



HAL
open science

Place de l'antibiothérapie en première intention en cas de bartholinite aiguë : à propos d'une série de 33 cas

C. Bertholdt, L. Andre, J. Germain, M. Soussoko, O. Morel, C. Mezan de Malartic

► **To cite this version:**

C. Bertholdt, L. Andre, J. Germain, M. Soussoko, O. Morel, et al.. Place de l'antibiothérapie en première intention en cas de bartholinite aiguë : à propos d'une série de 33 cas. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 2019, 47 (10), pp.713-717. <10.1016/j.gofs.2019.07.011>. <hal-03254867>

HAL Id: hal-03254867

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03254867v1>

Submitted on 20 Jul 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Place de l'antibiothérapie en première intention en cas de bartholinite aiguë : à propos d'une série de 33 cas.

Antibiotics in first-line in case of Bartholinitis : retrospective study of 33 cases.

Charline BERTHOLDT^{1,2}, Lucile ANDRE¹, Jocelyn GERMAIN¹, Mariam SOUSSOKO¹, Olivier MOREL^{1,2}, Cécile MEZAN DE MALARTIC¹

¹ Pôle de gynécologie-obstétrique, Maternité Régionale Universitaire, CHRU de Nancy

10 rue du Docteur Heydenreich 54000 Nancy, France

² Unité INSERM U1254, CHRU de Nancy, Rue du Morvan, 54500 Vandœuvre-lès-Nancy

Auteur correspondant : Charline BERTHOLDT

Adresse: 10 rue du Docteur Heydenreich 54000 NANCY

Adresse mail : charline.bertholdt@chru-nancy.fr

Introduction

Les pathologies de la glande de Bartholin, kystes et abcès, sont un motif de recours fréquent aux urgences gynécologiques. Cette pathologie touche 2 % des femmes au cours de leur vie, et les abcès sont trois fois plus courants que les kystes [1-2].

L'abcès de la glande de Bartholin, ou bartholinite, fait suite à une colonisation ascendante par le biais du canal excréteur de la glande, par des germes d'origine digestive ou vaginale. *Escherichia coli* est le germe le plus fréquemment retrouvé dans les études de microbiologie [3-4]. La présence de streptocoque, d'entérocoque ou de bactéries anaérobies est également décrit [5].

Le drainage de l'abcès constitue le traitement de la bartholinite aiguë. Les techniques chirurgicales reposent sur l'incision-drainage ou la marsupialisation [1]. Afin d'éviter le recours à une intervention chirurgicale, d'autres solutions thérapeutiques sont décrites dans la littérature, comme l'insertion de nitrate d'argent dans la cavité de l'abcès, la vaporisation par laser CO₂, la sclérothérapie alcoolique après drainage ou encore la mise en place d'un cathéter de Word [6-9]. Cette dernière méthode, la plus étudiée et la plus utilisée dans les pays anglo-saxons [10-13], consiste à laisser en place un cathéter dans la cavité de l'abcès pendant 6 semaines afin de créer un nouvel orifice de drainage.

En France, le cathéter de Word n'est pratiquement pas utilisé et l'incision-drainage reste l'intervention la plus couramment pratiquée, d'autant plus qu'il s'agit de la technique recommandée en 2007 par le Collège des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) [14]. La place de l'antibiothérapie n'a, à notre connaissance, jamais été étudiée comme traitement de première intention des bartholinites aiguës.

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer le taux de succès du traitement médical en première intention en cas de bartholinite aiguë. Les objectifs secondaires étaient d'identifier les facteurs associés à la réussite du traitement.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective monocentrique, réalisée dans le Centre Hospitalier Universitaire de Nancy entre le 01 janvier 2015 et le 30 juin 2018. Cette étude a été approuvée par le comité d'Ethique Français de la Recherche en Gynécologie Obstétrique (CEROG) sous le numéro CEROG 2018-GYN-0802.

La bartholinite aigue était définie par la présence d'un abcès collecté de la glande de Bartholin, quelque soit sa taille. Tous les cas ont été inclus, qu'il s'agisse d'un premier épisode de bartholinite ou d'une récurrence.

