginale fréquente. Ce dernier détruit l'équilibre de la flore vaginale, favorisant le développement des mycoses et des infections. Toutes nos patientes se sont donc exposées à un risque élevé de bartholinite, le pourcentage élevé à 75% des leucorrhées pathologiques justifie cette mauvaise habitude.

A côté de ceci aucune de nos patientes ne porte de sous vêtements uniquement en coton. 83,33% ont l'habitude de porter des sous vêtements en synthétique ; 16,67% mixte.

Les fibres synthétiques peuvent en effet être source de mycose, d'irritation ou d'infection en raison de la macération et de l'échauffement qu'elles provoquent. Ceci sera encore exagéré par le climat chaud de Mahajanga.

Une bonne hygiène intime nécessite alors quelques précautions pour éviter notamment la survenue de maladie infectieuse.

➤ **L'infection urogénitale :**

Dans notre étude 95,83% de nos patientes ont toutes eu une notion d'antécédent d'infection génitale contre 4,17% d'infection urinaire. Ce chiffre est correlé avec la précocité du rapport sexuel ainsi qu'à la notion de partenaire nombreux.

➤ Pour les autres antécédents, gestité, parité, et la forme associé à la grossesse dans 16,7% de nos cas. Nous n'avons trouvé dans la littérature aucune relation direct entre ces antécédents et la survenue de la pathologie de la glande de Bartholin. Nous pouvons dire qu'il faudrait approfondir l'étude pour pouvoir en tirer une confirmation valable.

IV.4. Les données cliniques :

A l'admission, 58,3% de nos patientes ont eu une température normale. Ceci peut s'expliquer par le pourcentage élevé des patientes referées par les centres de santé et du cabinet médical privé, déjà sous traitement médical avant d'être transférée.

La symptomatologie dépend de la pathologie en question.

La douleur associée à une tumefaction inflammatoire est toujours rencontrée en cas de Bartholinité aigüe.

On a trouvé 66,7% dans notre série. SOSNIK et al. : 40,38%. (43)

En cas de kyste, la patiente peut être asymptomatique ou se plaint d'une simple gêne.

On a une pourcentage chiffré à 29,2%. SOSNIK et al. a retrouvé 44,23%. (43)

De ces chiffres nous pouvons dire que la bartholinité aigüe et les kystes sont dans la majorité des cas les pathologies les plus fréquentes.

La localisation de la lesion :

Dans notre étude on a retrouvé 54,17% à droite ; 41,67% à gauche et 6,41% bilatérale.

SOSNIK et al. ont retrouvé 54,1% à gauche.(43)

Selon la littérature, cette localisation n'a aucune relation avec la survenue de cette pathologie.

IV.5. Les aspects paracliniques :

Il est bien mentionné dans la littérature que les examens paracliniques sont pratiquement inutiles pour confirmer le diagnostic, sauf en cas de suspicion de cancer. (27)

Pour ce dernier, le risque est élevé à partir de l'âge de 40ans selon la littérature. L'examen anatomopathologique permet de nous le confirmer. seule une de nos patiente dans cette tranche d'âge a fait cet examen.

Pour la VSH, 8,3% de nos patientes l'ont fait ; 12,5% pour l'échographie vulvaire.

25% seulement ont fait le FCV, pourtant cet examen peut bien être formel pour le diagnostic étiologique.

Ces chiffres peuvent s'expliquer par le coût des examens non abordable à tout le monde.

De ce fait, les Médecins sont obligés de demander le minimum d'examen possible pour l'intervention chirurgicale qui est le seul traitement radical.

Ceci peut expliquer le chiffre de 70,8% des patientes ayant fait la NFS.

IV.5. Le diagnostic positif:

Le diagnostic positif des kystes et des bartholinites de nos patientes est tous fait cliniquement. On l'a obtenu par un bon anamnèse et un examen gynécologique correct.

Pour le cancer on ne peut confirmer l'existence ou non dans notre série car 83,33% des femmes concernées n'ont pas fait l'examen de confirmation.

