

## LA COALESCENCE DES PETITES LEVRES CHEZ LA FILLE A PROPOS DE 30 CAS : NOTRE EXPERIENCE.

### *Labial fusion in the girl about 30 cases: our experience.*

Lohourou Grah Franck<sup>1</sup>, Bénéié Abdous Célestin<sup>1</sup>, Traore Ibrahim<sup>1</sup>, Kpangni Ahua Jean Bertrand<sup>1</sup>, N'Da-Koffi NHC<sup>2</sup>, Bamba Inza<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Unité de chirurgie pédiatrique Centre hospitalier universitaire de Bouaké (Côte d'Ivoire) ; <sup>2</sup>Service d'Anesthésie- réanimation Centre hospitalier universitaire de Bouaké (Côte d'Ivoire).

**Auteur correspondant** : Dr Lohourou Grah Franck, Assistant Chef de clinique en Chirurgie pédiatrique au CHU Bouaké, téléphone : +225 77826174 ; Boite Postal : 01 BP 1174 Bouaké 01 - République de Côte d'Ivoire (RCI). E-mail : [jeandanielesrom@gmail.com](mailto:jeandanielesrom@gmail.com)

### RESUME

**But**: Rapporter les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs de la coalescence des petites lèvres chez la fillette. **Patients et méthodes** : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive portant sur les dossiers colligés de patientes âgées de moins de 15ans sur 5 semestres d'activités (Janvier 2017 à Juin 2019) traitées pour une coalescence des petites lèvres. Les données anamnestiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives ont été analysées. **Résultats** : Trente patientes ont été colligées, l'âge moyen était de 20 mois avec des extrêmes de 4 mois et 8ans. Vingt-cinq (25) patientes avaient moins de 1 an. Il y avait 28 cas de coalescence totale et 2 cas de coalescences partielles. Il s'agissait d'affection isolée dans tous les cas. Les patientes étaient toutes asymptomatiques. Le décollement chirurgical a été pratiqué chez toutes les patientes puis un traitement hormonal a été institué. Aucune récurrence n'a été observée Au recul moyen de 12 mois (1an). **Conclusion** : Cette affection bénigne, est le plus souvent isolée dans notre contexte. Son traitement doit associer un traitement chirurgical et un traitement hormonal. **Mots clés** : coalescence, petites lèvres, fille, décollement.

### ABSTRACT

**Aim**: To report the epidemiological, diagnostic, therapeutic and evolutionary aspects of the labial fusion in the girl. **Patients and methods**: This was a descriptive retrospective study of the files collected from patients under the age of 15 over 5 semesters of activity (January 2017 to June 2019) and treated for labial fusion. The anamnestic, clinical, therapeutic and evolutionary data were analyzed. **Results**: Thirty patients were collected, the average age was 20 months with extremes of 4 months and 8 years. Twenty-five (25) patients were less than 1 year old. There were 28 cases of total labial fusion and 2 cases of partial labial fusion. It was isolated affection in all cases. The patients were all asymptomatic. Surgical detachment was practiced in all the patients and then hormonal treatment was instituted. No recurrence was observed at a mean follow-up of 12 months (1 year).

**Conclusion**: This benign condition is most often isolated in our context. Its treatment must combine surgical treatment and hormonal treatment. **Keywords**: Labial fusion, girl, detachment.

### INTRODUCTION

La coalescence des petites lèvres est l'un des problèmes gynécologiques pédiatriques les plus courants. Elle est souvent diagnostiquée à tort comme une absence congénitale du vagin [1]. Bien que l'étiologie exacte de la coalescence ne soit pas connue, elle est probablement associée à l'état hypo-œstrogénique du nourrisson [2]. La coalescence des petites lèvres est une affection bénigne, le plus souvent asymptomatique et sa prise en charge diffère dans la littérature. Nous avons voulu contribuer à travers ce travail à l'étude de la coalescence des petites lèvres chez la fillette en décrivant ses aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs dans l'unité de Chirurgie Pédiatrique du CHU de Bouaké.

