




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39

MISE AU POINT

Nymphoplastie (labiaplastie) : chirurgie réparatrice ou esthétique ? Indications, techniques, résultats, complications

Labiaplasty: Plastic or cosmetic surgery? Indications, techniques, results and complications

L. Benadiba

26, rue de la Tremoille 75008 Paris, France

Reçu le 24 octobre 2007 ; accepté le 14 octobre 2008

MOTS CLÉS

Labiaplastie ;
Nymphoplastie ;
Réduction petites lèvres ;
Labia minora ;
Chirurgie intime ;
Plastie en V et en V-V

KEYWORDS

Labiaplasty ;
Labia minora reduction ;
Labia minora ;
Nymphoplasty ;
V and V-V plasty

Résumé La labiaplastie (nymphoplastie) est la réduction des petites lèvres génitales. Cette intervention est devenue une demande fréquente auprès des chirurgiens plasticiens car la gêne physique s'accompagne toujours d'une gêne esthétique. Ces patientes sont de plus en plus jeunes et vivent souvent un véritable complexe depuis l'adolescence troublant leur vie amoureuse. Chirurgicalement, il existe plusieurs techniques aux suites opératoires variables. La technique classique (résection longitudinale) reste la plus utilisée, mais elle ampute le plus souvent la petite lèvre c'est pourquoi les techniques avec plastie en V semblent plus adaptées à cette chirurgie. Avantages, détails techniques, suites opératoires et complications de la technique de plastie en V sont détaillées par l'auteur dans cet article.

© 2008 Publié par Elsevier Masson SAS.

Summary Labiaplasty is the surgical term for labia minora reduction. This procedure has become popular with plastic surgery patients because physical discomfort and cosmetic concerns are virtually always combined. Demand for this procedure is becoming common amongst very young patients who appear to have nurtured a complex since their early adolescent years, disturbing their love life. There are several possible corrective surgical techniques, the post-operative courses of which vary significantly. The traditional method (longitudinal resection) remains the most widely used, but requires resection of the larger part of the labius minus, which is why in our opinion the V plasty technique seems more appropriate. The benefits, technical

Adresse e-mail : laurentbenadiba@orange.fr.

0294-1260/\$ – see front matter © 2008 Publié par Elsevier Masson SAS.
doi:10.1016/j.anplas.2008.10.011

Pour citer cet article : Benadiba L. Nymphoplastie (labiaplastie) : chirurgie réparatrice ou esthétique ? Indications, techniques, résultats, complications. Annales de chirurgie plastique esthétique (2008), doi:10.1016/j.anplas.2008.10.011

details, complications and postoperative course of the V plasty technique are detailed by the author in this article.

© 2008 Publié par Elsevier Masson SAS.

Introduction

La chirurgie intime regroupe les interventions ayant pour but d'améliorer la région vulvaire féminine. Il ne s'agit pas d'intervention visant à recréer une virginité mais d'interventions de chirurgie réparatrice ou esthétique des petites et grandes lèvres, du clitoris et parfois du vagin. La réduction des petites lèvres génitales est une demande de plus en plus fréquente dans les consultations de chirurgie plastique et esthétique, car pour la majorité des patientes, la gêne est essentiellement esthétique. Cette intervention fréquente en extrême orient [1,9] où de nombreuses techniques sont utilisées, a encore mauvaise réputation en France, elle est même parfois déconseillée par certains médecins en particulier à cause des suites opératoires parfois difficiles de la technique classique qui ampute pratiquement la petite lèvre.

