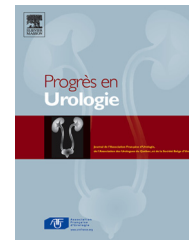




Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



# Chirurgie cosmétique de l'appareil génital féminin<sup>☆</sup>

Cosmetic surgery of the female genitalia

P. Foldès<sup>a</sup>, S. Droupy<sup>b,\*</sup>, B. Cuzin<sup>a,c</sup>

<sup>a</sup> Clinique Saint-Germain, centre hospitalier Poissy Saint-Germain, 12, rue Baronne-Gérard, angle rue d'Ourches, 78100 St-Germain-en-Laye, France

<sup>b</sup> Service d'urologie andrologie, CHU Carémeau, place du Pr-Robert-Debré, 30000 Nîmes, France

<sup>c</sup> Service d'urologie, groupe hospitalier Edouard Herriot, 5, place d'Arsonval, 69437 Lyon cedex 03, France

Reçu le 12 janvier 2013 ; accepté le 28 janvier 2013

## MOTS CLÉS

Nymphoplastie ;  
Vaginoplastie ;  
Clitoridoplastie ;  
Périnéoplastie ;  
Mutilation génitale

## Résumé

**Introduction.** — La chirurgie cosmétique de l'appareil génital féminin comporte la chirurgie des lèvres, du capuchon clitoridien, de l'hymen, du pubis (mont de Vénus, grandes lèvres), du vagin et du périnée postérieur. Le type de chirurgie le plus pratiqué est la labioplastie (ou nymphoplastie).

**Méthode.** — Une revue de la littérature sur Medline a été réalisée en considérant les articles répertoriés jusqu'à janvier 2012.

**Résultats.** — Une évaluation médico-psychosexologique est indispensable avant d'envisager une chirurgie cosmétique génitale. Les périnéoplasties dans les sensations de vagin large ne doivent être proposées qu'après évaluation soigneuse de la patiente, par des chirurgiens spécialisés, dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire, notamment sexologique, après avoir tenté les approches alternatives (rééducation du plancher pelvien) et avoir informé la patiente des résultats et complications. La réparation des mutilations génitales sexuelles par la chirurgie est possible et améliore la grande majorité des patientes. Le mécanisme de l'amélioration est complexe et fait l'objet d'études. La demande est le plus souvent le fruit d'une démarche longue, complexe pour la patiente qui y intègre son histoire personnelle et familiale. Elle doit être écoutée, respectée et surtout prise en charge dans des centres de références. Une thérapie sexologique d'accompagnement doit être systématiquement proposée. Concernant la reconstruction d'hymen, la procédure est considérée comme « légale » par le corps médical. Il existe plusieurs techniques peu documentées, et il n'y a aucune publication sérieuse exploitable. La labioplastie est une intervention pour laquelle le chirurgien doit correctement évaluer l'attente de sa patiente et l'informer des bénéfices et des risques. La discussion préalable autour de la « normalité » et l'approche comportementale doivent être tentées afin de dissuader les

<sup>☆</sup> Cet article fait partie intégrante du Rapport « Médecine Sexuelle » du 106<sup>e</sup> Congrès de l'Association française d'urologie rédigé sous la direction de Florence Cour, Stéphane Droupy et François Giuliano.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [stephane.droupy@chu-nimes.fr](mailto:stephane.droupy@chu-nimes.fr) (S. Droupy).

candidates qui ne présentent pas des types 3 ou 4 avec gêne fonctionnelle, afin de ne pas répondre par la chirurgie à une dysmorphophobie. Nous n'avons volontairement pas abordé ici l'amplification du point G, très controversée dans son principe et sa technique, et ne faisant à ce jour l'objet d'aucune étude sérieuse, de même que toutes les techniques de « rajeunissement » vaginal, en dehors des périnéoplasties postérieures.

**Conclusion.** – La chirurgie cosmétique des organes génitaux féminins recouvre une grande variété de techniques correspondant à des situations extrêmement diverses. Elle nécessite une évaluation minutieuse et multidisciplinaire de la demande et une information claire et loyale des patientes. La chirurgie réparatrice des mutilations génitales féminines et des crimes sexuels ne pose pas un véritable problème d'indication ni de justification.

© 2013 Publié par Elsevier Masson SAS.

## KEYWORDS

Labioplasty;  
Vaginoplasty;  
Clitoridoplastie;  
Perineoplasty;  
Genital mutilation

## Summary

**Introduction.** – This review studies rationale and outcome of vulvovaginal aesthetic surgery.

**Method.** – Medline search of the existing literature utilizing terms labiaplasty, clitoral hood reduction, hymenoplasty, vaginoplasty, perineoplasty, female genital surgery, sexual satisfaction/body image, and anterior/posterior colporrhaphy; references from bibliographies of papers found through the literature search and in the author's reading of available literature until January 2012. Clinicians who receive requests from patients for such procedures should discuss with the patient the reason for request and perform an evaluation for any physical signs or symptoms that may indicate the need for surgical intervention.

**Results.** – A physical psychological and sexological evaluation is mandatory before a procedure of female cosmetic genital surgery. Perineoplasties in wide vagina sensations should be proposed after careful evaluation of patients, by trained surgeons, in part of a multidisciplinary approach especially sexologic, after attempt of conservative treatments (pelvic floor rehabilitation). Patients should be informed of results and complications. Female genital mutilation repair with surgery is possible and improve majority of patients. Improvement mechanism is complex and clinical trials are ongoing. Asking for this surgery, is more often result of a deep reflexion for patient who integrate his own story and those of her family. She should be listened to, respected and managed in a reference center. Sexotherapy should be systematically proposed. Concerning hymenoplasty, the procedure is considered as "legally" by medical doctors. Several techniques are available, few described, and there is no evidence-based publication. Labiaplasty is a procedure whose patient expectations should be properly evaluated by surgeon and benefits risks should be informed. A preliminary discussion around "normality" and a psychotherapy should be tried, in order to not treat a dysmorphobia by surgery. Vaginal "rejuvenation" and G spot ampliation principles and techniques are very controversial and there is no evidence-based study.

**Conclusion.** – Cosmetic surgery of the female genitalia covers a variety of techniques corresponding to extremely diverse situations. It requires careful and multidisciplinary evaluation as well as clear and honest information of patients. Reconstructive surgery of female genital mutilation and sexual crimes does not pose a real problem in term of indication or justification.

© 2013 Published by Elsevier Masson SAS.