COPELAND et al. ont trouvé dans leur série 7% de cancer de la glande. (43)

IV.6. Le diagnostic étiologique :

Dans la littérature, les IST : Gonocoques et Chlamydia sont les germes connus responsables des bartholinites dans 80% des cas. Ces infections s'avèrent importantes dans les pays en développement.(2, 49, 50)

En Japon, TANAKA et al. sur des examens microbacteriologiques de 224 cas de bartholinite , ils ont retrouvé des résultats positifs sur 219 cas. Les bactéries aerobies et anaerobies étaient toutes présentes. 0,23% de cas de chlamydia et candida Albicans de chaque. Mais la bactérie la plus isolée était l' Ecsherichia Coli à 18,27%. (51)

BLEKER et al. a retrouvé dans leur série 12% de Chlamydia et de Gonocoque. 46,03% étaient des bactéries non pathogènes.(44)

Dans notre étude, par faute d'examen pour l'identification des germes responsables on a 75% de cas non identifiés. 16,7% de cas de Chlamydia et de Gonocoque et 8,3% de Candida Albicans.

Ces résultats s'expliquent par le coût non abordable par tout le monde des examens paracliniques au CHU de Mahajanga et à Madagascar de façon générale.

Une amélioration de ce côté pourra bien diminuer la proportion des étiologies indéterminer.

L'étiologie infectieuse est donc variable, mais le Gonocoque et le Chlamydia ont toujours leur place dans ce contexte.

Néamoins, comparer avec celui de TANAKA et BLEKER, vue la baisse de la fréquence des examens, on peut dire qu'on a un taux élevé pour le chlamydia et le gonocoque. De plus, à Madagascar 50% des IST sont causés par la Gonococcie. (44, 51)

IV.7. Récidive :

Dans notre série on a trouvé 3 cas de récidives dont 12,5%. Dans la littérature le risque de récidive est mentionné 5 à 15%. (24)

Ce fait est le résultat de la conservation de la glande, alors que le traitement idéal est l'exérèse total.

IV.8. Modalités thérapeutiques :

Le traitement est variable selon le type de pathologie. La bartholinite est une urgence chirurgicale. SOLOFOMALALA et al. ont retrouvé qu'elle faisait partie de 1,2% des urgences gynéco-obstétrical. (52)

79,15% de nos patientes sont traitées chirurgicalement dont 37,5% ont bénéficié d'une incision drainage et 41,67% d'une exérèse total de la glande. 20,83% sont traitées médicalement. La majoritaire de nos patientes est donc encore exposée au risque de récidive.

Dans la série de BLEKER et al., les patientes sont tous traitées chirurgicalement par marsupialisation et l'incision drainage.(44)

La nouvelle technique en utilisant le catheter de word, la plus utilisée actuellement n'est pas encore adoptée dans notre CHU. Cela par faute des matériels nécessaire pour sa réalisation.

IV.9. Evolution :

Le séjour hospitalier varie de 2 à 4 jours. Seule 12,5% de nos patientes ont séjourné jusqu'au 4^{ème} jour. Toutes nos patientes ont eu une bonne évolution sans complication.

Dans le dossier que nous avons procédé, la totalité des patientes n'ont pas été suivit pour voir les complications ultérieures décrites dans la littérature.

Suggestions

SUGGESTIONS :

➤ Pour les femmes :

- Eduquer les femmes sur les règles de base pour une toilette intime correcte :

Une bonne hygiène des mains est le premier moyen de se protéger contre les infections intimes.

Se laver avec de l'eau légèrement savonneuse.

S'essuyer d'avant en arrière.

Oublier les déodorants intimes et la toilette vaginale.

Eviter les sous vêtements serrés et en synthétiques.

Utiliser son propre sous vêtement ou serviette intime.

- Prendre aux sérieux et traiter correctement toute infection génitale. Ne pas oublier de traiter le ou les partenaires.

➤ Renforcement de l'IEC :

- L'éducation et l'information sur la sexualité et ses conséquences arrivent souvent trop tard dans la vie des adolescents, après que ceux ci aient fait leur expérience. Donc faire une IEC chez les jeunes dès le bas âge en collaboration avec le ministère de l'éducation.

- Sur la prévention, les risques et les conséquences des IST.

➤ An niveau hospitalier :

Réduire le coût des examens complémentaires à l'accès de tout le monde.

