

CISTI DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINI

BARTHOLINI'S GLAND CYSTS

DOI: 10.53146/Iriog120217

ABSTRACT

Bartholin's glands are symmetrical vestibular tubular glands that produce a clear, transparent fluid to lubricate the vulval vestibule. When the opening of these glands becomes obstructed, the fluid remains within the gland, causing a cyst. This condition is more frequent in nulliparous women and is rare in menopausal and postmenopausal women. The overall prevalence is 2%, and the average age of the patients is 20-29 years. If the fluid becomes infected with bacteria, the cyst develops an abscess. The most frequently isolated pathogens are Escherichia coli, Neisseria gonorrhoeae and Chlamydia trachomatis. The main symptom is a tender, painful lump near the vaginal opening associated with discomfort while walking or sitting and pain during intercourse. When taking a medical history, doctors should research triggers that might cause the duct to become obstructed (previous infections, poor hygiene, tight clothing, hair removal, oestrogen/progestin use and consequent vulvar atrophy). Bartholin's cysts are easily diagnosed by clinical examination: no laboratory or radiographic tests are necessary. However, surgery is required to treat them. Marsupialization consists of suturing the cyst wall open to ensure the gland can drain freely, thus restoring its anatomical and functional integrity.

KEYWORDS: cyst; abscess; bartolini gland; vulvar swelling; vulvar neoformation.

INTRODUZIONE

La cisti della ghiandola del Bartolini è una patologia riscontrata abbastanza frequentemente negli studi ginecologici, specie nelle nullipare (2% delle pazienti tra i 20 e i 29 anni). Crea notevole disagio alle pazienti e può avere una evoluzione rapida verso l'ascesso.

Non si può fare a meno di sottolineare che si tratta di patologia essenzialmente chirurgica per cui le terapie antibiotiche hanno solo lo scopo di evitare l'evoluzione ascessuale.

La tempestività dell'intervento è fondamentale per evitare complicanze. L'agente patogeno di più frequente riscontro è l'Escherichia Coli, tuttavia il recente rilievo di infezioni dovute a Gonococco e a Chlamydia ha indotto alcuni autori anglosassoni a consigliare

l'uso sistematico della coltura dell'essudato e una diagnostica completa delle MST (malattie sessualmente trasmesse).
CURIOSITA': Il nome Bartolini è una latinizzazione del nome Caspar Bartholin il Giovane, anatomista danese che per primo descrisse le ghiandole appunto del Bartolini.

ANATOMIA: Ghiandole tubulo-vestibolari simmetriche, presenti una per ciascun lato della vulva, che producono un liquido chiaro e trasparente. Nei primati sono importanti perché lubrificano l'introito prima dei rapporti subitanei. Nell'uomo hanno perso la loro importanza e probabilmente funzionano per tenere lubrificato il vestibolo.

SEDE: profondamente nella parete craniale del terzo posteriore del grande labbro inferiormente al muscolo bul-

Franco Anglana
Michela Angelucci

Autore di riferimento /
Corresponding Author:

Franco Anglana
Servizio di patologia vulvare
BIOS International, Roma

franco.anglana@gmail.com

bo-cavernoso, compresa tra cute, fascia di Colles e fascia inferiore del diaframma uro-genitale. Spesso sono accompagnate da ghiandole vestibolari minori situate intorno alla forchetta e con orifizio sempre nel solco ninfo-imenale. Le cisti di queste ghiandole sono spesso scambiate per cisti della ghiandola del Bartolini o per recidiva delle stesse.

DOTTI ECRETORI: Lunghi 1-2 cm si aprono nel solco ninfo-imenale (ore 4, ore 8 dell'orologio immaginario rappresentato dal cercine imenale) (Fig.1)



Fig.1. Nel solco ninfo-imenale è visibile l'orifizio della ghiandola.

Prevalenza 2%. Età media 20-29 aa. Frequenti nelle nullipare. Rare in menopausa e postmenopausa.