Ce titre générique recouvre des pratiques relativement hétérogènes, tant dans leurs techniques que dans leur domaine d'application. La chirurgie cosmétique de l'appareil génital féminin comporte la chirurgie des lèvres, du capuchon clitoridien, de l'hymen, du pubis (mont de Vénus, grandes lèvres), du vagin et du périnée postérieur. Elle a émergé depuis 20 ans dans les pays industrialisés comme les autres formes de chirurgie esthétique, dans le contexte d'une culture de l'image principalement, de la « normalité », mais aussi par l'image du corps de la femme véhiculé par les média érotiques et pornographiques, avec en arrière plan une possible

dysmorphophobie. Mais il peut s'agir de la restauration d'un geste criminel en passant par la correction d'anomalies très symptomatiques, de séquelles post-accouchements. Le type de chirurgie le plus pratiqué est la labiaplastie (ou nymphoplastie) dont le nombre a été multiplié par cinq en dix ans au Royaume-Uni [1]. En Australie, plus de 1200 labiaplasties sont pratiquées par an [2]. Toutefois depuis 2008 on note un déclin global de cette chirurgie observée également dans le cadre de la chirurgie plastique en général [3]. Devant la dérive marchande pouvant accompagner ce type d'intervention, des sociétés scientifiques ont publié des mises en garde pour pointer les

insuffisances de connaissances accompagnant ces actes chirurgicaux [4–6].

Nous avons réalisé une revue de la littérature sur Medline en considérant les articles répertoriés jusqu'à janvier 2012 concernant la chirurgie cosmétique de l'appareil génital féminin et permettant de décrire les types d'interventions chirurgicales pratiquées et leurs indications, complications et résultats.

Actuellement les interventions cosmétiques répertoriées se subdivisent en :

- interventions à visée réparatrice et reconstructive (clitoris, nymphes, périnée, hymen) ;
- interventions de réduction (labio- ou nymphoplasties, clitoris, grandes lèvres) ;
- lipoplasties de rajeunissement et lipostructure :
  - grandes lèvres (lipofilling, lifting),
  - pubis (liposuction, lifting),
  - vulve (lifting, liposuction, pubopexies),
  - vagin (rétrécissement) ;
- amplification du point G.

À ce jour, seules les deux premières catégories ont fait l'objet de publications référencées dans des journaux à comité de lecture et sont disponibles sur la base Medline. On peut estimer que les deux dernières catégories de chirurgie ne sont pas validées et que les praticiens doivent en informer les patientes. Cependant, la demande des patientes ne doit pas être ignorée et les thérapeutes peuvent y répondre autrement que par la chirurgie [4].

Au préalable, il semble donc fondamental d'évaluer les attentes et les connaissances de la patiente sur sa future intervention, ainsi que de dépister une dysmorphophobie ou une dysfonction sexuelle associée qui nécessite une prise en charge spécifique.

## Évaluation des patientes

L'American College of Obstetricians and Gynecologists [5] recommande aux cliniciens de discuter avec la patiente des raisons de sa requête ainsi que de réaliser une évaluation des symptômes ou signes cliniques pouvant indiquer un besoin d'intervention chirurgicale. La patiente doit également être informée qu'il existe des variations importantes de taille des parties génitales d'une femme à l'autre, considérées comme normales. Les dysfonctions sexuelles doivent être dépistées, évaluées et prises en charge par un sexologue. Les recommandations du « Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists » sont similaires [6].

Un autre point important est le dépistage d'une dysmorphophobie qui peut être présente chez 20 à 53,6% des patientes consultant pour demande chirurgie esthétique [7,8]. Certains auteurs ont montré que les dysmorphobies non reconnues pouvaient s'accompagner d'un mauvais résultat de la chirurgie esthétique [9]. Une coopération étroite entre chirurgiens et psychiatres pour la prise en charge de ces dysmorphobies est ainsi recommandée avant toute intervention.

Le National Health Service a produit un texte de recommandations pour cette chirurgie [10] et un guide

d'information pour les patientes souhaitant subir une chirurgie labiale [11].

Une évaluation médico-psychosexologique est indispensable avant d'envisager une chirurgie cosmétique génitale [5,6,10]. Son but sera de :

- évaluer les attentes et connaissances de la patiente sur l'intervention demandée, en l'informant sur l'état de l'art ;
- mettre en lien l'examen clinique et les symptômes ;
- dépister une dysfonction sexuelle associée et proposer une prise en charge par un sexothérapeute ;
- dépister une dysmorphophobie associée et proposer une prise en charge par un psychothérapeute.

## Interventions à visée réparatrice et reconstructive (périnée, après excision, mutilation sexuelle, hymen)

### Les plasties vulvopérinéales

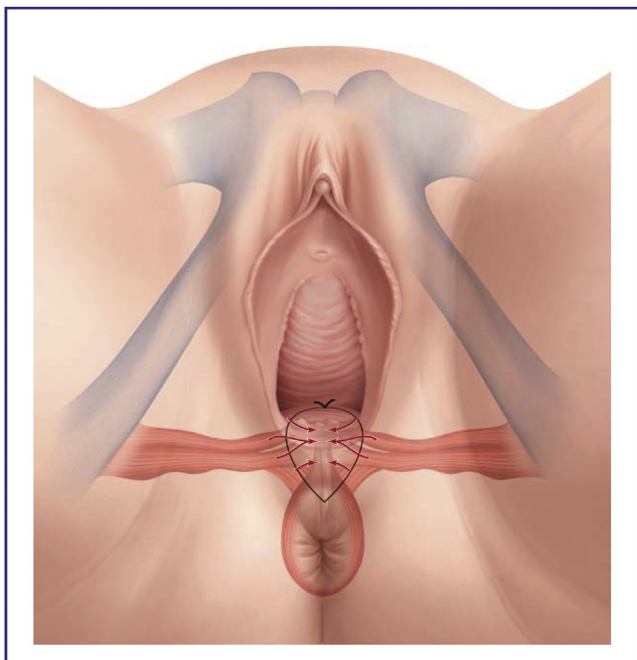
Des lésions du muscle élévateur de l'anus sont trouvées chez 15 à 30% des femmes accouchant par voie vaginale [12–14]. Ces lésions sont associées à une diminution de force du plancher pelvien et peuvent conduire à une laxité coitale [15,16]. Même sans lésion de l'élévateur, il peut exister une extensibilité du hiatus [17].

Il peut donc coexister des situations largement pathologiques secondaires à un effondrement périnéal post-obstétrical, des dysmorphobies simples, et des revendications sexologiques motivées par une sensation de distension des tissus. Cependant, le plancher pelvien peut être renforcé par la rééducation périnéale et des publications récentes [18–21] ont montré une amélioration de l'orgasme et de l'excitation essentiellement, après ce type de prise en charge. Même si l'on ne peut affirmer après lecture de ces études qu'il s'agit du même type de patiente, cette approche conservatrice mérite d'être proposée.

### Types d'intervention

Les plasties vulvopérinéales sont l'ensemble des techniques visant à retendre des tissus relâchés ou jugés distendus au niveau du vestibule, de la fourchette, ou du périnée postérieur.