Conclusion

CONCLUSION :

Les pathologies de la glande de Bartholin sont relativement rares au CHU de Mahajanga. Elles intéressent généralement les femmes en activités génitales.

L'examen clinique suffit pour poser le diagnostic à l'exception du cancer. Ce dernier est redoutable à partir de l'âge de 40ans.

L'IST en est la principale étiologie. Toutes autres sources d'infection de la partie génitale sont des facteurs de risques.

Le procédé thérapeutique varie en fonction de la pathologie en question. On peut avoir recours à un traitement médical dans certains cas, mais la chirurgie demeure le traitement idéal. L'exérèse totale de la glande est la meilleure pour pouvoir éviter les récidives.

On peut rencontrer des formes particulières nécessitant une prise en charge spécialisée comme dans le cas d'une étiologie tuberculeuse.

Enfin une bonne hygiène génitale ainsi qu'une prise en charge correcte des IST s'imposent à titre préventif.

Références

REFERENCES:

- 1- **LAKHI M.; GOVIND A.** A lump in the vulva. Student BMJ 2008; 16:418
- 2- **OMOLE F.; SIMMONS B. J.; HACKER Y.** Management of Bartholin Duct Cyst and Gland Abscess. Am Fam Physician 2003;68:135-40
- 3- **CHENE G.; TARDIEU A.S.; NOHUZ E.; RABISCHONG B.; FAVARD A.; MAGE G.** Postoperative complications of Bartholin's duct abscess. About two cases Gynecol Obstet Fertil. Vichy Masson, 4^{ème} édition, 2006 ; 34 : 615-618
- 4- **ABBARA A.** Vulve. disponible sur <http://www.alyabbara.com> 2007 Consulté le 15 Février 2010
- 5- **NETTER F. H.** Pelvis et Périnée. Atlas d'Anatomie Humaine. Masson, 2009 : 376-379
- 6- **GOSLING J.A.; HARRIS P.T. ; WHITEMORE I. ; WILLIAM P.L.T.** Bassin et Périnée. Anatomie Humaine: Atlas couleur 2^{ème} édition, De Boeck Université 2003: 218
- 7- **COAD J.** The Reproductive and Urinary Systems. Anatomy and Physiology for Midwives. 2^{ème} edition, Masson. 2005: 49-50
- 8- **DARK R.L.; VOLY W.; MITCHELL A.W.M.** Anatomie des Organes Génitaux Externes. Anatomie Pour les Etudiants 2006: 458-471
- 9- **ROUVIERE H. ; DELMAS A.** Anatomie Topographique du Périnée. Anatomie Humaine, Topographique et Descriptive. 15^{ème} édition, Masson 2002 : 665, 691
- 10-**KAMINA P.** Périnée – Organes Génitaux Externes. Anatomie Clinique, TOME4, 2^{ème} édition Maloine 2008 : 313-331

- 11-**STEVENS A.; LOWE J.S.; YOUNG B.** Anatomie Pathologie : Atlas de Wheater, 4^{ème} édition, De Boeck Université, 2004 : 198
- 12-**HIRCH E.** Physiologie de la Fonction Sexuelle Féminine. Louvain Médical, 2005 ; 124, 10 : 275-278
- 13-**DESCAMPS P.** Conduite à tenir devant une bartholinite. 31^{ème} journée CNGOF. 2007 : 1-30
- 14-**De TORRIS H. ; MAGNIN G. ; PIERRE F.** Gynécologie et Obstétrique. Abrégé de Médecine, 7^{ème} édition, Masson, 2000 : 54
- 15-**PENNA C.; FAMBRINI M.; FALLANI M.G.** Bartholin Gland Cyst Causes-Symptoms and Treatment. Int J Obstet Gynecol 2002; 16: 79-80
- 16-**GABRIEL R.; QUEREUX C.; WAHL P.** Tumeur Bénigne de la Vulve. EMC Gynécologie 1995 : 510-A-10
- 17-**RENAUD C. ; DEHEN L. ; CAVELIER B. ; DE BELILOVSKY C.** Pathologie Vulvaire. EMC Dermatologie 2001 ; 98-836-A-10
- 18-**BRUNNER L.S. ; SUZANNE C. ; BARE B. ; SUDDARTH D.S.** Soins Infirmiers en Médecine et en Chirurgie. de Boeck Université, 2^{ème} édition, 2006 ; 6 : 210-211
- 19- **De PARADES V.; ETIENNEY I.; CUENOD CH. A.; ATIENZA P.** Endoluminal Ultrasound in anal Suppurations: of Words and Images... Acta Endoscopica. 2004; 34: 62
- 20-**HILL D.A.; LENSE J.J.** Office Management of Bartholin Gland Cyst and Abcesses. Am Fam Physician.1998 1;57(7): 1611-26, 1619-20
- 21-**HAROSH S. B.; COHEN I.; BORNSTEIN J.** Bartholin's Gland Hyperplasia in a Young Woman. Gynecol Obstet Invest 2008;65:18-20