Dans notre centre, l'instauration d'un traitement médical en première intention en cas de bartholinite aigue est une pratique courante, quasi systématique. En présence de signes de gravité (fièvre ou adénopathies associées), d'une hyperalgie (EN>7) malgré un traitement adapté ou d'une collection de plus de 5 cm, le traitement chirurgical était indiqué en première intention. Dans les autres cas, les femmes pouvaient bénéficier d'un traitement chirurgical en première intention si elle le souhaitait et uniquement s'il était possible que l'intervention ait lieu immédiatement (bloc opératoire immédiatement disponible, ainsi que le personnel, et patiente remplissant les conditions nécessaires à une anesthésie générale et notamment le jeûne depuis au moins 6H). Le traitement habituellement prescrit est la pristinamycine, à la dose de 3 grammes par jour pendant 7 jours, associée à des antalgiques de palier I. La patiente est ensuite convoquée à 48h pour une réévaluation clinique.

En cas de prise en charge chirurgicale, un prélèvement bactériologique était fréquemment réalisé afin d'adapter l'antibiothérapie en cas de mauvaise évolution clinique secondaire.

Toutes les femmes présentant une bartholinite aiguë, traitées en première intention par une antibiothérapie, ont été incluses. Ont été exclues les femmes prises en charge chirurgicalement en première intention, les bartholinites déjà fistulisées, les femmes pour lesquelles une antibiothérapie était déjà en cours au moment de la consultation aux urgences et les femmes perdues de vue après l'instauration du traitement. Le recrutement des femmes a été effectué à partir du registre des consultations aux urgences gynécologiques.

Le critère de jugement principal était le succès du traitement médical, défini comme l'absence de prise en charge chirurgicale dans les 30 jours suivant le début de

l'antibiothérapie.

Les données recueillies concernaient les antécédents (bartholinite, chirurgie vaginale, déchirure obstétricale ou épisiotomie), l'évaluation clinique initiale (taille de la lésion, signes d'inconfort comme l'insomnie, l'impossibilité de s'asseoir ou de marcher, une douleur intense avec une évaluation numérique (EN>7) , durée d'évolution de la symptomatologie), le type de traitement prescrit (nom de la molécule, durée de traitement, posologie) et l'évaluation clinique secondaire (délai de reconsultation, évolution de la lésion, évolution de la symptomatologie, nécessité d'un traitement chirurgical et compte-rendu opératoire éventuel).

Les données ont été recueillies rétrospectivement à partir des dossiers médicaux papiers et informatiques.

L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel Stata version 13.0 (Stata Corporation, College Station, TX, USA). Des tests de Student ont été utilisés pour les variables continues et des tests de Chi² ou de Fisher exact pour les variables catégorielles. Des analyses univariées puis multivariées ont été réalisées à l'aide d'un modèle de régression logistique afin de déterminer les facteurs associés au succès du traitement médical. Pour l'analyse multivariée, tous les facteurs associés à la réussite du traitement médical en analyse univariée ($p < 0.05$) ont été inclus dans le modèle de régression logistique.

Résultats

Parmi les consultations aux urgences pour suspicion de bartholinite aiguë durant la période d'étude, 69% des femmes (73/105) ont bénéficié d'une antibiothérapie en première intention. Dans 8% des cas (9/105), la collection était fistulisée et totalement évacuée le jour de la consultation aux urgences. Aucune antibiothérapie n'avait été initiée pour ces femmes. Dans 22% des cas (23/105), une chirurgie avait été réalisée en première intention en raison d'une douleur intense (43 % des cas), d'un terrain à risque (traitement immunosuppresseur dans 8% des cas), d'une taille ≥ 5 cm (26% des cas) ou du souhait de la patiente (22% des cas).

Au total, 33 femmes ont été incluses dans l'étude soit 31 % des bartholinites aiguës (Figure 1) et quarante-neuf pourcent (16/33) des femmes n'ont pas eu recours à un traitement chirurgical dans les 30 jours.

Dans 15% des cas (5/33), les femmes ont consulté avant le délai de réévaluation prévu. Parmi ces consultations anticipées, un seul cas a nécessité une prise en charge chirurgicale.

Dans 12% des cas (4/33), une fistulisation spontanée de l'abcès est survenue, sans nécessiter de traitement chirurgical complémentaire.

Les données de l'examen clinique comparées en fonction du résultat du traitement sont présentées dans le Tableau 1. L'ensemble des femmes incluses ont reçu une antibiothérapie par Pristinamycine 3 grammes par jour, comme défini dans le protocole. Aucune femme ne présentait de douleur intense ($EN \geq 7$) lors de la consultation initiale alors que 3 femmes présentaient une douleur intense lors de la consultation secondaire, conduisant à une prise en charge chirurgicale.