Ces interventions consistent en une résection partielle des tissus périvulvaires postérieurs, de la fourchette ou d'un excès de vagin. La fourchette est reconstituée de diverses façons, par suture simple, ou mieux, par plastie d'interposition d'un lambeau vaginal. La réussite est presque toujours liée à la solidité du plan des releveurs, qu'il faut reprendre et adosser faute de quoi la récurrence sera rapide. Les techniques adjuvantes de rééducations périnéales sont fortement recommandées. Des pratiques de vaginoplasties réductrices par incision, scarification ou laser existent, mais ne font l'objet d'aucune publication dans un journal référencé (Fig. 1).



**Figure 1.** Technique de périnéoplastie postérieure (*posterior perineoplasty*).

### Efficacité, complications, indications

Dans la série multicentrique de Goodman et al. [22] ayant porté sur 81 femmes dont l'âge moyen n'était pas précisé, 47 avaient bénéficié d'une vagino ou périnéoplastie, 34 d'une labioplastie associée. Vingt pour cent ont eu une complication (retard de cicatrisation, saignements, douleurs, rétrécissement excessifs), le devenir des complications n'était pas précisé. Le suivi a été de six à 42 mois, 11 patientes étaient globalement insatisfaites (13,5%) et 70 satisfaites (86,5%). Sept patientes (9,5%) ont estimé que leur satisfaction sexuelle n'avait pas été améliorée et 12 (16,4%) que celle de leur partenaire n'était pas améliorée. Chez une patiente, aussi bien sa fonction sexuelle que celle de son partenaire avait été aggravées. Pour les autres patientes, la satisfaction sexuelle était améliorée pour elle (69, 89%) et leur partenaire (60, 82,1% à revoir).

Dans la série d'Adamo et Corvi [23], 40 femmes, d'un âge moyen de 36 ans, ont été traitées pour diminution de la sensibilité vaginale et une sensation de vagin large. Elles ont été évaluées à six mois ainsi que leur partenaire. En ce qui concernait la sensibilité vaginale, deux patientes (5%) n'avaient pas été améliorées, 16 (40%) ont rapporté une amélioration et 22 (55%) une amélioration significative. Deux patientes (5%) n'ont pas noté d'amélioration dans la sensation de vagin large alors que, pour la majorité d'entre elles (38) (95%), il existait une amélioration significative. Chez les partenaires, huit (20%) n'ont noté aucune amélioration à six mois, pour 15 d'entre eux (37,5%), il existait une certaine amélioration, et pour 17 (42,5%) une amélioration significative. Les auteurs ont rapporté deux cas d'infection localisée ayant requis un traitement et une patiente a eu un saignement vaginal au quatrième jour postopératoire.

Dans la série de Pardo et al. [24], 53 patientes d'âge moyen 45 ans ont eu une intervention, le laser a été

utilisé pour disséquer les fascias. Les complications ne sont pas rapportées. Les résultats sont évalués à six mois. Après chirurgie, la sexualité a été évaluée à l'aide d'un questionnaire, elle est déclarée très améliorée par 35 patientes (66%), suffisamment améliorée par 13 patientes (24%), peu améliorée par trois patientes (6%), non améliorée par deux patientes (4%). Il n'existe pas d'aggravation.

Au total, en raison du manque de données suffisantes sur les périnéoplasties dans les sensations de vagin large, celles-ci ne doivent être proposées qu'après évaluation soigneuse de la patiente, par des chirurgiens spécialisés, dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire notamment sexologique, après avoir tenté les approches alternatives (rééducation du plancher pelvien) et avoir informé la patiente, des résultats et complications.

### La chirurgie de réparation des mutilations sexuelles féminines

La technique de clitoridoplastie a été développée pour répondre dans un premier temps aux formes douloureuses observées sur le terrain humanitaire, puis étendues ensuite à l'ensemble des demandes [25].

L'intervention vise à restaurer une intégrité anatomique la plus fidèle possible et une sensibilité clitoridienne fonctionnelle.

Dans ce contexte, le chirurgien doit faire face à une demande de restauration d'une dégradation globale de la vulve, où s'additionnent l'excision elle-même, mais aussi des mutilations associées comme la pseudo-infibulation (atteinte des nymphes présente dans 66% des cas) et des séquelles post-obstétricales très fréquentes.

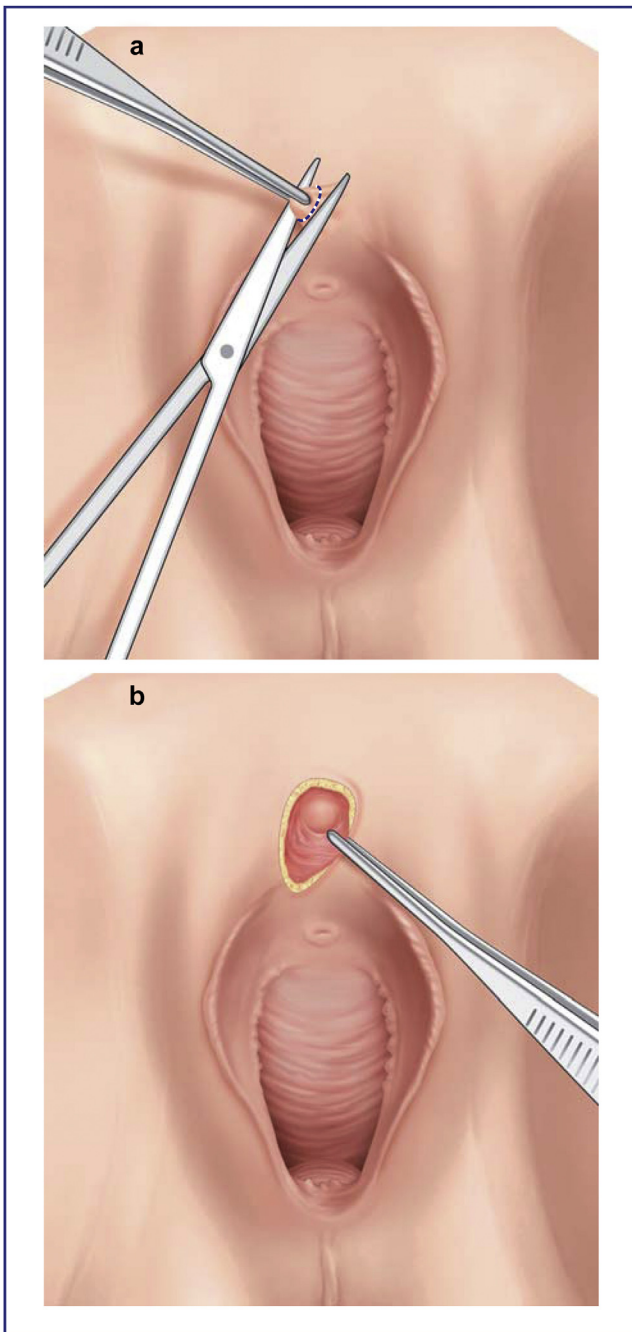
La technique chirurgicale et les résultats ont été décrits à moyen terme dans une série prospective de 2938 patientes. L'indication opératoire a été étendue aux demandes d'amélioration de la sexualité et aux demandes « identitaires » (souhait pour la patiente de retrouver une intégrité physique, d'être une femme à part entière) [25–27].