- 22-**LANSAC J.; BODY G.; MAGNIN G.** La Pratique Chirurgicale en Gynécologie Obstétrique. Masson 2^{ème} édition 2004 ; 277
- 23-**WECHTER M.E.; WU J.M.; MARZANO D.; HAEFNER H.** Management of Bartholin Cyst and Abscesses: a Systematic Review. *Obstet Gynecol Surv.* 2009;6; 395-404
- 24-**MARRET H.; GUYOT H.; WAGNER-BALLON J.** 120 Questions en Gynécologie Obstétrique. Masson 2009; 462
- 25-**BLANC B.; AGOSTINI A.**
Bartholinitis. Pelviperineologie. Paris Springer 2006; 565-566
- 26-**MARZANO; DAVID A.; HAEFNER, HOPE K.** The Bartholin Gland Cyst: Past, Present, and Future. *Journal of Lower Genital Tract Disease*: 2004; 8; 195-204
- 27-**BLUMENTAL Y.; BELGHITI J.; DRIESSEN M.** Gynécologie Obstétrique. Paris Estem. 2008; 206
- 28-**HORVILLEUR A.** Bartholinitis, Vademecum de la Prescription en Homéopathie. Masson 2006 ; 47
- 29-**VACHON C.** Une Bartholinitis. Québec Pharmacie. 2004; 51:241
- 30-**QUEVAUVILLIERS J. ; PERLEMUTER L. ; PERLEMUTER G.**
Dictionnaire Médical de l'Infirmière : Encyclopédie Pratique. Masson ,7^{ème} édition, 2005 :153
- 31-**LAMAZOU F.; FRYDMAN R.** Bartholinitis, Urgences Chirurgicales en Gynécologie Obstétrique. Masson, 2009:40 41
- 32-**KADY E.S. ; ZAHRAMI A.A. ; ZEDNAK R.; MOHAMED E.S.** Bartholin's Gland Abscess in a Neonate: a Case Report. *CUAJ*. 2007; (1) : 117-119

- 33-TOUZOT F.; De PONTAL L.; LETAMENDIA-RICHARD E.; FAYAD F. ; MATHANSON M. ; LACHASSINNE E. ; GAUDELUS J.** Bartholinié Aigue Chez un Nourrisson d'un an et demi. Archive de Ped EMC Paris Masson 2004 ; 1070-1072
- 34-RAKOTO-RATSIMBA H.N. ; SAMISON L.H. ; RAZAFIMAHANDRY H.J.C. ; RAKOTOMALALA V.N. I. ; RANAIVOZANANY A.** Bartholinié Tuberculeuse : une Observation à Madagascar Med Trop 2003; 63 : 608-610
- 35-BENJAMIN A.; PINSKY; ELLEN J.; BARON J.; JANDA M.; BANAEIN.** Bartholin's Abscess Caused by Hypermucoviscous Klebsiella Pneumoniae. J Med Microbiol. 2009; 8: 671-673
- 36-BLONDEL M. ; LEJEUNE V.** Gynécologie Obstétrique et Soins Infirmiers. Lamarre 2^{ème} édition 2008 ; 31-32
- 37-BLANC B. ; SULTAN C. ; JAMIN C.** Traité de Gynécologie Médical Spinger 2004 : 27
- 38-OTHMAN J. ; FEKIH M. ; FATHALLAHVK H. ; DEBBABI S. ; CHAIEB A. ; ESSAIDI H. ; NOUIRA M. ; BIBI M. ; KHAIRI H.** La Bartholinié : une Pathologie bénigne? A propos d'un cas compliqué d'un état de choc septique. JMUC. 2009 :12
- 39-KDOUS M. ; HACHICHA R. ; IRAQUI Y. ; JACOB D. ; PIQUET P.M. ; TRUC J.B.** Fasciite Nécrosante du Péritoné Secundaire à un Traitement Chirurgical d'un Abcès de la Glande de Bartholin. Gynecol Obstet Fertil. 2005 ; 33 : 887-890
- 40-BALEPA L.; BAYENES L.; NEMEC E.; VERHAS M.** Premier cas de recherche du ganglion sentinelle dans un adénocarcinome de la glande de Bartholin. In J Gynéco Obstet, eds : biol reprod, 2004 : 649-651

