

Labioplastie ou nymphoplastie : réduction des petites lèvres génitales. Indications, techniques, résultats, complications

RÉSUMÉ : La labioplastie (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. Les patientes sont de plus en plus jeunes et vivent souvent un véritable complexe depuis l'adolescence, troublant leur vie amoureuse.

Chirurgicalement, il existe de 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 détaillés dans cet article.



→ L. BENADIBA
Chirurgien Plasticien,
PARIS.

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 de chirurgie réparatrice ou esthétique des petites et grandes lèvres, du clitoris et parfois du vagin. La réduction des petites lèvres génitales est la principale demande dans les consultations de chirurgie intime. Dans la majorité des cas, la gêne est essentiellement esthétique, mais il existe toujours une gêne psychologique importante et très souvent physique.

Rappel anatomique

Il n'y a pas de poils sur les petites lèvres, mais il y a beaucoup de follicules

sébacés et 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 jamais accouché, 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.

ESTHÉTIQUE

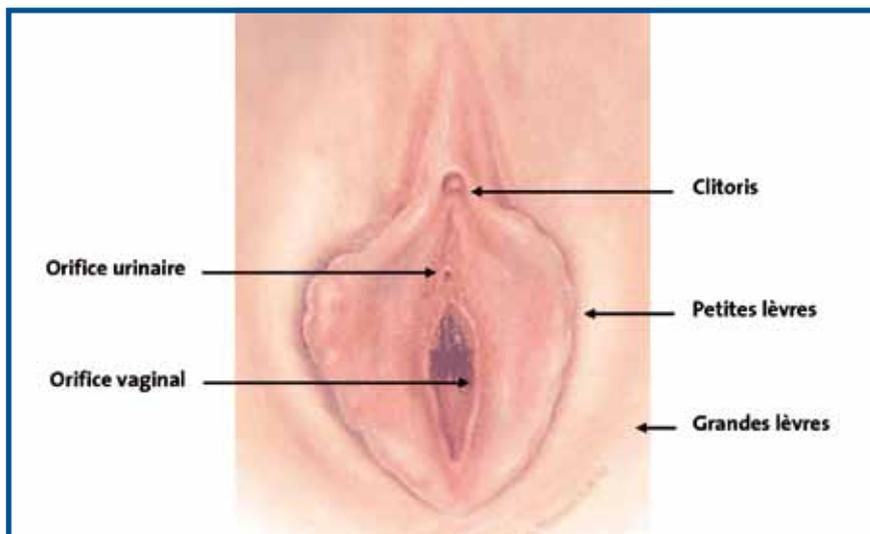


FIG. 1: Rappel anatomique.

Anatomopathologie

L'origine de l'hypertrophie des petites lèvres est parfois congénitale. Dans la majorité des cas, elles se développent excessivement lors de la puberté ou sont secondaires et aggravées par les accouchements. On peut voir aussi des patientes d'origine africaine chez lesquelles, dès la puberté, on a tiré sur les petites lèvres pour les rendre plus longues et attirantes pour le futur époux [1]. À la ménopause, les petites lèvres tendent plutôt à s'atrophier et se cacher entre les grandes lèvres.

Le plus souvent l'hypertrophie est idiopathique, sans cause particulière et peut être considérée comme une variante de la normale. Dans de rares cas, elle est associée à un état pathologique comme une filariose [1] ou une myélodysplasie [2].

Indications de labiaplastie

Actuellement, en France, il existe deux types de demandes émanant :
– 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.

Dans cette chirurgie intime, il faut avoir conscience du handicap existant chez de nombreuses patientes qui, bien souvent, n'osent pas en parler à leur conjoint mais aussi à leur gynécologue. La médiatisation et l'échange d'informations sur les sites Internet de ce type de problème amènent de nombreuses patientes à consulter.

La gêne exprimée est d'ordre esthétique, accentuée par l'évolution des modes vestimentaires (jeans très serrés...) et des dessous (string) mais aussi par 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 [1], mais la gêne physique et surtout psychologique peuvent être très importantes pour des hypertrophies inférieures à 4 cm. L'épilation a dévoilé cette zone du corps et a ainsi accentué le questionnement de certaines patientes sur la "normalité" de leurs petites lèvres.

La majorité des patientes souhaite simplement que les petites lèvres ne débordent plus par rapport aux grandes. 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.