### Types d'intervention

L'atteinte des petites lèvres est systématiquement associée à toute forme d'excision rituelle pratiquée en Afrique orientale (Égypte-Soudan-Corne de l'Afrique).

Mais le geste et la cicatrisation aléatoire sont également cause d'une atteinte des nymphes (symphyse, sclérose, chéloïde) dans près des deux tiers des cas mondiaux en dehors de la corne de l'Afrique.

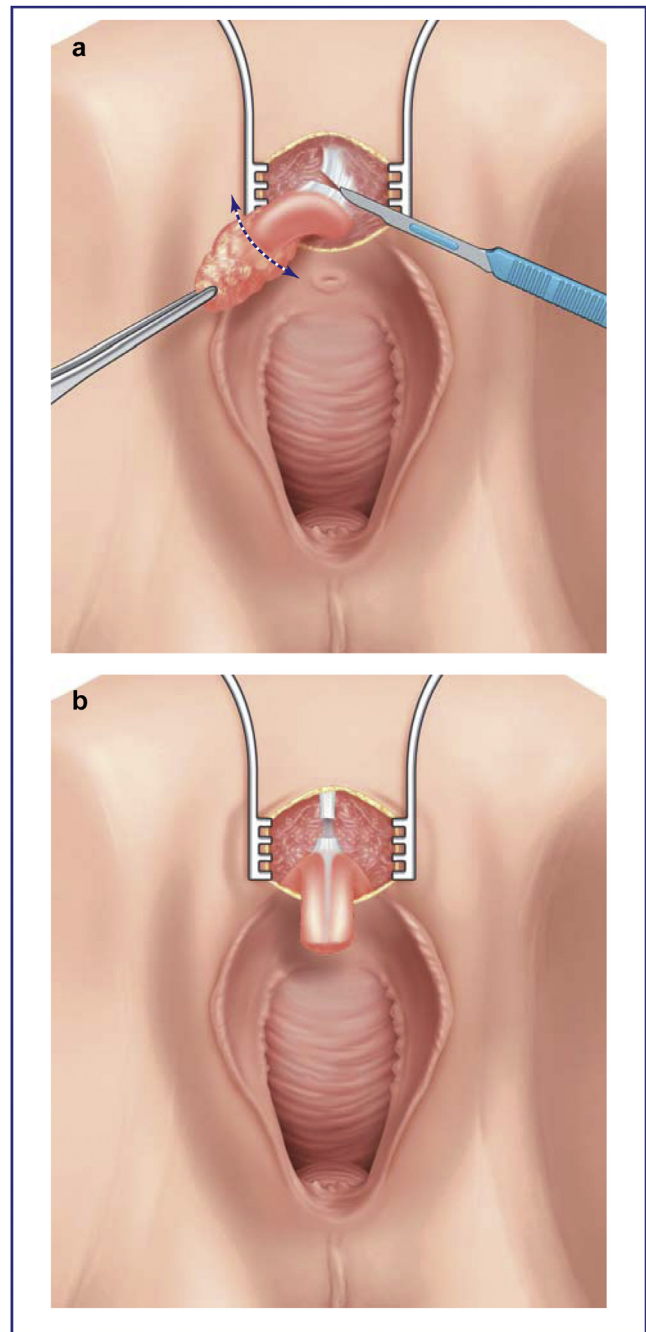
Une réfection minimale de la partie supérieure des nymphes est donc incluse presque systématiquement avant la chirurgie du clitoris. Elle consiste en une libération des adhérences et en une reconstruction de leur dièdre supérieur. On utilise un procédé simple de plastie de translation de la peau en se servant des bords de la résection de la cicatrice initiale.



**Figure 2.** Mobilisation du moignon du clitoris.

On prépare ainsi le lit inférieur de réimplantation qui recevra le néo-clitoris.

La peau couvrant le moignon clitoridien ayant été résectionnée, le moignon est saisi puis le ligament suspenseur du clitoris est progressivement sectionné de manière à ce que l'extrémité du clitoris soit largement mobilisable (Fig. 2 et 3). Cela sépare le moignon de son adhérence pubienne, le ramenant en bas et en avant. L'extrémité est progressivement libérée du tissu cicatriciel en réséquant les couches scléreuses jusqu'à mettre à nu le tissu sain. Le néogland ainsi dégagé est fixé en position physiologique par un hémisurjet inférieur prenant largement la sclérose et



**Figure 3.** Mobilisation par section du ligament suspenseur du clitoris.

la sous-peau de l'extrémité inférieure de l'incision cutanée initiale. Une ligne de sutures prenant le périoste et interposant les deux muscles bulbo caverneux au dessus du gland prévient sa réascension en marsupialisant l'espace de décollement. La partie supérieure de l'incision cutanée est ensuite suturée en deux plans (Fig. 4).

#### *Variantes*

Les grandes infibulations (type III OMS) nécessitent une reconstruction labiale complète préalable. L'ouverture de l'infibulation doit être complète et préserver l'intégrité du méat qui est invisible avant libération.

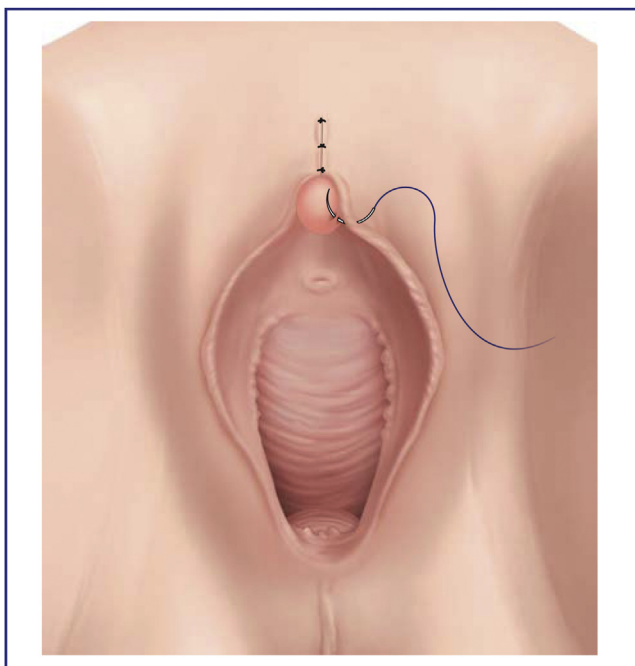


Figure 4. Fermeture de l'incision en deux plans.