### PATIENTS ET METHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive réalisée dans l'unité de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire

de Bouaké du 1er janvier 2017 au 31 juin 2019 (sur une période de 30 mois). Toutes les patientes âgées de moins de 15ans, reçues en consultation et traitées pour une coalescence des petites lèvres ont été incluses. Les patientes admises pour récurrences après traitement dans un autre centre de santé et celles présentant des malformations congénitales ano-rectales ou génito-urinaires ont été exclues de notre étude.

La collecte des données a été faite à partir des dossiers des patientes. Les variables étudiées étaient:

-les caractéristiques des patientes : la fréquence annuelle, les circonstances de découverte, l'âge de consultation (âge du diagnostic) et les facteurs favorisants.

- les aspects diagnostiques : le caractère total ou partiel de l'accolement des petites lèvres, les signes associés

-les aspects thérapeutiques et évolutifs : le traitement et les résultats du traitement. Le traitement par le chirurgien avait consisté à un décollement à la pince de Halsted courbe

sur la table d'examen sous anesthésie locale à la crème EMLA. La crème EMLA était appliquée 30 minutes avant le décollement. La patiente étant en position gynécologique, on procédait à une aseptie de la vulve avec la Bétadine 10% solution gynécologique. Le bout de la pince était introduit, soit dans le pertuis s'il s'agissait d'une forme partielle, soit à travers la membrane médiane translucide de l'accolement dans les formes totales. Les mors de la pince étaient alors écartés doucement jusqu'à l'ouverture complète. Le traitement après décollement était complété par l'application locale systématique d'œstrogènes. L'application se fait en administrant la pommade sur le raphé médian. Son application était faite 1 ou 2 fois par jour pendant 6 semaines. Après les 6 semaines les patientes étaient revues en consultation chaque 3 mois pour rechercher une récurrence de l'accolement. Le logiciel Epi-Info version 7.2.2.6 a été utilisé pour l'analyse statistique.

## RESULTATS

**1. Caractéristiques des patientes** La découverte de la coalescence a été faite par la mère dans 28 cas à domicile et 2 cas de découverte fortuite par un médecin à l'âge de 4 mois lors d'un examen systématique. Nous avons colligé 30 cas de coalescence sur une période de 2 ans et 6 mois. La fréquence annuelle était de 12 patientes. L'âge moyen de nos patientes était de 20 mois avec des extrêmes de 4 mois et 8 ans. La tranche d'âge de moins de un an était la plus prédominante avec 25 patientes (83,33%) (Répartition des patientes selon l'âge est représentée au tableau).

**2. Aspects diagnostiques :** L'accolement des petites lèvres était total chez 28 fillettes (figure 1) et partiel dans 2 cas (figure 2). La coalescence a été retrouvée chez deux sœurs de même mère. Chez ces 2 sœurs l'examen de la vulve a permis de mettre en évidence une hygiène vulvaire insuffisante et la présence de perte blanchâtre. Toutes les patientes (30 cas) étaient asymptomatiques. Aucune patiente n'avait présenté une malformation génitale.

**3. Aspects thérapeutiques et évolutifs** Le décollement chirurgical (figure 3) a été réalisé chez toutes les patientes suivi de l'application de pommade œstrogénique pendant 6 semaines. Nous avons eu 2 cas de gynécomastie qui ont régressé après l'arrêt de l'œstrogène au bout de 4 semaines. Aucune récurrence n'a été enregistrée dans notre série au recul moyen de 12 mois avec des extrêmes de 6 mois et 2 ans.