Une durée de la symptomatologie inférieure à 3 jours était significativement associée à la réussite du traitement médical (75% versus 35,3%, $p=0,02$). De même, une taille de lésion inférieure ou égale à 2 cm était significativement associée à la réussite du traitement (68,7% versus 23,5%, $p=0,01$). Un antécédent de bartholinite ou une symptomatologie intense n'étaient pas significativement associés à un échec du traitement médical (Tableau 1).

En analyse multivariée, le seul facteur identifié comme associé à la réussite du traitement médical était la taille de la lésion. En effet, en cas de lésion ne faisant pas plus de 2 cm de

grand axe les chances de succès du traitement médical étaient 5 fois supérieures (ORa= 5.31 (1.05 – 26.81)).

La prise en charge chirurgicale secondaire était réalisée dans 35% (6/17) des cas pour des signes d'inconfort (s'accompagnant toujours d'une augmentation de taille de la lésion); dans 59% (10/17) des cas en raison d'une augmentation de la taille de la lésion et dans 6% (1/17) des cas en raison de l'apparition d'une douleur intense (Tableau 1).

Discussion

Le traitement médical concerne, dans notre centre, 70% des femmes présentant une bartholinite aigue et permet à une patiente sur deux d'éviter une intervention chirurgicale.

Le point fort de notre étude est la prise en charge homogène sur la période d'étude. En effet, le traitement médical est une pratique courante dans notre centre et est proposé en première intention dans la plupart des cas. Le traitement est standardisé avec une prescription de pristinamycine systématique. Il n'existe pas d'antibiotique recommandé dans cette situation et nous avons fait le choix d'un antibiotique à large spectre étant donné la fréquence des infections poly-microbiennes [15, 16]. Il y a cependant, comme souvent dans ce type d'étude rétrospective, un biais d'indication mais qui est ici peu important puisque les différences d'indication portent essentiellement sur des problèmes d'accessibilité immédiate au bloc opératoire, sur le choix des femmes, sur la taille de la collection ou sur la douleur

Le choix d'exclure les femmes perdues de vues a été fait dans le but de ne pas avoir un nombre important de données manquantes. Cependant, nous pensons que cela a conduit à une sous estimation du taux de réussite du traitement médical. En effet, en cas d'évolution favorable sous traitement, les femmes n'honorent pas systématiquement leur rendez-vous de consultation pour réévaluation clinique. A l'inverse, en l'absence d'amélioration sous traitement, il est très peu probable que ces femmes aient bénéficié d'une prise en charge chirurgicale dans une autre structure hospitalière puisqu'il n'existe pas de structure prenant en charge les urgences gynécologiques dans un rayon de 60 km.

Les femmes dont l'antibiothérapie a été instaurée au cours d'une consultation en ville ont également été exclues car nous pensons que leur inclusion aurait également conduit à une sous-estimation du taux de réussite du traitement. En effet, seules les femmes ne présentant pas une évolution favorable après l'instauration de l'antibiothérapie consultent aux urgences gynécologiques pour un second avis ce qui aurait artificiellement augmenté le taux d'échec du traitement.

Notre étude est limitée par son caractère rétrospectif et son faible effectif. Le faible effectif peut être expliqué par le nombre important de femmes exclues et par le faible taux de femmes prises en charge pour bartholinite aigue aux urgences gynécologiques de notre centre. De par son design, notre étude ne nous permettait pas un suivi à long terme des femmes. Le délai avant résolution complète de la symptomatologie ainsi que le taux de récurrence à 12 mois n'ont donc pas pu être évalués.

A notre connaissance, il s'agit de la première étude évaluant l'antibiothérapie en première intention dans la prise en charge des bartholinites aiguës. Selon Kessous et al., l'antibiothérapie est le traitement de première intention en cas d'abcès de petite taille ou non suffisamment collecté [17]. Nos résultats concordent avec ce principe puisque le traitement médical était préférentiellement efficace en cas de lésion de moins de 2 cm. Présenté comme une alternative à une prise en charge chirurgicale, ce traitement peut être

facilement accepté par les femmes. Cependant, notre étude ne permet pas de le confirmer en l'absence d'évaluation de la satisfaction des femmes. Quant au cathéter de Word comme alternative, il semble que sa mise en place soit difficile voire impossible en cas d'abcès de moins de 2 cm de diamètre ou d'abcès profonds [11, 20].