Rappel anatomique

Il n'y a pas de poil sur les petites lèvres, mais il y a beaucoup de follicules sébacés et il y a une grande variété de nerfs très fins et très sensibles. Les petites lèvres (labia minora) changent considérablement dans la taille et la forme. Elles sont habituellement peu visibles chez les femmes qui n'ont pas eu d'accouchement, alors que chez les femmes qui ont eu des enfants, il est fréquent que les petites lèvres se projettent au-delà des grandes lèvres. L'extrémité antérieure des petites lèvres se divise en deux replis qui coiffent en avant, le clitoris pour former le prépuce clitoridien (ou capuchon du clitoris), et qui se fixent en arrière sur le clitoris pour former le frein du clitoris (Fig. 1). Les extrémités postérieures des petites lèvres se réunissent en arrière de l'orifice vaginal pour former la fourchette vaginale.

Anatomopathologie

L'origine de l'hypertrophie des petites lèvres est parfois congénitale. Certaines filles naissent avec des petites lèvres plus grandes mais dans la majorité des cas elles se

développent excessivement lors de la puberté ou elles sont secondaires ou aggravées par les accouchements. En revanche, avec la ménopause, elles tendent plutôt à s'atrophier et se cacher entre les grandes lèvres. L'hypertrophie est parfois très importante chez les femmes africaines, originaires des pays où il est habituel d'étirer les petites lèvres des petites filles sans pour autant associer une excision [2]. Le plus souvent l'hypertrophie est idiopathique, sans cause particulière et peut être considérée comme une variante de la normale. Dans de rares cas, l'hypertrophie est associée à un état pathologique comme une filariose [2] ou une myélo-dysplasie [3].

Indications : quelle est la demande ?

Actuellement, en France, il existe deux types de demandes :

- soit de femmes jeunes (moins de 25 ans) n'ayant pas encore eu d'enfant et qui sont gênées sur le plan esthétique mais aussi physiquement avec des difficultés, voire des douleurs lors des rapports sexuels, des douleurs lors de certains sports (vélo, équitation) ou le port de vêtements trop serrés. Ces patientes, de plus en plus jeunes (parfois adolescentes) vivent un véritable complexe troublant leur vie amoureuse au point de ne plus avoir de vie sexuelle dans certains cas ;
- soit des femmes d'âge mûr, souvent mariées avec des enfants et gênées depuis de nombreuses années mais n'ayant jamais osé évoquer ce sujet avec un médecin.

Dans cette chirurgie intime, il faut avoir conscience de l'handicap qui existe chez de nombreuses patientes qui bien souvent n'osent pas en parler à leur conjoint mais aussi à leur gynécologue.

La médiatisation, l'échange d'informations sur les sites Internet de ce type de problème amènent de nombreuses patientes à consulter. Ces patientes expriment une gêne d'ordre esthétique accentuée par l'évolution des modes vestimentaires (jeans très serrés...) et des dessous (string) mais aussi la comparaison avec les actrices de film X aux vulves « juvéniles ».

Techniques chirurgicales

L'objectif essentiel est de réduire les petites lèvres de façon adaptée à la taille des grandes lèvres. Classiquement, on considère qu'il y a une hypertrophie lorsque les petites lèvres mesurent plus de 4 cm [2], mais la gêne physique et surtout psychologique peuvent être très importantes malgré une hypertrophie inférieure à 4 cm. La majorité des patientes souhaitent simplement que les petites lèvres ne débordent plus par rapport aux grandes (Fig. 2A et B). L'épilation a dévoilé cette zone du corps et a ainsi accentué le questionnement de certaines patientes sur la « normalité » de leurs petites lèvres.

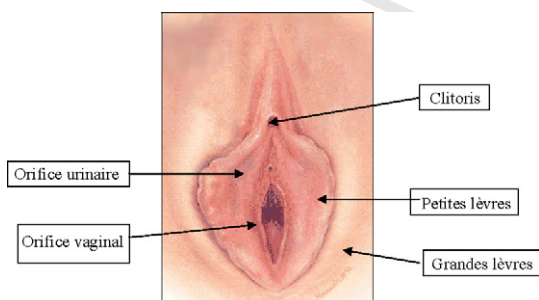


Figure 1 Rappel anatomique.