La labiaplastie est réalisée au bloc opératoire. Les patientes préfèrent de plus en plus souvent une anesthésie locale potentialisée (neuroleptanalgie) mais peuvent être endormies dans de rares cas. L'intervention est faite en position gynécologique. Il n'y a pas d'hospitalisation (hôpital de jour). L'intervention dure 30 à 45 min car elle requiert une rigueur importante dans la suture pour éviter les complications fréquentes (10 à 20 %) de cicatrisation.

De nombreuses techniques sont décrites dans la littérature (fig. 2). La technique la plus ancienne, et encore la plus utilisée, consiste à retirer l'excès cutanéomuqueux suivant un croisement longitudinal (fig. 3). Pour ma part, je déconseille cette technique dont l'inconvénient est qu'elle place la cicatrice sur toute la zone de contact avec les sous-vêtements. Le risque de troubles de la cicatrisation (désunion, infection, hématome) est plus important, et les patientes se plaignent souvent de l'importance des suites opératoires avec un risque plus important de séquelles

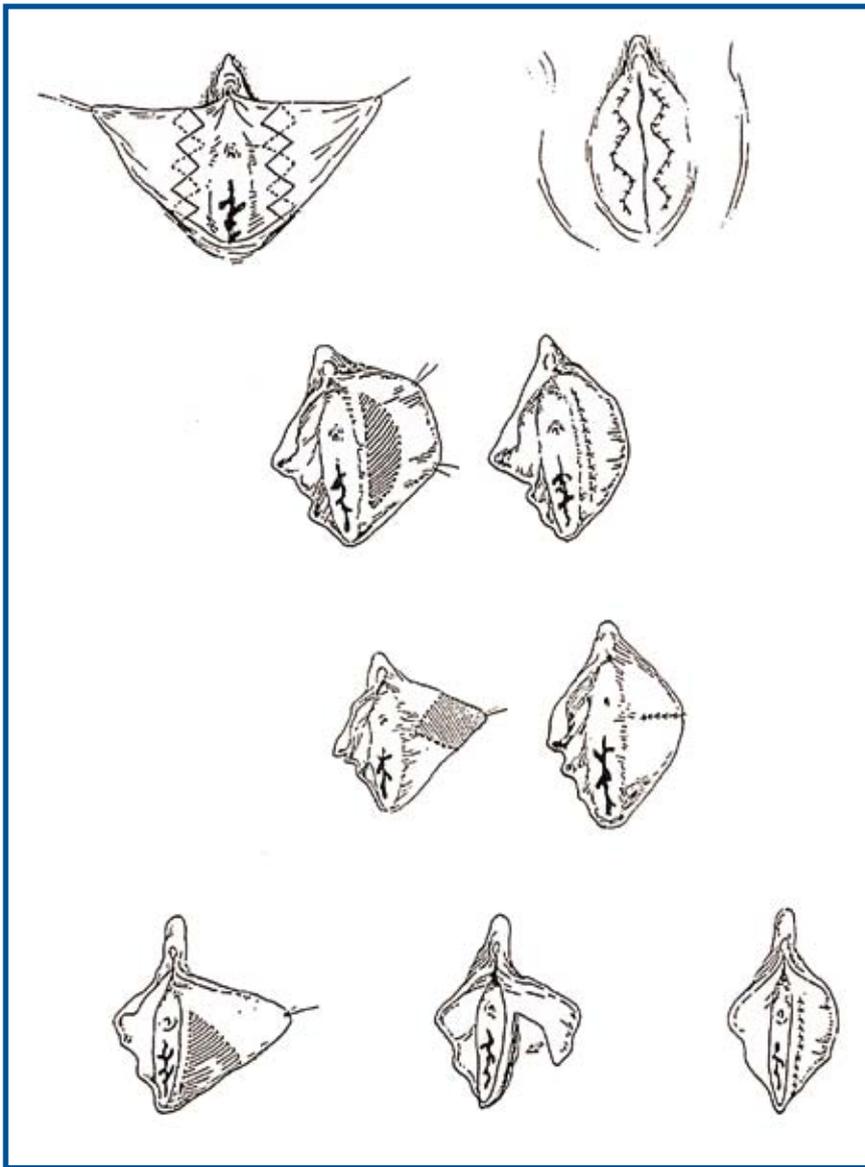


FIG. 2 : Variantes de techniques décrites dans la littérature.

à type de dyspareunies. La pratique d'un surjet unique se solde, en cas de désunion, par un échec total de l'intervention, très difficilement réparable. Par ailleurs, la petite lèvre ne conserve plus son architecture normale car, bien souvent, la résection emporte complètement la zone cutanée plissée et brune de la petite lèvre laissant uniquement la partie basse plus claire et l'aspect final est celui d'un bourrelet disgracieux.