Les petites lèvres sont reconstituées à points séparés de fils résorbables et laissent en général apparaître un vestibule de bonne qualité.

L'hospitalisation est d'une journée. Les patientes ont été revues à j15, j45, puis quatre à six mois après l'intervention et, si possible à un et deux ans. Le résultat anatomique postopératoire a été jugé par le chirurgien à l'aide d'une échelle allant de 0 à 5, chaque note correspondant à une description anatomique. Le résultat fonctionnel a été évalué par l'interrogatoire en six catégories. Actuellement, y sont associés des questionnaires validés d'évaluation de la fonction sexuelle, de la douleur et de l'image du corps, ainsi que la recherche d'un syndrome post-traumatique. Une bourse de l'AFU attribuée en 2009 a permis de soutenir cette recherche.

#### Efficacité, complications, indications

Jusqu'à présent, il n'existe qu'une seule série publiée [26,27]. Huit cent soixante-six patientes de la cohorte de 2938 ont été complètement évaluées avec un recul d'au moins un an. L'hospitalisation a duré 24 heures et l'intervention moins de 30 minutes. Il y a eu 155 complications mineures (désunions, hématomes, douleur). Un massif clitoridien nettement visible a pu être restauré dans 94 % des cas et une amélioration significative de la fonction sexuelle clitoridienne a été obtenue dans plus de 75 % des cas.

Toutefois, la chirurgie réparatrice des mutilations est en demande constante, le recrutement se fait en grande partie par le bouche à oreille, le sujet étant encore tabou et mal connu ; des chirurgiens sont tentés de se former. Toutefois, les résultats progressent avec l'expérience. De plus, s'agissant souvent d'une demande globale de restauration de la sexualité, il faut intégrer la prise en charge dans le cadre d'un soutien sexologique.

La réparation des mutilations génitales sexuelles par la chirurgie est possible et améliore la grande majorité des patientes. Le mécanisme de l'amélioration est complexe. La demande est le plus souvent le fruit d'une démarche longue, complexe pour la patiente qui y intègre son histoire personnelle et familiale. Elle doit être écoutée, respectée et surtout recueillie dans des centres de référence. La prise en charge sexologique doit être systématiquement proposée.

### La chirurgie reconstructrice de l'hymen

L'hymen peut être rompu par des relations sexuelles ou par d'autres moyens. Dans les cultures prônant la virginité des femmes non mariées, la défloration pré-maritale peut entraîner une honte ou une menace grave sur la femme et sa famille. Les femmes, incluant les fiancées, dont la virginité n'est pas prouvée au moment du mariage doivent faire face à l'humiliation, l'ostracisme, le divorce, à la violence et au risque d'être victime de crime « d'honneur ». Néanmoins, les gynécologues peuvent opposer que la reconstruction d'hymen est une tromperie, non requise médicalement, ou que le caractère requis obligatoire de la virginité est une discrimination contre les femmes, la reconstruction hyméneale soutenant alors le fait que des standards de vertu sont demandés aux femmes alors qu'il ne le sont pas pour les hommes. Les gynécologues peuvent aussi justifier l'intervention comme une aide à une bonne santé qui inclut, selon les critères de l'OMS, le bien-être social et moral ainsi que le droit des femmes à disposer de leur propre corps. De plus, certaines adolescentes ayant perdu leur virginité dans le cadre de viol pourraient, sans cette reconstruction, subir violence et mort. La procédure est donc considérée comme « légale » par le corps médical [28].

Il existe plusieurs techniques peu documentées et aucune publication sérieuse exploitable.

La reconstitution de l'hymen est simple lorsqu'il s'agit d'une déchirure simple, une suture des bords pouvant suffire.

Lorsque la destruction est plus importante, il faut réséquer économiquement les lambeaux rémanents et les suturer au fil, bien-sûr résorbable, en tenant compte du délai de résorption en cas de « contrôle rituel ou de nuit de noce programmée... ».

Rarement, un lambeau vaginal de basculement sera nécessaire.

### Interventions de réduction (labio- ou nymphoplasties, clitoris, grandes lèvres)

#### Labio- ou nymphoplasties

La chirurgie plastique des petites lèvres connaît un engouement croissant avec de nombreuses techniques disponibles et l'apparition récente de nombreux nouveaux procédés. La littérature abondante se focalise sur le problème des indications chirurgicales.

**Tableau 1** Indications des labioplasties et/ou des réductions du capuchon clitoridien.

Indications Auteurs (n de patientes)	Esthétique (%)	Estime de soi (%)	Fonctionnelle (%)	Pour le partenaire (%)	Combiné esthétique et sexuel (%)
Rouzier et al. [31] (163)	87		Inconfort exercice : 26 Inconfort vêtements : 64 Dyspareunie : 43		
Pardo et al. [32] (55)					67
Miklos et al. [33] (131)	37		32		31
Goodman et al. [34] (211)	55,4	35,5	75,3	5,3	
Alter et al. [35] (407)		93	95		71

Les patientes demandeuses d'une correction, en général réductrice, le font d'après de nombreux auteurs pour des raisons dites esthétiques, pour des gênes fonctionnelles (inconfort dans les vêtements, lors des activités ou pendant les relations sexuelles) ou pour tous ces motifs à la fois. Certains auteurs ont mentionnés des infections mycosiques chroniques et des problèmes d'hygiène [29,30].

Contrairement aux périnéoplasties, les demandes d'amélioration de la fonction sexuelle sont ici peu mises en avant.

Les demandes constatées dans les principales équipes sont résumées dans le **Tableau 1**.

Certaines équipes ne retiennent que des critères morphométriques dans la sélection, une hypertrophie vraie n'étant généralement retenue qu'au-delà de 4 cm [36]. Une équipe [37] a récemment décrit les caractéristiques des femmes demandeuses de labioplasties, sur les 30 femmes, toutes avaient des lèvres considérées comme « normales » [38].

Des algorithmes sont proposés autour de la classification de Franco [36], avec des indications reconnues pour les types 3 (4–6 cm) et 4 (> 6 cm) (type 1 : < 2 cm, 2 : 2–4 cm).

### Types d'intervention

Trois grandes techniques se partagent les pratiques.

#### La résection du bord libre

Cette technique, simple, est la plus largement utilisée mais ses résultats sont souvent assez disgracieux lorsqu'une rétraction du bord libre survient. Une amélioration a été proposée par Caparo [39], puis Felicio [40] en prévoyant une résection en « S ».

Les adversaires de ces techniques avancent qu'il faut respecter le bord libre de la petite lèvre, qui possède une anatomie particulière et l'essentiel des terminaisons sensibles.