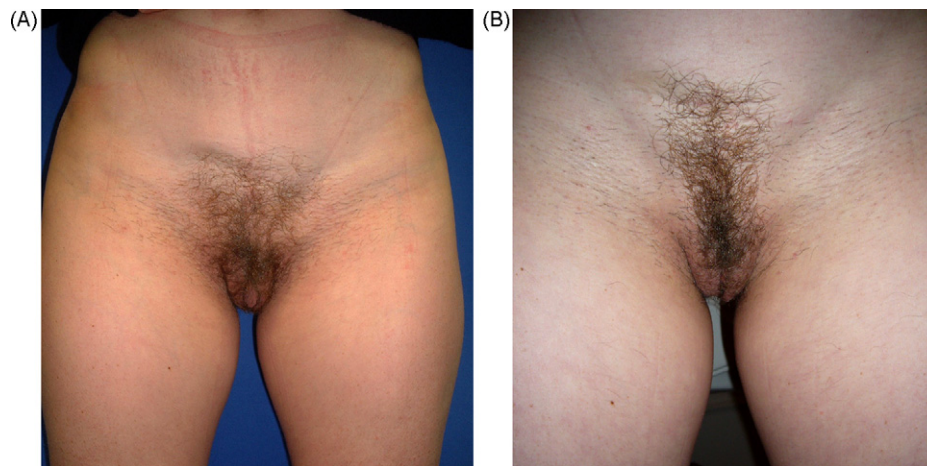


Figure 2 A. Aspect préopératoire ; B. Aspect postopératoire à un mois.

145
146
147
148
149

Toutefois, la diminution doit toujours rester modérée car il ne faut surtout pas inverser le problème en pratiquant une nymphectomie qui serait irréparable psychologiquement et physiquement.

Aux États-Unis, la chirurgie intime est très développée avec de nombreuses interventions ayant comme objectif de réparer, rajeunir, embellir le sexe féminin et d'augmenter le plaisir sexuel [4,5]. La nymphoplastie ou « labiaplastie » est

149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192



Figure 3 A. Aspect préopératoire ; B. Résection cutanéomuqueuse en V central ; C. Aspect postopératoire immédiat ; D. Aspect postopératoire à j30.

192 une intervention courante, elle est souvent réalisée sous
193 simple anesthésie locale au cabinet.

194 En France, cette intervention est réalisée au bloc opéra-
195 toire (Fig. 3A). Les patientes préfèrent être endormies, car
196 cette zone est très sensible et la patiente est en position
197 gynécologique [4] mais il est possible de réaliser cette
198 intervention sous anesthésie locale potentialisée (neuro-
199 lept-analgésie). Généralement, il n'y a pas d'hospitalisation
200 (hôpital de jour). L'intervention dure 30 à 45 minutes, car
201 elle requiert une rigueur importante dans la suture pour
202 éviter les complications fréquentes de cicatrisation.

203 La technique la plus ancienne, et encore la plus utilisée,
204 consiste à retirer l'excès cutanéomuqueux suivant un crois-
205 sant longitudinal (Fig. 4), au maximum une véritable ampu-
206 tation (nymphectomie) est possible. L'inconvénient de
207 cette technique c'est qu'elle place la cicatrice sur toute
208 la zone de contact avec les sous-vêtements, le risque de
209 troubles de cicatrisation (désunion, infection, hématome)
210 est plus important et les patientes se plaignent de l'import-
211 ance des suites opératoires et surtout il existe un risque
212 plus important de séquelles à type de dyspareunies. La
213 pratique d'un surjet unique se solde en cas de désunion
214 par un échec total de l'intervention très difficilement répa-
215 rable. Par ailleurs, la petite lèvre ne conserve plus son
216 architecture normale, car bien souvent la résection
217 emporte complètement la zone cutanée plissée et brune
218 de la petite lèvre laissant uniquement la partie basse plus
219 claire.