- 41- **OHNO T.; NAKANO T.; ABE A.; SANO T.; NIIBE Y. ; OKA K.** Mucinous Adenocarcinoma of Bartholin Gland treated with radiation Therapy: a case report. *Jpn J Clin Oncol.* 2001; 31(5):226-30
- 42- **WOIDA F. M.; RIBEIRO-SILVA A.** Adenoid Cystic Carcinoma of the Bartholin Gland: An Overview. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine* 2007; 131: 796-798.
- 43- **SOSNIK H. et al.** The Pathomorphology of Bartholin's gland. Analysis of Surgical Data Pol J Pathol 2007, 58, 2, 99–103
- 44- **BLEKER O.P.; SMALBRAAK D.J.C.; SCHUTTE M.F.** Bartholin's abscess: the role of Chlamydia trachomatis. *Genitourin Med* 1990;66:24-25
- 45- **BOZON M.** Age du Premier Rapport Sexuel. *Population et Société*. 2003 ; 391
- 46- **BAJOS N.; GUILLAUME A.; KONTULA O.** Le Comportement des Jeunes Européens à la Santé Génésique. eds Council of Europe, 2004 ; 84-94
- 47- **HERVIEU-WANE F. ; THIAM A.A.** Une Génération Sacrifiée. *Jeune Afrique* 2003
- 48- **TANO-VE A. et al.** Pratiques Sexuelles des Adolescents en Milieu Scolaire. *Cah santé publique*. 2006 : 2
- 49- **DEZFULIMANEH M.** Two Cases of Endocervical Gonorrhea and Bartholin Gland Diseases. *pak J Med Sci.* 2007: 23; 135-136
- 50- **GOEMAN J. ; MEHEUS A. ; PIOT P.** L'épidémiologie des Maladies Sexuellement Transmissible dans les Pays en Développement à l'ère du SIDA. *Ann. Soc. Belge. Méd. Trop.* 1991 ; 71 : 81-113
- 51- **TANAKA J.; MIKAMO H.; NINOMIYA M.;TAMAYA T. ; KOJI IZUMI; ITO K.; YAMAOKA K.; WATANABE K.** Microbiology of Bartholin's Gland Abscess In *J of clinical Microbiol*, 2005:43; 4258-4261

52-SOLOFOMALALA G.D. ; RANDRIAMALALAARIJAONA R.T.;
RASENDRAMINO M.H.; RATSIVALAKA R.; CANONNE F. Les
Urgences Gynéco-Obstétricales dans une Maternité de District Malgache. Revue
Tropicale de Chirurgie.2007:1; 67-70

Velirano

Eto anatrehan'ireo mpampianatra ahy eto amin'ny toera-mpampianarana ambony momba ny fahasalamana sy ireo niara-mianatra tamiko, eto anoloan'ny sarin'i Hippocrate,

Dia manome toky sy mianiana aho amin'ny anaran'Andriamanitra Andriananahary, fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatotosana ny raharaha-pitsaboana.

Hotsaboiko mamaimpoaana ireo ory, ary tsy hitaky sara'asa mihoatra noho ny rariny aho ;

Tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka ho tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatotosana zavatra mamoafady na hanamorana famitan-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'olona ho tsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazànana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoroina aza.

Tsy hahazo mampiasa ny fahalalàko ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho, ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiaraebelona amiko anie aho raha manatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotra henatra sy ho rabirabin'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany.

SERMENT D'HYPPOCRATE.