De plus, l'aspect du bord libre est une des revendications esthétiques principales.

Une autre complication spécifique est l'hyperesthésie superficielle du bord cicatriciel, le plus exposé aux frottements des sous-vêtements.

#### Les désépithélialisations

Du fait des aléas des techniques avec résection, se sont développées des techniques sans résection, dites de désépithélialisation, consistant en l'ablation d'une pastille de face labiale en restant loin des bords. Introduites par Choi

et Kim [41], elles ont l'avantage de respecter le bord libre, mais ont tendance à froncer de façon importante.

Par ailleurs, les réouvertures par petites nécroses locales sont possibles et requièrent des reprises.

#### Les résections triangulaires

Il existe de nombreuses techniques décrites pas Alter et Rouzier, avec d'importantes séries bien documentées [31,35].

Les résections « Wedge » consistent en une ablation triangulaire à base supéro-interne, respectant l'éventail neurovasculaire d'origine supérieure. Le gros avantage est le respect total du bord libre de la petite lèvre et le réglage fin possible de la surface à éliminer, par l'angle de résection.

C'est une technique plus longue et minutieuse, avec des risques plus importants de lâchages partiels aux angles inférieurs.

Une variante est une résection en séton dite résection en Z.

Ces techniques sont illustrées sur les **Fig. 5–9**.

### Efficacité, complications, indications

Les résultats des principales séries sont résumés dans le **Tableau 2**.

Les critères de résultats ne sont pas standardisés, toutes les complications ne sont pas rapportées.

Les revues de toutes les études en cours mettent en évidence l'absence d'études prospectives randomisées ou contrôlées et correctement évaluées [43,44].

Il n'existe pas, non plus, d'études comparatives entre les différentes techniques.

### Réduction du clitoris

Jusqu'à un passé récent, la chirurgie du clitoris et de ses enveloppes se réduisait à une chirurgie d'exérèse peu codifiée, dans le cadre de vulvectomies pour cancer, ou pour des formes avancées de pathologies dermatologiques. Les techniques de clitoridoplasties se rencontrent également dans la chirurgie de l'ambiguïté sexuelle et de l'hypertrophie clitoridienne, consistant en une réduction cavernueuse avec conservation du gland et du pédicule dorsal [45]. Toutefois, ces indications ne font pas partie de la chirurgie cosmétique féminine.

Les interventions plastiques pour des raisons esthétiques se limitent à cet étage à des résections du capuchon, jugé trop abondant. Cette réduction est en général menée par

**Tableau 2** Résultats et complications des séries de nymphoplasties.

Auteur (n patients)	Estimation médicale d'un bon résultat anatomique								Complications
	Satisfait (%)	Insatisfait (%)	Satisfait esthétique (%)	Satisfait fonction (%)	Effet satisfaction sexuelle (%)	Effet satisfaction partenaire (%)	Demanderait à nouveau intervention (%)		
Rouzier et al. [31] (163)	93 % bon—excellents	96	4	89	93			96	Pas de complication majeure
Pardo et al. [32] (55)									
Munholz et al. [42] (21)	85 % bon—excellent	95,2 + 9 +++ 91	4,8						23,8 % problèmes cicatrisation Pas de complication
Alter et al. [35] 166		95	5			71			4 % complication significative
Goodman et al. [34] (211)	96,6 % bon—excellent	96,2	3,8	Estime de soi 93		+ à +++ 64,7 Pas d'effet 35,3	+ à +++ 35 Pas d'effet 64,3	98	8,5 % rapportés par le patient, cicatrisation; 7,3 % rapportés médecin cicatrisation



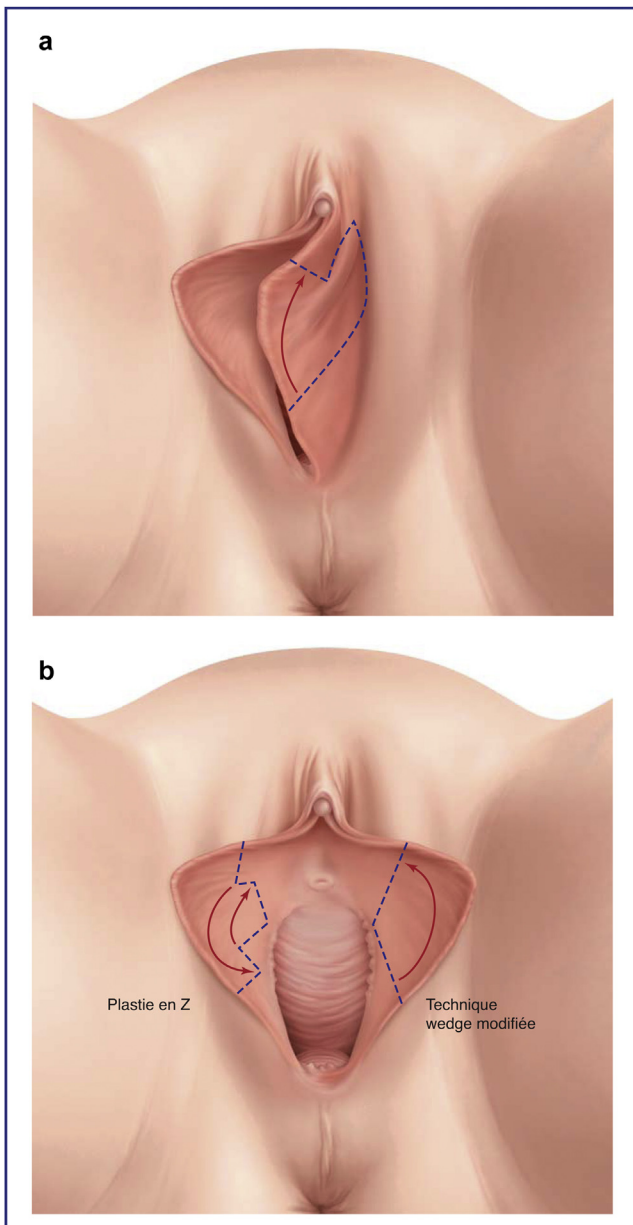


Figure 5. Technique «wedge» modifiée et plastie en Z.