Si formano per ostruzione del dotto escretore (flogosi meccanica e/o batterica). L'evoluzione è verso l'ascesso.

ASCESSO DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINI

Gli ascessi della ghiandola di Bartolini sono spesso polimicrobici; gli agenti patogeni isolati più frequentemente sono Escherichia coli, Neisseria gonorrhoeae e Chlamydia trachomatis (Tab.1).

GERMI ANAEROBI	GERMI AEROBI
BACTEROIDES	ESCHERICHIA COLI
CLOSTRIDIUM PERFRINGENS	NEISSERIAE GONORRHEAE
PEPTOSTREPTOCOCCO	STAFILOCOCCO AUREUS
FUSOBACTERIUM	STREPTOCOCCO FECALIS
	PSEUDOMONAS AERUGINOSA
	CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Tab.1. Elenco dei principali agenti microbici che causano l'ascesso della ghiandola del Bartolini.

CLINICA: di solito le pazienti si presentano in sede di visita lamentando tensione a livello vestibolare oppure riferiscono di aver notato tumefazione a livello vulvare che si forma dopo i rapporti. Alcune volte tale tumefazione regredisce da sola a volte è stabile. All'anamnesi è bene indagare le abitudini sessuali della paziente l'uso di contraccettivi orali (atrofia vestibolare) o altri contraccettivi, la presenza di infezioni pregresse, le abitudini igieniche (pantaloni stretti, depilazione, uso eccessivo di detersivi) la eventuale dispareunia. In sintesi, l'anamnesi deve mirare alla ricerca di cause scatenanti che possono aver creato un'escrezione del dotto. Non è raro, comunque, il riscontro di un'anamnesi negativa. In caso di ascesso l'anamnesi patologica prossima può rilevare febbriicola, dolore intenso o senso di tensione localizzato alla vulva.

ESAME OBIETTIVO: Il reperto obiettivo è rappresentato dalla presenza di una tumefazione nella parete posteriore del vestibolo, liscia, duro elastica non dolente non dolorabile. Se è presente infezione la tumefazione sarà dolente e dolorabile. Raramente sono presente tumefazioni linfonodali inguinali e/o crurali omolaterali (Fig.2).



Fig.2. Da notare la tumefazione della parete posteriore del vestibolo.

La diagnosi è facile ed è esclusivamente clinica. Non occorrono esami di laboratorio o di radiodiagnostica. Anche se come abbiamo visto le infezioni della ghiandola sono dovute per la maggior parte ad Escherichia Coli, alcuni autori anglosassoni consigliano la coltura dell'essudato per la ricerca della Clamidia e del Gonococco. In caso di positività si deve procedere con le terapie antibiotiche specifiche secondo le linee guida de CDC di Atlanta.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE DELLE CISTI DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINI: va posta nei confronti di

- 1) Cisti mucose: queste di solito occupano il vestibolo medio e anteriore e non ascessualizzano mai (Fig.3., Fig.4, Fig.5).
- 2) Cisti del dotto di Nuck che occupano la superficie esterna del grande labbro nel terzo medio e anteriore. Anche queste cisti non ascessualizzano mai.



Fig.3. Cisti mucosa.



Fig.4. Cisti mucosa.



Fig.5. Cisti mucosa.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE DELL'ASCESO DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINI: si pone nei confronti di

- 1) Cisti sebacee infette
- 2) Foruncoli
- 3) Idrosadenite acuta

La diagnosi differenziale in questo caso è facile per la posizione superficiale e sottocutanea che questi tre elementi occupano (Fig.6).



Fig. 6 Ascesso della ghiandola del Bartolini

Alcune volte la fase acuta può regredire spontaneamente o dopo terapia con restitutio ad integrum. Alle volte può residuare una cisti dura della grandezza di una ciliegia. Tale cisti residua è assai fastidiosa ed è difficile da operare in quanto troppo piccola. Pertanto, si deve sempre prendere in considerazione l'opportunità di intervenire chirurgicamente quando la cisti ha una dimensione consona (superiore a una noce). Si sconsigliano pertanto interventi eroici di svuotamento con siringa più o meno accompagnati da antibiotici.