220 Depuis quelques années, dérivant des techniques de chi-
221 rurgie plastique, des résections en « V » [4] permettent de
222 diminuer la longueur de la cicatrice afin d'éviter le risque de
223 complication locale (Fig. 5). Le plus souvent, on utilise une
224 technique avec une résection centrale en V limitant la cica-
225 trice à la partie centrale des petites lèvres, cette technique
226 est bien supérieure à la technique classique car elle limite la
227 cicatrice à la région centrale de la petite lèvre. Elle permet
228

228 des résections faibles à moyennes (Fig. 3B) mais elle est
229 parfois insuffisante pour les très grandes hypertrophies sur-
230 tout quand elles ne sont pas centrales.

231 L'avantage de ces techniques est de respecter l'architec-
232 ture de la petite lèvre laissant après cicatrisation aucune
233 trace de l'intervention. Certains placent la résection en V
234 dans la partie postérieure [6] de la petite lèvre mais
235 cela peut présenter un risque de fragilisation lors d'une
236 épisiotomie future et surtout de désunion, car la petite lèvre
237 est plus fine à ce niveau. D'ailleurs, l'utilisation de pinces de
238 Koscher marquant la zone à retirer est déconseillée car elles
239 sont trop agressives pour ce tissu fragile et augmente le
240 risque de souffrance cutanée.

241 Dans les très grandes hypertrophies (plus de 6 cm), il est
242 parfois nécessaire de pratiquer une double résection en V,
243 d'où l'intitulé de la technique dite « V-V ». Nous pratiquons
244 une résection cutanéomuqueuse avec deux « V » latéraux aux
245 extrémités supérieures et inférieures des petites lèvres
246 (Fig. 6). Par conséquent, la partie centrale reste indemne
247 de toute cicatrice, les suites sont rapides et permettent une
248 reprise de rapports intimes plus précoces.

249 Quelle que soit la technique employée, deux points tech-
250 niques sont importants :

- 251 • l'hémostase, elle doit être rigoureuse même si le saigne-
252 ment semble minime souvent dû à la vasoconstriction de
253 l'infiltration. En effet, la petite lèvre est très vascularisée
254 et les saignements postopératoires, sources d'hématome
255 sont la première cause de désunions précoces ;
- 256 • la suture doit être rigoureuse en trois plans (muqueux,
257 dermique et cutané) et malgré la grande souplesse de la
258 peau à ce niveau, la résection doit être faite à minima car
259 une trop grande résection peut se traduire par un échec
260 total avec des problèmes de cicatrisation (nécrose) par-
261 fois insoluble et inverser le problème (nécrose d'une
262 petite lèvre).

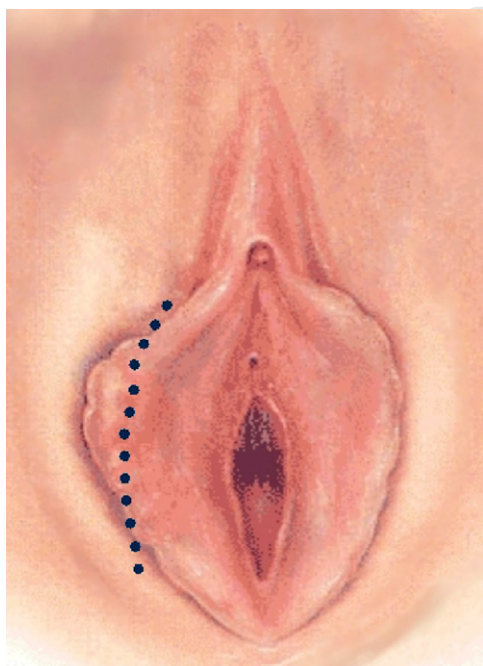


Figure 4 Technique classique longitudinale.