Ainsi, l'antibiothérapie pourrait être une alternative intéressante à la prise en charge par cathéter de Word ou par incision drainage en cas de bartholinite aiguë de petite taille.

En outre, il s'agit de premiers résultats à partir d'une série rétrospective unicentrique. Il convient donc d'interpréter les résultats avec prudence, d'autant plus que les facteurs pouvant aggraver la symptomatologie, dans ce contexte infectieux, n'ont pas été pris en compte (diabète ou tabagisme par exemple). Il semble indispensable de les confirmer par d'autres études voire par une étude comparative en intention de traiter. Une analyse médico-économique pourrait également être intéressante car la prise en charge initiale par antibiothérapie pourrait participer à la réduction des coûts de prise en charge en évitant le recours à une intervention chirurgicale, une anesthésie et une hospitalisation. En parallèle, il est indispensable de s'assurer qu'une intervention chirurgicale est effectivement évitée et non retardée au prix d'une augmentation de la durée des douleurs ou de la convalescence.

Conclusion

L'antibiothérapie en première intention semble intéressante dans la prise en charge des bartholinites aiguës. Le taux de réussite serait probablement meilleur si le traitement médical était instauré sous réserve de critères d'éligibilité, comme la taille de la lésion. Des études complémentaires sont indispensables afin de pouvoir préciser la place de l'antibiothérapie dans cette prise en charge. La satisfaction des femmes et le taux de récurrence à long terme en cas de recours à l'antibiothérapie restent des points indispensables à évaluer.

Absence de conflits d'intérêt

Bibliographie

- [1] Bartholin's, vulval and perineal abscesses. Bora SA, Condous G. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2009 Oct; 23(5):661-6. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2009.05.002. Epub 2009 Aug 3.
- [2] Management of Bartholin's duct cyst and gland abscess. Omole F, Simmons BJ, Hacker Y. *Am Fam Physician.* 2003 Jul 1; 68(1):135-40.
- [3] Microbiology of cysts/abscesses of Bartholin's gland: review of empirical antibiotic therapy against microbial culture. Bhide A, Nama V, Patel S, Kalu E.J *Obstet Gynaecol.* 2010; 30(7):701-3. doi: 10.3109/01443615.2010.505672.
- [4] Microbiology of Bartholin's gland abscess in Japan. Tanaka K, Mikamo H, Ninomiya M, Tamaya T, Izumi K, Ito K, Yamaoka K, Watanabe K. *J Clin Microbiol.* 2005 Aug; 43(8):4258-61.
- [5] Acute Bartholin's abscess: microbial spectrum, patient characteristics, clinical manifestation, and surgical outcomes. Krissi H, Shmueli A, Aviram A, From A, Edward R, Peled Y. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2016 Mar;35(3):443-6. doi: 10.1007/s10096-015-2557-9. Epub 2016 Jan 6.
- [6] Treatment of Bartholin's cyst and abscess: excision versus silver nitrate insertion. Mungan T, Uğur M, Yalçın H, Alan S, Sayilgan A. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1995 Nov;63(1):61-3.
- [7] Outpatient management of Bartholin gland abscesses and cysts with silver nitrate. Yüce K, Zeyneloglu HB, Bükülmez O, Kısınisci HA. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1994 Feb; 34(1):93-6.
- [8] Carbon-dioxide laser vaporization of the Bartholin gland cyst: a retrospective analysis on 200 cases. Fambrini M, Penna C, Pieralli A, Fallani MG, Andersson KL, Lozza V, Scarselli G, Marchionni M. *J Minim Invasive Gynecol.* 2008 May-Jun;15(3):327-31. doi: 10.1016/j.jmig.2008.02.005.
- [9] Aspiration and alcohol sclerotherapy: a novel method for management of Bartholin's cyst or abscess. Kafali H, Yurtseven S, Ozardali I. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004 Jan 15;112(1):98-101.
- [10] Word catheter and marsupialisation in women with a cyst or abscess of the Bartholin gland (WoMan-trial): a randomised clinical trial. Kroese JA, van der Velde M, Morssink LP, Zafarmand MH, Geomini P, van Kesteren P, Radder CM, van der Voet LF, Roovers J, Graziosi G, van Baal WM, van Bavel J, Catshoek R, Klinkert ER, Huirne J, Clark TJ, Mol B, Reesink-Peters N. *BJOG.* 2017 Jan; 124(2):243-249. doi: 10.1111/1471-0528.14281. Epub 2016 Sep 19.
- [11] Management of Bartholin's cyst and abscess using the Word catheter: implementation, recurrence rates and costs. Reif P, Ulrich D, Bjelic-Radisic V, Häusler M, Schnedl-Lamprecht E,