Depuis quelques années, des résections en "V", dérivant des techniques de chirurgie plastique [3, 4], permettent de diminuer la longueur de la cicatrice afin d'éviter le risque de complication locale (fig. 4). Le plus souvent, on utilise une technique avec une résection centrale en V, bien supérieure à la technique classique car elle limite la cicatrice à la région centrale de la petite lèvre. Elle permet des résections faibles

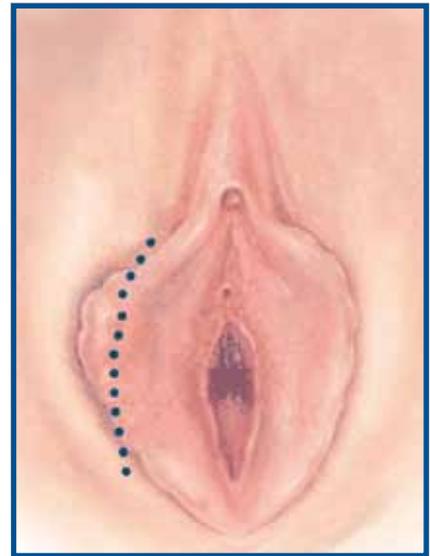


FIG. 3 : Technique classique longitudinale.

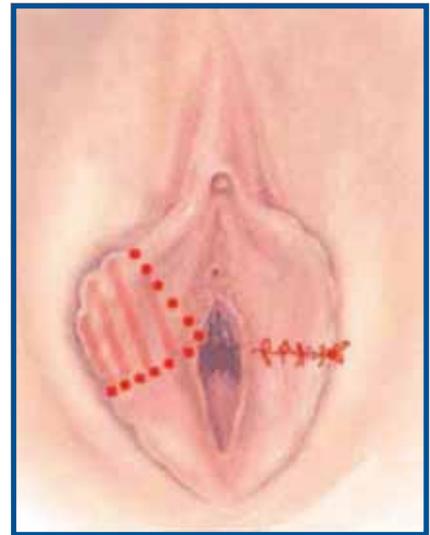


FIG. 4 : Technique avec plastie en V.

à moyennes. L'architecture de la petite lèvre est parfaitement respectée ne laissant après cicatrisation aucune trace de l'intervention (fig. 5).

Certains chirurgiens placent la résection en V dans la partie postérieure [5] de la petite lèvre, ce qui peut présenter un risque de fragilisation lors d'une épisiotomie future et surtout un risque de désunion car la petite lèvre est plus fine