UNIVERSITE DE MAHAJANGA

Faculté de Médecine

AUTORISATION D'IMPRESSION DE THESE

Intitulé de thèse : LES PATHOLOGIES DE LA GLANDE DE BARTHOLIN CAS VUS AU CHU DE MAHAJANGA.

Nom et Prénoms du (de la) candidate : FENO Herina

Membres du Jury	Nom et Prénoms	Date	Signature	Observations
Président	GRALISON Andriamihaja	17.02.10		ok
Juge	RAVOLAMANANA RALISATA Lely Aggrégé en Chirurgie Générale	22.02.10		
Juge	PAKARIMANANA Rédéric Aggrégé de Pneumologie	17.02.10		livre non reçu non lu.
Rapporteur/Directeur	Spécialiste en OB/GYN Rapporteur : Pierre G. RANDRIANIRISON Aggrégé en Gynécologie Obstétrique	17.02.10		accordée

Avis du Président du Jury

Acceptée

Refusée

Date 17.02.10

Signature et cachet

GRALISON Andriamihaja

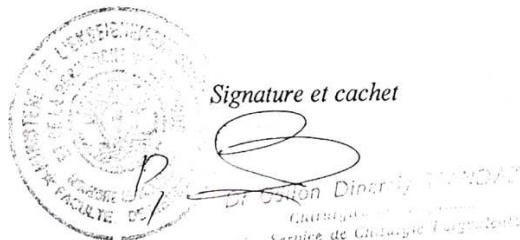
Autorisation du Doyen de la Faculté de Médecine

Accepté

Refusée

Date 19 FEV 2010

Signature et cachet



Autorisation à reproduire obligatoirement à la dernière page de la thèse après signature

Nom et Prénoms : Mademoiselle FENO Herisoa	
Titre de la thèse : Les pathologies de la glande de Bartholin cas vus au CHU de MAHAJANGA	
THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE GENERALE, MAHAJANGA, 2010, N° : 1109	
Format	: 21X 29,7
Nombre de pages	: 82
Nombre de références bibliographiques	: 52
Nombre de page bibliographiques	: 06
Nombre de figures	: 25
Nombre de tableaux	: 23
Rubrique de classement : GYNECO- OBSTETRIQUE	
Mots-clés : bartholinite, marsupialisation	
<u>RESUME DE LA THESE</u>	
<p>Les pathologies de la glande de Bartholin bien que rares sont des pathologies engageant le pronostic fonctionnel et esthétique de la vulve. Notre étude pro et rétrospective à propos de 24 cas au CHU de Mahajanga du Décembre 2005 au Décembre 2009 est faite à partir des cahiers de registres des patientes, de leurs dossiers médicaux ainsi que des comptes rendus opératoires. Il a pour but de rechercher les principaux facteurs de risques et les étiologies des pathologies de la glande de Bartholin afin d'établir une prévention et la prise en charge. Sa fréquence est faible, 1,6% des admissions durant notre période d'étude. Elles intéressent surtout les femmes en activités génitale avec un âge moyen de 32,9 ans. La Bartholinite est la pathologie la plus fréquente (70%). Par la suite viennent les kystes (30%). Les infections sexuellement transmissibles (Gonocoques et Chlamydia) sont les germes les plus incriminés. On n'a pas trouvé de cas de cancer dans notre étude. Le traitement idéal est chirurgical. L'exérèse de la glande est la meilleure technique pour pouvoir éviter la récidive. Aucune de nos patientes n'a présenté une complication. Une prise en charge correcte des infections sexuellement transmissibles ainsi qu'une bonne hygiène génitale s'imposent à titre préventif.</p>	
<u>MEMBRE DU JURY</u>	
PRESIDENT	: Monsieur le Professeur RALISON Andrianaivo
JUGES	: Madame le Professeur RAVOLAMANANA Ralisata Lisy Madame le Professeur RAHARIMANANA Rondro Nirina
DIRECTEUR /RAPPORTEUR	: Monsieur le Professeur RANDAOHARISON Pierana Gabriel
ADRESSE DE L'AUTEUR	: Lot 228 cité Tsaramandroso MAHAJANGA 401 E- mail : fenoh_doc@yahoo.fr