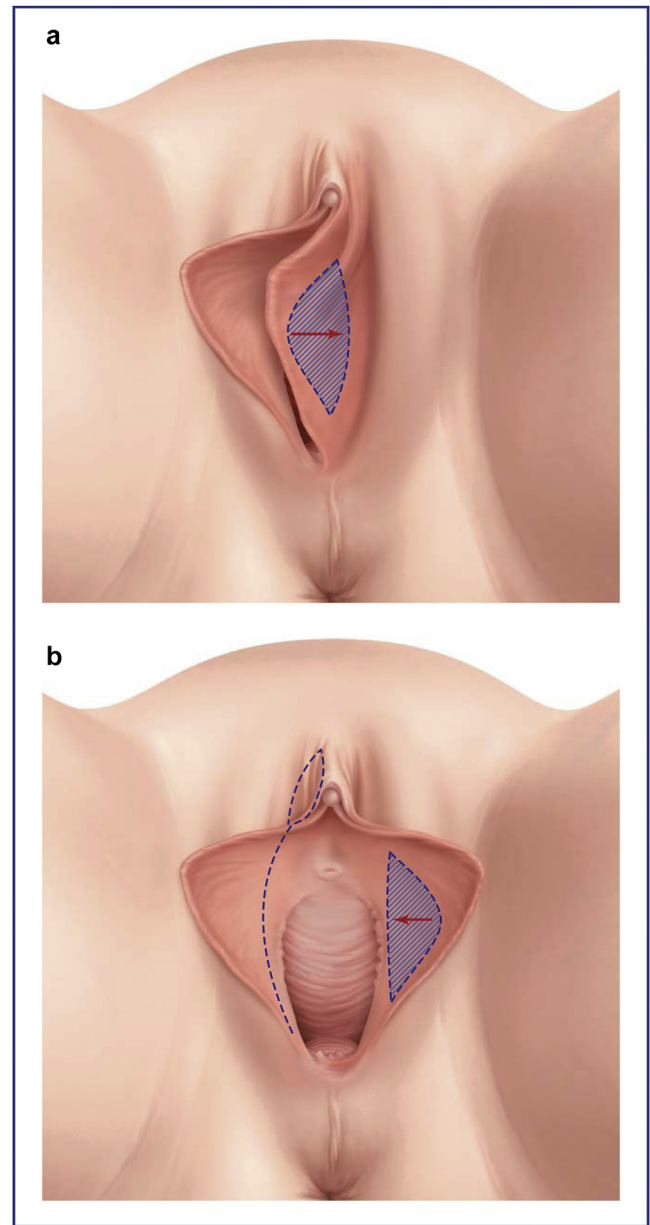


Figure 6. Technique de dé-épithialisation.

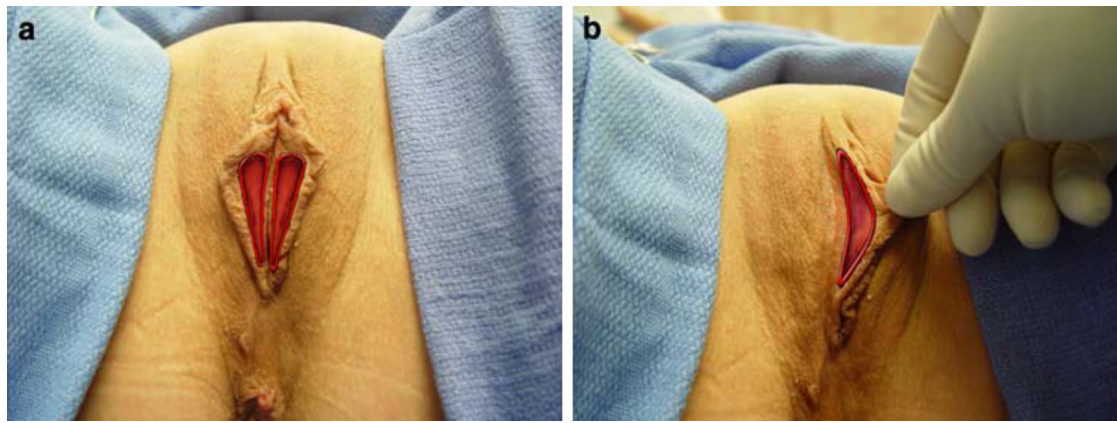
une incision médiane, avec ablation des volets latéraux. Ces plasties cosmétiques ne concernent pas le clitoris. Leur morbidité potentielle est liée à l'importance du pannicule adipeux du mont de Vénus qui peut entraîner des bourrelets cicatriciels disgracieux. Les résultats et les indications sont rapportés dans le paragraphe précédent, car aucune étude spécifique sur les réductions du capuchon n'est publiée à ce jour, les résultats publiés associent labioplasties et réduction du capuchon clitoridien [34].

### Réduction des grandes lèvres

Il n'existe, à ce jour, aucune étude publiée.



Figure 7. Technique résection wedge.



Figures 8 et 9. Technique de désépithélialisation.

La labioplastie est une intervention pour laquelle il existe une demande importante. Le chirurgien doit correctement évaluer l'attente de sa patiente et l'informer des bénéfices risques, seules les adultes doivent être opérés sauf exception [5,6,10]. La discussion préalable autour de la « normalité » et l'approche comportementale doivent être tentées afin de dissuader les candidates qui ne présentent pas de types 3 ou 4 avec gêne fonctionnelle, afin de ne pas répondre par la chirurgie à une dysmorphophobie.

## Conclusion

La chirurgie dite cosmétique des organes génitaux féminins recouvre une grande variété de techniques correspondant à des situations extrêmement diverses.

La chirurgie réparatrice des mutilations génitales féminines et des crimes sexuels ne pose pas un véritable problème d'indication ni de justification. Elle est d'apparition récente, la demande augmente et se structure avec des résultats encourageants.

La chirurgie plastique proprement dite pose pour beaucoup des problèmes d'indications, qui mobilisent l'essentiel de la littérature. Elle ne se fera pas sans une évaluation soigneuse de la demande, en s'entourant si besoin des avis complémentaires nécessaires et de l'intervention d'autres thérapeutes, l'information éclairée des patientes est également un point clef.

Nous n'avons volontairement pas abordé ici l'amplification du point G, très controversée dans son principe et sa technique, et ne faisant à ce jour l'objet d'aucune étude sérieuse, de même que toutes les techniques de « rajeunissement » vaginal, en dehors des périnéoplasties postérieures.

## Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## Références

- [1] National Health Service Hospital Episode Statistics. [www.hesonline.nhs.uk]. 2010.
- [2] Bourke E. Designer vagina craze worries doctors, www.abc.net.au/news/2009-11-12/designer-vagina-craze-worries-doctors/1140100
- [3] The American Society for Aesthetic Plastic Surgery: Statistics 2008. Available at www.surgery.org=press=statistics-2008.php Accessed June 1, 2009.
- [4] Liao LM, Creighton SM. Requests for cosmetic genitoplasty: how should healthcare providers respond? *BMJ* 2007;26: 1090–2.
- [5] ACOG Committee Opinion. No. 378: Vaginal "rejuvenation" and cosmetic vaginal procedures. *Obstet Gynecol* 2007;110:737–8.
- [6] The Royal Australian, New Zealand College of Obstetricians, Gynaecologists. Vaginal "rejuvenation" and cosmetic vaginal procedures. New College Statement C-Gyn 24. Melbourne: The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists; 2008.
- [7] Hodgkinson DJ. Identifying the body-dysmorphic patient in aesthetic surgery. *Aesthetic Plast Surg* 2005;29(6):503–9.
- [8] Vindigni, Pavan C, Semenzin M, Granà S, Gambaro FM, Marini M. The importance of recognizing body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients: do our patients need a preoperative psychiatric evaluation? *Eur J Plast Surg* 2002;25:305–8.
- [9] Lai CS, Lee SS, Yeh YC, Chen CS. Body dysmorphic disorder in patients with cosmetic surgery. *Kaohsiung J Med Sci* 2010;26(9):478–82.
- [10] Timmons MJ. Rationing of surgery in the National Health Service: the plastic surgery model. *Ann R Coll Surg Engl* 2000;82(Suppl):332–3.
- [11] Department of Health. Cosmetic surgery: information for patients. August 2006. www.dh.gov.uk/en/policyandguidance/healthandsocialcaretopics/cosmeticsurgery/index.htm
- [12] DeLancey JO, Kearney R, Chou Q, Speights S, Binno S. The appearance of levator ani muscle abnormalities in magnetic resonance images after vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2003;101:46–53.
- [13] Dietz HP, Simpson JM. Levator trauma is associated with pelvic organ prolapse. *BJOG* 2008;115:979–84.
- [14] Dietz HP, Lanzarone V. Levator trauma after vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2005;106:707–12.
- [15] Abdool Z, Shek C, Dietz HP. The effect of levator evulsion on horizontal dimensions and function. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201: 89.

- [16] Dietz HP, Shek C. Levator avulsion and grading of pelvic floor muscle strength. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;19:633–6.
- [17] Shek KL, Dietz HP. The effect of childbirth on hiatal dimensions. *Obstet Gynecol* 2009;113:1272–8.
- [18] Bo K, Talseth T, Vinsnes A. Randomized controlled trial on the effect of pelvic floor muscle training on quality of life and sexual problems in genuine stress incontinent women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79(7):598–603.
- [19] Beji NK, Yalcin O, Erkan HA. The effect of pelvic floor training on sexual function of treated patients. *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction* 2003;14(4):234–8.
- [20] Zahariou AG, Karamouti MV, Papaioannou PD. Pelvic floor muscle training improves sexual function of women with stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor dysfunct* 2008;19(3):401–6.
- [21] Citak N, Cam C, Arslan H, Karateke A, Tug N, Ayaz R, et al. Postpartum sexual function of women and the effects of early pelvic floor muscle exercises. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89(6):817–22.
- [22] Goodman MP, Placik OJ, Benson 3rd RH, Miklos JR, Moore RD, Jason RA, et al. A large multicenter outcome study of female genital plastic surgery. *J Sex Med* 2010;7(4Pt1):1565–77.
- [23] Adamo C, Corvi M. Cosmetic mucosal vaginal tightening (lateral colporrhaphy): improving sexual sensitivity in women with a sensation of wide vagina. *Plast Reconstr Surg* 2009;123(6):212–3.
- [24] Pardo J, Sola V, Ricci P, Guiloff E, Freundlich D. Colpoperineoplasty in women with a sensation of a wide vagina. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:1125–8.
- [25] Foldès P. Reconstructive plastic surgery of the clitoris after sexual mutilation. *Prog Urol* 2004;14(1):47–50.
- [26] Foldès P, Louis-Sylvestre C. Results of surgical clitoral repair after ritual excision: 453 cases. *Gynecol Obstet Fertil* 2006;34(12):1137–41.
- [27] Foldès P, Cuzin B, Andro A. Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. *Lancet* 2012;380(9837):134–41.
- [28] Cook RJ, Dickens BM. Hymen reconstruction: ethical and legal issues. *Int J Gynaecol Obstet* 2009;107(3):266–9.
- [29] Laufer MR, Galvin WJ. Labial hypertrophy—a new surgical approach. *Adolesc Pediatr Gynecol* 1995;8:39–41.
- [30] Maas SM, Hage JJ. Functional and aesthetic labia minora reduction. *Plast Reconstr Surg* 2000;105:1453–6.
- [31] Rouzier R, Louis-Sylvestre C, Paniel BJ, Hadded B. Hypertrophy of the labia minora; experience with 163 reductions. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:35–40.
- [32] Pardo J, Sola P, Guiloff E. Laser labiaplasty of the labia minora. *Int J Gynecol Obstet* 2005;93:38–43.
- [33] Miklos JR, Moore RD. Labiaplasty of the labia minora: patient's indications for pursuing surgery. *J Sex Med* 2008;5:1492–5.
- [34] Goodman MP, Placik OJ, Benson III RH, Miklos JR, Moore RD, Jason RA, et al. A large multicenter outcome study of female genital plastic surgery. *J Sex Med* 2010;7:165–77.
- [35] Alter GJ. Aesthetic labia minora and clitoral hood reduction using extended central wedge resection. *Plast Reconstr Surg* 2008;122:1780–9.
- [36] Ellsworth WA, Rizvi M, Lypka M, Gaon M, Smith B, Cohen B, et al. Techniques for labia minora reduction: an algorithmic approach. *Aesthetic Plast Surg* 2010;34(1):105–10.
- [37] Crouch NS, Deans R, Michala L, Liao LM, Creighton SM. Clinical characteristics of well women seeking labial reduction surgery: a prospective study. *BJOG* 2011;118(12):1507–10.
- [38] Lloyd J, Crouch NS, Minto CL, Liao LM, Creighton SM. Female genital appearance: "normality" unfolds. *BJOG* 2005;112:643–6.
- [39] Caparo VJ. Congenital anomalies. *Clin Obstet Gynecol* 1971;14:988.
- [40] Felicio Yde A. Labial surgery. *Aesthet Surg J* 2007;27(3):322–8.
- [41] Choi HY, Kim KT. A new method for aesthetic reduction to the labia minora (the deepithelialized reduction labiaplasty). *Plast Reconstr Surg* 2000;105:419.
- [42] Munhoz AM, Filassi JR, Ricci MD, Aldrighi C, Correia LD, Aldrighi JM, et al. Aesthetic labia minora reduction with inferior wedge resection and superior pedicle flap reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2006;118:1237–47.
- [43] Liao LM, Michala L, Creighton SM. Labial surgery for well women: a review of the literature. *BJOG* 2010;117(1):20–5.
- [44] Braun V. Female genital cosmetic surgery: a critical review of current knowledge and contemporary debates. *J Womens Health (Larchmt)* 2010;19(7):1393–407.
- [45] Acimi S. Clitoroplasty: a variant of the technique. *Urology* 2008;72(3):669–71.