ESTHÉTIQUE

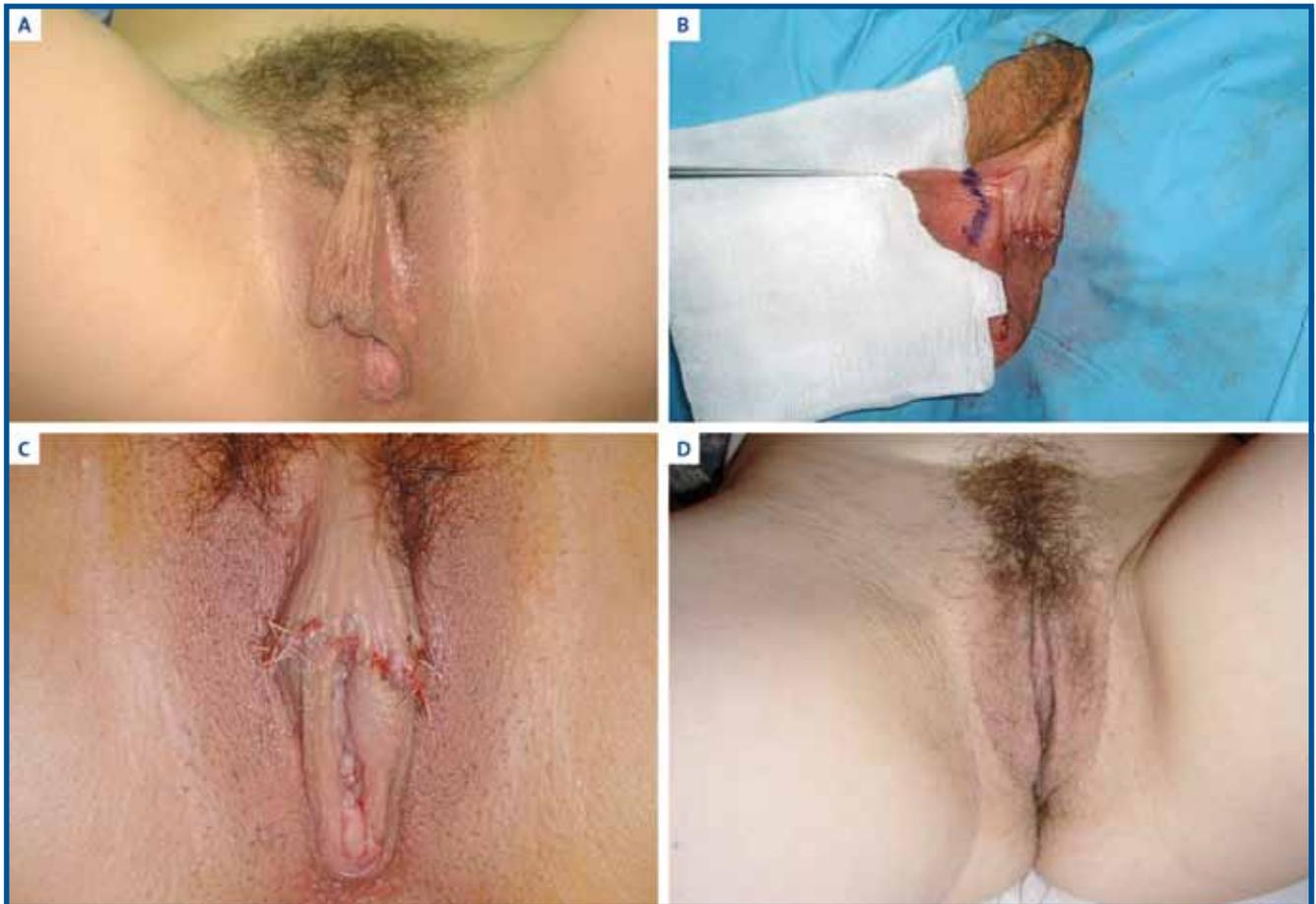


FIG. 5A : Aspect préopératoire. **FIG. 5B :** Résection cutanéomuqueuse en V central. **FIG. 5C :** Aspect postopératoire immédiat. **FIG. 5D :** Aspect postopératoire à J30.

à ce niveau. D'ailleurs, l'utilisation de pinces de Kocher marquant la zone à retirer est déconseillée car elles sont trop agressives pour ce tissu fragile et augmentent le risque de souffrance cutanée. Il est préférable d'évaluer précisément la résection, de la dessiner et de la limiter par 2 pinces fines type Halstead.

Dans les très grandes hypertrophies (plus de 6 cm), il est parfois nécessaire de pratiquer une double résection en V, d'où l'intitulé de la technique dite "V-V" (fig. 6). On pratique donc une résection cutanéomuqueuse avec 2 "V" latéraux aux extrémités supérieures et inférieures des petites lèvres, la partie centrale reste donc indemne de toute cicatrice. Les suites sont rapides et permettent une

reprise de rapports intimes plus précoces. Cette technique est particulièrement adaptée en cas d'hypertrophie du capuchon clitoridien.

Quelle que soit la technique employée, deux points techniques sont importants :
 – l'hémostase doit être minutieuse même si le saignement semble minime du fait de la vasoconstriction liée à l'infiltration. En effet, la petite lèvre est très vascularisée et les saignements postopératoires, sources d'hématomes, sont la première cause de désunions précoces ;
 – la suture doit être rigoureuse en 3 plans : muqueux, dermique et cutané. Malgré la grande souplesse de la peau à ce niveau, la résection doit être effectuée *a minima* car une résection trop

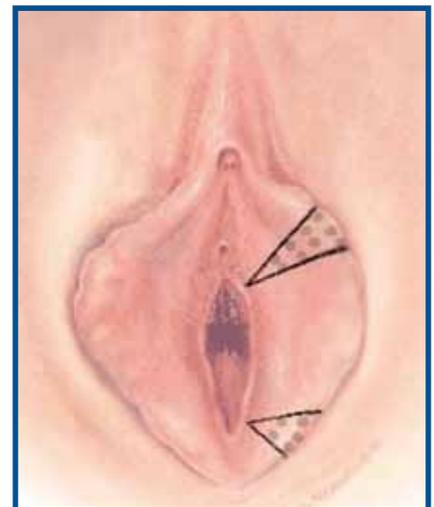


FIG. 6 : Technique personnelle avec résection aux extrémités : plastie dite "V-V".

étendue peut se traduire par un échec total avec des problèmes de cicatrisation (nécrose) parfois insolubles et inverser le problème (nécrose d'une petite lèvre).