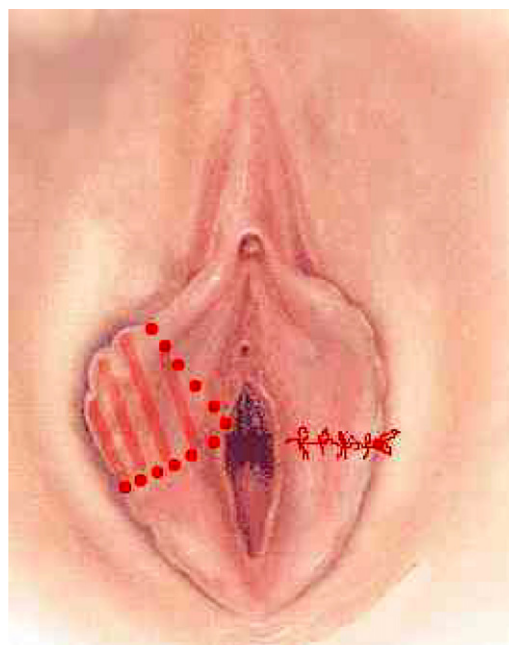


Figure 5 Technique avec plastie en V.

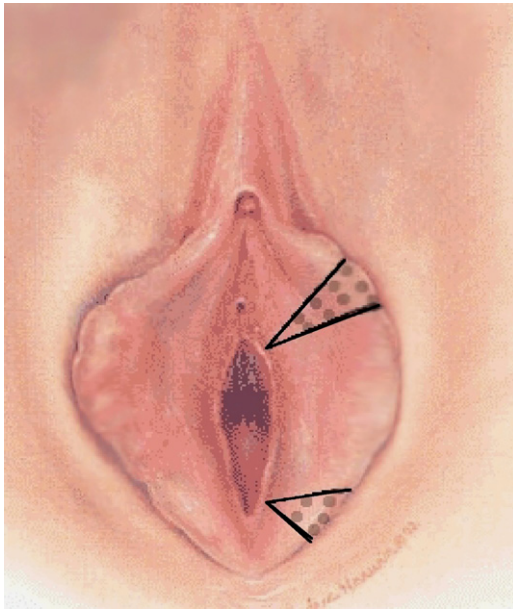


Figure 6 Technique personnelle avec résection aux extrémités : plastie dite « V-V ».



Figure 7 Désunion centrale en boutonnière.

268
269
270
271
272
273

En fin d'intervention, un examen anatomopathologique est demandé dans la majorité des cas l'irritation chronique surtout si elle est ancienne permet d'éliminer une lésion préneoplasique qu'il est utile de rechercher [7].

Quelles sont les suites opératoires ?

274
275
276
277
278
279
280
281

Les suites sont simples si les conseils d'hygiène et de prudence élémentaire sont respectés. Pendant les jours qui suivent l'intervention, les douleurs sont possibles à type de légères brûlures calmées par des antalgiques simples (paracétamol). Une douleur importante est anormale traduisant le plus souvent un hématome sous tension ou un lâchage des sutures.

282
283
284
285
286
287
288
289
290
291

Des soins locaux simples sont à faire chaque jour à type de désinfection locale jusqu'à la chute des fils résorbables (Fig. 3C). Les douches sont autorisées à partir du troisième jour mais pas les bains (à partir de trois semaines). Il est conseillé de porter des vêtements peu serrés (jupe, jogging) d'éviter les dessous en dentelle, les strings et d'utiliser des protège-slips épais. Enfin, éléments importants à préciser en consultation, les rapports sexuels sont interdits ainsi que l'usage de tampons périodiques pendant au moins quatre semaines suivant l'évolution de la cicatrisation.

Quelles sont les complications possibles ?

292
293
294
295 Q3

Cette intervention apparemment simple nécessite une grande rigueur d'exécution car sinon elle se grève de complications souvent dramatiques pour les patientes.