## DISCUSSION

**1. Caractéristiques des patientes :** La fréquence annuelle des coalescences de petites lèvres dans certaines séries africaines notamment celles de Dieth [3] (8 patientes /an), Mieret [3] (5,8 patientes / an) et

Ephraïm [5] (2,77 patientes/an) était inférieur à celle de notre série. Nous avons retrouvé un nombre de patientes supérieure à notre série dans l'étude de Thibaud [6] (40 patientes /an). Mais son étude était réalisée dans un service de gynéco-obstétrique pédiatrique. La coalescence des petites lèvres reste une pathologie peu fréquente dans notre contexte. Malgré que toutes les fillettes avec coalescence même découverte dans le service de gynéco-obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké étaient référées dans notre unité. Dans plusieurs études la découverte a été faite par la mère dans la majorité des cas [3, 4,5]. Le diagnostic a été fait relativement tôt comme dans la plupart des études [6], avec une moyenne d'âge entre 13 et 23 mois [3,6]. La découverte tardive est rare, comme le souligne Kumar [7].

## 2. Aspects Diagnostiques :

La coalescence des petites lèvres réalise un accolement des petites lèvres chez la fille. Cet accolement est causé par des adhérences minces, pâles et semi-translucides couvrant l'ouverture vaginale entre les petites lèvres. De plus, les adhérences ferment parfois entièrement l'ouverture vaginale et sont responsables de coalescence totale ou de façon partielle correspondant à la coalescence partielle [2,3]. La présence des symptômes lors de la coalescence des petites lèvres est liée à une obstruction des voies urinaires [2,8] responsable d'infection urinaire. Mais plus de 35% des adhérences labiales seraient asymptomatiques [8]. La présence de vaginite explique l'origine acquise de la coalescence des petites lèvres en rapport avec une hygiène vulvaire insuffisante [7].

## 3. Aspects thérapeutiques et évolutifs

Le traitement de la coalescence des petites lèvres chez la fillette varie selon les auteurs. Pour certains auteurs, si aucun symptôme n'est présent, ils recommandent de rassurer les parents et d'attendre [2]. L'abstention thérapeutique a été préconisée, basée sur l'espoir d'une résorption spontanée (dans 80% des cas) [9] dans l'année ou avant la puberté par augmentation du taux d'œstrogène [6]. L'American College of Obstetrics and Gynecology recommande chez les patientes pré pubères asymptomatiques, l'abstention thérapeutique en première intention [10]. Par contre d'autres auteurs recommandent un traitement afin d'éviter les symptômes ou complications [12]. Pour eux il n'y a pas d'abstention thérapeutique car il y a un risque d'infection urinaire en l'absence de traitement [11]. Il faut traiter l'enfant dès que le diagnostic est posé [9]. L'abstention thérapeutique n'emporte pas l'adhésion des praticiens d'enfants dans nos régions, car le suivi à long terme des patientes est aléatoire avec de nombreuses patientes qui sont perdues de vue [3].

Certains auteurs ont adopté comme attitude thérapeutique le décollement chirurgical puis l'application de pommade œstrogène locale [14]. La pommade à base d'œstrogènes appliquée sur la zone d'adhésion est souvent utilisée comme option de traitement de première intention [8,13]. L'application se fait en administrant la pommade sur le raphé médian. Son utilisation doit être effectuée 1 ou 2 fois par jour pendant 6 semaines. La séparation des petites lèvres est souvent proposée en deuxième intention en cas d'échec du traitement topique [8, 13]. Parmi les effets indésirables rapportés lors de l'utilisation de l'œstrogène figurent une irritation locale, une hyperpigmentation de la vulve, les maux de tête, les saignements vaginaux et le développement des poils pubiens jusqu'à l'induction d'une puberté précoce et une gynécomastie. Les effets indésirables disparaissent généralement avec l'arrêt du traitement. Néanmoins il faudrait signaler que la prolongation de soins locaux peut être à l'origine de perturbations relationnelles et psychologiques [6]. Dans certaines études les taux de récurrence liés à œstrogènes varient entre 11 et 41% [8]. Vu les résultats cela nous a confortés dans notre attitude thérapeutique utilisant l'association des deux méthodes dans la prise en charge des coalescences des nymphes dans notre contexte.

**CONCLUSION :** La coalescence des petites lèvres est une affection peu courante et bénigne chez les filles dans notre contexte. Elle s'est révélée asymptomatique mais souvent très préoccupante pour les parents. Le traitement a consisté en un décollement suivi d'une application locale d'œstrogène. Les résultats étaient excellents sans aucune récurrence.