Tamussino K. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2015 Jul;190:81-4. doi: 10.1016/j.ejogrb.2015.04.008. Epub 2015 Apr 29.

[12]Word balloon catheter for Bartholin's cyst and abscess as an office procedure: clinical time gained. Boama V, Horton J. BMC Res Notes. 2016 Jan 6; 9:13. doi: 10.1186/s13104-015-1795-3.

[13]The simple outpatient management of Bartholin's abscess using the Word catheter: a preliminary study. Haider Z, Condous G, Kirk E, Mukri F, Bourne T. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2007 Apr; 47(2):137-40.

[14]Conduite à tenir devant une bartholinite. Descamps P, Racine-Thibaud AC, Eglin G, Catala L, Lefèbvre-Lacoeuille C, Sentilhes L, Jeanneret-Grosjean CH, Jalle T, Mezzadri M. CNGOF 2007

[15]Microbiology of cysts/abscesses of Bartholin's gland : review of empirical antibiotic therapy against microbial culture. Bhide A, Nama V, Patel S, Kalu E.J Obstet Gynaecol. 2010;30(7):701-3. doi: 10.3109/01443615.2010.505672.

[16] Microbiology of Bartholin's duct abscess. Mattila A, Miettinen A, Heinonen PK. Infect Dis Obstet Gynecol. 1994;1(6):265-8.

[17]Clinical and microbiological characteristics of Bartholin gland abscesses. Kessous R, Aricha-Tamir B, Sheizaf B, Steiner N, Moran-Gilad J, Weintraub AY. Obstet Gynecol. 2013 Oct ; 122(4):794-9. Doi : 10.1097/AOG.0b013e3182a5f0de.

[18]Bartholin's, vulval and perineal abscesses. Shabana A. Bora, MBBS, Specialist Registrar, George Condous, MRCOG, FRANZCOG, Associate Professor. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 23 (2009) 661–666

[19]Quality of life and sexual activity during treatment of Bartholin's cyst or abscess with a Word catheter. Reif P, Elsayed H, Ulrich D, Bjelic-Radisic V, Häusler M, Greimel E, Tamussino K. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.2015 Jul ;190:76-80. Do i: 10.1016/j.ejogrb.2015.03.008. Epub 2015 Mar 10.

[20]Clinical Pathology of Bartholin's Glands: A Review of the Literature. Lee MY, Dalpiaz A, Schwamb R, Miao Y, Waltzer W, Khan A. Curr Urol. 2015 May;8(1):22-5. Doi : 10.1159/000365683. Epub 2015 May 20.

Tableau 1 : Comparaison des caractéristiques de la patiente selon le résultat du traitement médical (à 30 jours)

	Réussite N=16/33 (48.5%)	Echec N=17/33 (51.5%)	p
Age maternel ≥ 35 ans	8 (50)	6 (35.3)	0.30
Multiparité	8 (53.3)	10 (58.8)	0.51
Antécédent de chirurgie ou de déchirure	2 (12.5)	4 (23.5)	0.35
Antécédent de bartholinite	4 (25)	4 (23.5)	0.61
Caractère bilatéral	1 (6.2)	1 (5.8)	0.74
Lors de la consultation initiale			
Signes d'inconfort	5 (31.2)	3 (17.6)	0.30
Durée symptomatologie ≤3 jours	12 (75)	6 (35.3)	0.02
Taille de la lésion ≤ 2 cm	1.8 +/- 0.9 11 (68.7)	3.3 +/- 1.5 4 (23.5)	0.005 0.01
Lors de la consultation secondaire			
Délai de reconsultation	5 +/- 2	4 +/- 2	0.53
Signes d'inconfort	0	6 (35)	0.01
Augmentation de la taille de la lésion	1 (6.2)	10 (59)	0.002

Figure 1 : Flow chart

Figure 1 : Flow chart