TERAPIA MEDICA: In ogni caso in letteratura da alcuni autori vengono riportati degli schemi di terapia antibiotica:

- METRONIDAZOLO 500 mg x 2/die + Penicillina (o Eritromicina) 250mg x4/die per 7 gg.
- AMOXICILLINA/ACIDO CLAVULANICO 875/125mg ogni 8 ore per 7-10 gg.
- DOXICICLINA 100 mgx2/die + CLINDAMICINA 300 mg ogni 8 ore per 7-10gg (in caso di allergia alla penicillina).

La cisti della ghiandola del Bartolini è una patologia chirurgica e necessita di intervento chirurgico.

INTERVENTO CHIRURGICO: Può essere eseguito in anestesia locale o generale. In fase ascessuale l'anestesia locale non è efficace.

ANESTESIA LOCALE: Si inietta Carbocaina 3% o Bupivacaina 5mg/ml nel tessuto mucoso del vestibolo, disteso dalla cisti, prendendo come punto di repere lo sbocco dell'orifizio. L'infiltrazione deve tener presente non solo l'area di incisione ma anche la successiva sutura per cui deve essere estesa. Va infiltrata in seguito la base della ghiandola introducendo l'ago dall'esterno, facendo attenzione a non bucare la cisti.

INTERVENTO CHIRURGICO: Si incide l'area mucosa non meno di 2-3 cm. L'ampiezza dell'incisione è la chiave per evitare recidive. Una volta aperta la ghiandola di solito esce un liquido filante mucoso maleodorante. Si consiglia di detergere bene con acqua ossigenata o liquido di Lugol o Iodopovidone. Si procede poi a marsupializzazione. Consiste nell'eseguire un'orlatura dei margini dell'incisione includendo la parete della cisti che appare liscia bianca e traslucida. La sutura deve essere estroflettente continua o a punti staccati (si entra con l'ago nella cute e si esce all'interno della ghiandola. Si utilizza filo di sutura 2-3.0 Vicryl normale o rapid). Alcuni autori preferiscono lasciare un drenaggio Redon da togliere dopo 7-10 giorni.

MEDICAZIONI POST-OPERATORIE:

PAZIENTE: semicupi giornalieri con liquido di Dakin (euclorina 1 bustina/litro)

MEDICO: medicazioni bisettimanali per 15 giorni, poi settimanale, attenti a tenere sempre aperto il foro di drenaggio (Fig.7). Lavaggi con Iodopovidone o Poliesanide e betaina.



Fig.7. Si noti la pervietà del foro di drenaggio dopo rimozione dei punti dell'orlatura.

TERAPIA DELL'ASCESSO: consiste nell'incisione e nel drenaggio in anestesia generale. Dopo l'incisione col dito indice devono scollarsi le eventuali concamerazioni ascessuali. Lasciare l'ascesso con garza tamponata per almeno 24h. (Fig.8).



Fig.8. Voluminoso ascesso drenato e tamponato. Si noti l'estensione dell'ascesso dal vestibolo inferiore sino al pube.

PROGNOSI: La prognosi è favorevole con restitutum ad integrum.

La Bartolinite può recidivare ma se l'incisione è ampia ciò avviene raramente. Spesso si definiscono erroneamente come recidive le cisti delle ghiandole accessorie.

ERRORI PIU' FREQUENTI
RITARDARE INTERVENTO
INCISIONE PICCOLA
NON COMPRENDERE LA PARETE DELLA GHIANDOLA NELLA SUTURA
IN CASO DI ASCESSO NON SCOLLARE BENE TUTTE LE CONCAMERAZIONI
MEDICAZIONI TROPPO DISTANZIATE TRA LORO CON FORO DI DRENAGGIO CHE SI OTTURA

Tab.2. In tabella elencati gli errori più frequenti nella gestione delle cisti e degli ascessi delle ghiandole del Bartolini.