En fin d'intervention, un examen anatomopathologique est souvent demandé pour éliminer, devant l'irritation chronique fréquente et volontiers ancienne, une lésion préneoplasique [6].

Suites opératoires

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

Des soins locaux simples, à type de désinfection locale, sont à effectuer tous les jours jusqu'à la chute des fils résorbables. Les douches sont autorisées à partir du 2^e jour mais pas les bains (à partir de 3 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 4 semaines.

Complications possibles

Cette intervention, apparemment simple, nécessite une grande rigueur d'exécution et une certaine expérience. Si le geste technique semble simple, les complications sont souvent dramatiques pour les patientes, leur complexe se transformant en culpabilité accompagnée d'un désastre de leur vie sexuelle.



FIG. 7 : Désunion centrale en boutonnière.

Les complications rapportées dans la littérature peuvent être des :

- lâchages de sutures : partiels ou totaux, surtout en cas de traumatismes qui peuvent être minimes avec des retards de cicatrisation allongeant les suites opératoires ;
- infections locales : rares, si les conseils d'hygiène sont bien suivis et lorsque l'intervention est réalisée dans un milieu approprié (bloc, asepsie, flash antibiotique etc.) ;
- hématomes : c'est la complication à redouter. Elle est fréquente et s'accompagne le plus souvent d'un lâchage de suture partiel (fig. 7) ou total si l'hémostase n'est pas rigoureuse ;
- dyspareunies : exceptionnelles avec les techniques en V, elles sont généralement transitoires ;
- nécroses cutanées : en règle limitées et localisées. Les nécroses importantes sont exceptionnelles liées à un excès de résection ou à une "dévascularisation" d'un des lambeaux ;
- 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. Dans les cas où cette altération est présente, une récu-



FIG. 8 : Nymphectomie.



FIG. 9 : Cicatrice finale.

pération est habituelle dans un délai de 3 à 6 mois ;

- excès de résection (nymphectomie) : il s'agit plutôt d'une erreur technique qui emporte trop de petite lèvre et dont la réparation n'est pas possible (fig. 8).

ESTHÉTIQUE

POINTS FORTS

- ➔ Chirurgie simple mais à haut risque.
- ➔ Ne pas minimiser le complexe des patientes.
- ➔ Possible sous anesthésie locale.
- ➔ Plastie en V à privilégier.
- ➔ Prévenir des suites longues (4/5 semaines).
- ➔ Bénéfices et satisfaction indéniable des patientes.

Conclusion

La nymphoplastie (labiaplastie), ou réduction des petites lèvres, n'est plus un tabou dans notre société. L'épilation courante du maillot et l'évolution des modes vestimentaires amènent de nombreuses patientes à consulter.

Cette chirurgie intime offre d'excellents résultats (**fig. 9**) apportant aux patientes un véritable soulagement physique et

psychologique [7, 8]. En revanche, il est important que cette intervention qui présente des risques non négligeables pour la patiente et sa vie de couple, soit réalisée par des chirurgiens habitués et conscients de l'importance de ce geste.

Bibliographie

1. ROUZIER R, LOUIS-SYLVESTRE C, PANIEL BJ *et al.* Hypertrophy of labia minora: experience with 163 reductions. *Am J Obstet Gynecol*, 2000;182:35-40.

2. KATO K, KONDO A, GOTOH M *et al.* Hypertrophy of labia minora in myelodysplastic women. Labioplasty to ease clean intermittent catheterization. [Case Reports, Journal Article]. *Urology*, 1988;31:294-299.
3. ALTER GJ *et al.* A new technique for aesthetic labia minora reduction. *Ann Plast Surg*, 1998;41:685-686.
4. GIRALDO F, GONZALEZ C, DE HARO F *et al.* Central wedge nymphectomy with a 90-degree Z-plasty for aesthetic reduction of the labia minora. *Plast Reconstr Surg*, 2004;113:1820-1825.
5. PANIEL BJ. Hypertrophie des petites lèvres. *Encyclopedie Médico-Chirurgicale de gynécologie*. 41-885:9-10.
6. HONORE LH, O'HARA KE *et al.* Benign enlargement of the labia minora: report of two cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 1978;8:61-64.
7. MUNHOZ AM, FILASSI JR, RICCI MD *et al.* Aesthetic labia minora reduction with inferior wedge resection and superior pedicle flap reconstruction. *Plast Reconstr Surg*, 2006;118:1237-1247.
8. FOURNIER PF. Chirurgie de l'hypertrophie des petites lèvres en Extrême-Orient. *Revue de Chirurgie Esthétique Française*, 2004,117:31-34.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.