## REFERENCES

1. Edmonds DK. Normal and abnormal development of the genital tract. In: Edmonds DK, editor. Dewhurst's Textbook of Obstetrics and Gynecology. 8th ed. UK: Black well Publishing 2012: 421-34.
2. Bacon JL. Prepubertal labial adhesions: evaluation of a referral population. Am J Obstet Gynecol. 2002; 187:327-31
3. Dieth AG, Moh EN, Fiogbe M, Bandre E, Ossoh BM, Yaokreh JB et al, La coalescence des nymphes au service de chirurgie pédiatrique du CHU de Yopougon : à propos de 108 cas .Cahiers Santé 2008; 18 (1) :35-37
4. Mieret, J. C., Moyen, E., Ondima, I., Bachir, A. S., Moyen, G. Coalescences des nymphes dans le service de chirurgie pédiatrique au centre hospitalier et Universitaire de Brazzaville (Congo). Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé 2018; 20(4) :387-90.
5. Ephraim S., Amaka N. O., Nathaniel E.O.S. Labial adhesion in children at the Jos University Teaching Hospital Afr J Paediatr Surg. 2016; 13(1): 6-8.
6. Thibaut E., Duflos C. Plaidoyer pour l'enfant : le traitement de la coalescence des petites lèvres est inutile. Archives de pédiatrie 2003, 10: 462-67
7. Kumar RK, Sonika A, Charu C, Sunesh K, Neena M. Labial adhesions in pubertal girls. Arch Gynecol Obstet 2006; 273:243-5
8. Mayoglou L, Dulabon L, Martin-Alguacil N, Pfaff D, Schober J. Success of treatment modalities for labial fusion: a retrospective evaluation of topical and surgical treatments. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2009; 22:247-50.
9. Tebmege M, Misra I, Nerminathan V. Is the topical application of oestrogen cream an effective intervention in girls suffering from labial adhesions? Arch Dis Child 2007; 92:268-71.
10. Barbosa A. S.D., Tristancho B. A., Suescún V.J.M. Sinequia vulvar: revisión de literatura. Arch Argent Pediatr 2017; 115(6):597-601.
11. Norbeck JC, Richey MR, Bloom DA. Labial fusion causing upper urinary tract obstruction. Urology 1993; 42:209-11.
12. Leung AK, Robson WL, Kao CP, Liu EK, Fong JH. Treatment of labial fusion with topical estrogen therapy. Clin Pediatr (Phila). 2005; 44:245-7.
13. Acer T, Ozturk I, Ozturk O, Kocabas T, Tezcan AY, Cirak A, et al. Do hygienic factors affect labial fusion recurrence? A search for possible related etiologic factors. J Pediatr Surg. 2012; 47:1913-8.
14. A Sinha, S Ojha, R Samujh, KLN Rao Labial adhesions: facts and fiction. Indian J Pediatr. 2005; 72 : 365

**Tableau I** : répartition des patientes selon l'âge  
**Table I**: Distribution of patients by age

Age	Effectifs
4mois-8mois	15
8mois-12mois	10
Supérieur à 1an	5
Total	30



Figure 1. Accolement total des petites lèvres.  
Figure 1.Total labial fusion.



Figure 2. Accolement partiel des petites lèvres.  
Figure 2. Partial labial fusion.



Figure 3. Aspect après décollement des petites lèvres

Figure 3. Appearance after detachment of labial fusion

**Conflits d'intérêts** : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

**Financement** : Aucun financement

**Contributions des auteurs**

Dr Lohourou Grah Franck : auteur principal ;  
Dr Béné Abdous Célestin, Dr Traore Ibrahim,  
Dr Kpangni Ahua Jean Bertrand, Dr N'Da-Koffi  
N.H.C.et Dr Bamba Inza ont participé à la prise  
en charge des patientes et à la rédaction de  
l'article.