Lâchage des sutures

296
297
298
299

Le lâchage des sutures, partiel ou total, est possible surtout en cas de traumatismes parfois minimes, ce qui entraîne un retard de cicatrisation qui allonge les suites opératoires.

299

Infection locale

300
301
302
303
304

L'infection locale est rare, malgré la localisation, si les conseils d'hygiène sont bien suivis et lorsque l'intervention est réalisée dans un milieu approprié (bloc, asepsie, flash antibiotique...).

Hématome

305
306
307
308
309

L'hématome, c'est la complication à redouter. Elle est fréquente et se grève le plus souvent d'un lâchage des sutures partielles (Fig. 7) ou totales si l'hémostase n'est pas rigoureuse.

Dyspareunies

310
311

Les dyspareunies sont exceptionnelles avec les techniques en V, elles sont généralement transitoires :

- nécrose cutanée : en règle limitée et localisée. Les nécroses importantes sont exceptionnelles liées à un excès de résection ou une dévascularisation d'un des lambeaux ;
- les altérations de la sensibilité : une diminution de la sensibilité est très rare dans les plasties en V car un pont cutanéomuqueux est conservé à la base de la petite lèvre. Si elle existe, la sensibilité normale réapparaît le plus souvent dans un délai de trois à six mois.

312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322

Conclusion

323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333

La nymphoplastie (labiaplastie) ou la réduction des petites lèvres n'est plus un tabou dans notre société. L'évolution des modes vestimentaires mais aussi la comparaison avec les vulves juvéniles des actrices de films X amènent de nombreuses patientes à consulter. Cette chirurgie intime est simple techniquement et présente d'excellents résultats

334 (Fig. 3D) apportant aux patientes un véritable soulagement
335 physique et psychologique [8,9]. En revanche, il est impor-
336 tant que cette intervention qui présente des risques non
337 négligeables pour la patiente et sa vie de couple, soit
338 Q4 réalisée par des praticiens habitués et un milieu chirurgical.

Références

339
340 [1] Giraldo F, Gonzalez C, de Haro F. Central wedge nym-
341 plectomy with a 90-degree Z-plasty for aesthetic reduction of the labia
342 minora. *Plast Reconstr Surg* 2004;113:1820-5. discussion 1826-
343 1827.
344 [2] Rouzier R, Louis-Sylvestre C, Paniel BJ, Haddad B. Hypertrophy
345 of labia minora: experience with 163 reductions. *Am J Obstet*
346 *Gynecol* 2000;182:35-40.
347 [3] Kato K, Kondo A, Gotoh M, et al. Hypertrophy of labia minora in
348 myelodysplastic women. Labioplasty to ease clean intermittent

catheterization. [Case Reports Journal Article] *Urology* 1988;31:
294-9. 348
349
350 [4] Alter GJ. A new technique for aesthetic labia minora reduction.
351 *Ann Plast Surg* 1998;41:685-6. 352
353 [5] Choi HY, Kim KT. A new method for aesthetic reduction of labia
354 minora (the deepithelialized reduction of labioplasty). *Plast*
355 *Reconstr Surg* 2000;105:419-22. discussion 423-424. 356
357 [6] Pr Paniel. Hypertrophie des petites lèvres. *Encyclopédie Médi-*
358 *cochirurgicale de gynécologie*. 41885 p. 9. 359
360 [7] Honore LH, O'Hara KE. Benign enlargement of the labia minora:
361 report of two cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1978;8:
362 61-4. 363
364 [8] Munhoz, Alexandre Mendonca M.D. Filassi et al. Aesthetic
365 labia minora reduction with inferior wedge resection and
366 superior pedicle flap reconstruction. *Plast Reconstr Surg*.
2006;118:1237-1247

[9] P. Fournier Chirurgie de l'hypertrophie des petites lèvres en
extrême-orient. *Rev Chir Esthet Fr.* 2004;117

UNCORRECTED PROOF