CONSIGLI PRATICI
OPERARE IL PRIMA POSSIBILE
INCISIONE AMPIA
SUTURE ESTROFLETTENTI
MEDICAZIONI RAVVICINATE

Tab.3. In tabella elencati i consigli per risolvere con restitutio ad integrum la cisti o l'ascesso della ghiandola del Bartolini.

Conflitti di interesse - Gli autori non dichiarano alcun conflitto d'interesse relativo a questo articolo.

Finanziamenti - Non applicabile.

Contributo degli autori - Non applicabile.

Ringraziamenti - Non applicabile.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Patil S., Sultan A.H., Thakar R. Bartholin's cysts and abscesses. J. Obstet. Gynaecol. 2007. 27(3). p.241-245. DOI:10.1080/01443610701194762. Retraction in: MacLean A, Treadway A. J. Obstet. Gynaecol. 2013. 33(2). 219. DOI:10.3109/01443615.2013.764227
- 2) Doe J. Guia clinica de patologia de la glandula bartolino. 2008. <https://www.fisterra.com>
- 3) Guia terapeutica en Atencion Primaria. SemFYC (4ª edition). 2011
- 4) Lee W.A., Wittler M. Bartholin Gland Cyst. Treasure Island (FL). StatPearls Publishing. 2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532271/>
- 5) Pundir J., Auld B.J. A review of the management of diseases of the Bartholin's gland. J. Obstet. Gynaecol. 2008. 28(2). p.161-165. DOI:10.1080/01443610801912865
- 6) Yuk J.-S., Kim Y.-J., Hur J.-Y., Shin J.-H., Incidence of Bartholin duct cysts and abscesses in the Republic of Korea. Int. J. Gynaecol. Obstet. 2013. 122(1). p.62-64. DOI:10.1016/j.ijgo.2013.02.014
- 7) Marzano D.A., Haefner H.K. The Bartholin gland cyst: past, present, and future. J. Low Genit. Tract Dis. 2004. 8(3). p.195-204. DOI: 10.1097/00128360-200407000-00006
- 8) Visco A.G., Del Priore G. Postmenopausal Bartholin gland enlargement: a hospital-based cancer risk assessment. Obstet. Gynecol. 1996. 87(2). p.286-90. DOI:10.1016/0029-7844(95)00404-1
- 9) Kroese J.A., van der Velde M., Morsink L.P., Zafarmand M.H., et al. Word catheter and marsupialisation in women with a cyst or abscess of the Bartholin gland (WoMan-trial): a randomised clinical trial. B.J.O.G. 2017. 124(2). p.243-249. DOI:10.1111/1471-0528.14281
- 10) Jacobson P. Vulvovaginal (Bartholin) cyst treatment by marsupialization. West J. Surg. Obstet. Gynecol. 1950. 58(12). p.704-708
- 11) Kushnir V.A., Mosquera C. Novel technique for management of Bartholin gland cysts and abscesses. J. Emerg. Med. 2009. 36(4). p.388-390. DOI:10.1016/j.jemermed.2008.05.019
- 12) Omole F., Kelsey R.C., Phillips K., Cunningham K. Bartholin Duct Cyst and Gland Abscess: Office Management. Am. Fam. Physician. 2019. 99(12). p.760-766
- 13) Frega A., Schimberni M., Ralli E., Verrone A., Manzara F., Schimberni M., Nobili F., Caserta D. Complication and recurrence rate in laser CO2 versus traditional surgery in the treatment of Bartholin's gland cyst. Arch. Gynecol. Obstet. 2016. 294(2). p.303-309. DOI:10.1007/s00404-016-4045-6
- 14) Anglana F., Lippa P., Ronca S., Pelisse M. Trattato di patologia vulvare, con competenze ginecologiche, dermatologiche e psicologiche. SEE Firenze. 2003
- 15) Anglana F., Lippa P., Ronca S., Caussade. Atlas of vulvar dermatosis and dermatitis. 2016