

## Congrès AIME

# Table ronde : session génitale esthétique de l'EAGAMPS

D'après les communications des Prs Inna Apolikhina et Barbara Hersant, et des Drs Abdelilah Lahlali, Charles Botter, Laurent Benadiba, Sophie Menkes et Tatiana Teterina.



**COMPTE RENDU RÉDIGÉ  
PAR S. SPANOPOULOU**

Service de Chirurgie plastique et maxillo-faciale,  
Hôpital Henri Mondor, CRÉTEIL.

La médecine et la chirurgie intime comprennent plusieurs disciplines et peuvent être esthétiques, fonctionnelles ou les deux. L'objectif est d'aider la vie intime et la sexualité, soit esthétiquement pour la taille, l'aspect ou le vieillissement, soit fonctionnellement pour les douleurs ou l'inconfort ou bien pour la sexualité (la libido, l'impuissance ou l'insatisfaction). La chirurgie intime a débuté aux États-Unis dans les années 2000. Elle est de plus en plus demandée de nos jours. Elle peut avoir un impact positif sur la confiance en soi et l'épanouissement de la vie sexuelle des hommes et des femmes. Les médecins qui pratiquent la médecine intime sont formés à ses techniques. Elle est pratiquée par les chirurgiens gynécologues, plasticiens ou urologues. C'est un secteur en pleine expansion.

### Hyménoplastie

Le Dr Lahlali a présenté l'hyménoplastie, ses techniques chirurgicales et leur place dans la société d'aujourd'hui. L'hymen est une fine membrane muqueuse sous forme d'un mince repli qui ferme partiellement l'orifice vaginal. Il représente un reste embryonnaire provenant du sinus urogénital [1]. Il est principalement composé de tissu conjonctif élastique et collagène, recouvert sur ses deux surfaces par un épithélium pavimenteux stratifié.

Les techniques de restauration de l'hymen sont l'hyménorrhaphie et l'hyménoplastie. L'objectif est la restauration d'un introitus membraneux étroit à l'orifice externe du vagin. On distingue deux méthodes : l'hyménorrhaphie est la restauration provisoire de l'hymen, alors que l'hyménoplastie est la restauration définitive. Elles peuvent être réalisées en fonction du délai par rapport à la nuit de noces : une hyménorrhaphie est réalisée en cas de délai inférieur à 15 jours et, si ce délai est supérieur, une hyménoplastie est réalisée. Il est possible d'effectuer une hyménoplastie par suture hyménale simple, par lambeau hyménal (HLH) en cas de présence de caroncules hyménales suffisantes, par lambeau vaginal (HLV) en cas d'absence de caroncules hyménales ou par réduction de la lumière hyménale [2, 3].

Il est important de définir les raisons de l'opération (mariage, trauma, viol) et le profil psychologique des patientes. Les contre-indications pour la restauration chirurgicale sont les infections vulvovaginales, les métrorragies non étiquetées, la grossesse méconnue ou la coagulopathie [1]. Le Dr Lahlali a souligné qu'il s'agit d'une pratique controversée et considérée comme une chirurgie socio-culturelle non indiquée médicalement.

ginales, les métrorragies non étiquetées, la grossesse méconnue ou la coagulopathie [1]. Le Dr Lahlali a souligné qu'il s'agit d'une pratique controversée et considérée comme une chirurgie socio-culturelle non indiquée médicalement.

### Lasers en gynécologie esthétique

Le Pr Apolikhina a décrit l'utilisation des lasers en gynécologie esthétique. Les lasers ont prouvé leur efficacité pour les femmes souffrant d'incontinence urinaire légère et du syndrome génito-urinaire de la ménopause (GSM). Il s'agit d'une option efficace et non invasive. *A contrario*, le traitement chirurgical est l'option invasive recommandée après avoir fait des enfants. En effet, le traitement chirurgical avant l'accouchement peut augmenter le risque d'incontinence urinaire récurrente, il peut également augmenter le risque d'infections des voies basses urinaires, le risque d'érosion et de traumatisme urétral pendant l'accouchement.

Pour la médecine esthétique génitale, on utilise le laser erbium-YAG (2 940 nm), le laser CO<sub>2</sub> (10 600 nm) et le laser Nd-YAG (1 064 nm). Le laser CO<sub>2</sub> est un laser à gaz pouvant délivrer des impacts très brefs ablatifs. Le premier passage permet surtout de vaporiser l'épiderme avec peu de dommages thermiques. Avec le nombre de passages, l'effet ablatif diminue alors que le dommage thermique augmente. Le contrôle du dommage thermique permet d'obtenir une néocollagenèse

## Congrès AIME

satisfaisante. Les indications pour l'utilisation du laser CO<sub>2</sub> sont le traitement des polypes de granulation vaginale, des cicatrices et des condylomes. Il peut aussi être utilisé dans le cadre d'un traitement combiné au plasma riche en plaquettes (PRP) pour le lichen scléreux. Le laser erbium-YAG est un laser presque purement ablatif qui induit peu de coagulation tissulaire. La néocollagénèse est donc moins importante qu'avec un laser CO<sub>2</sub>, mais la cicatrisation est plus rapide. Enfin, l'utilisation du laser Nd-YAG est indiquée pour le traitement des pathologies urogénitales.

L'oratrice a présenté son expérience personnelle : 312 patientes de 47 ± 2 ans d'âge moyen ont été traitées. Trois séances ont été réalisées avec un intervalle de 30-45 jours, avec une nouvelle séance après 1-1,5 an. L'étude montre une efficacité de 70 % pour les patientes ayant effectué au moins trois séances. L'évaluation d'indices morphologiques de l'efficacité du laser YAG par examen histologique montre une augmentation du nombre de fibroblastes, l'augmentation des vaisseaux sanguins et la diminution de l'expression du facteur KI-67. 80 % des patientes qui ont terminé cette étude ont noté l'absence de perte d'urines involontaire pendant 8 à 12 mois. 44 % des patientes ont noté une augmentation de la satisfaction sexuelle (augmentation de la libido, augmentation de la sensibilité et diminution de la sécheresse) et aucun événement indésirable n'a été signalé [4]. Le Pr Apolikhina a annoncé l'étude de la construction et de l'utilisation d'un laser hybride (Fiber Laser S 3050, 3 050 nm).

### Nouvelle description anatomique du clitoris

Le Dr Botter a exposé une nouvelle description anatomique du ligament suspenseur du clitoris. Le clitoris est en effet un organe multidimensionnel. La première description anatomique a eu lieu à Padoue en Italie en 1559 par

Matteo Realdo Colombo. La découverte de nouveaux éléments anatomiques par Kelling en 2020 montre que nous avons une compréhension limitée de l'organe et que les études doivent se poursuivre [5].

Le ligament suspenseur du clitoris a été décrit par Rees *et al.* (2000). Selon cette description, il s'agit d'une structure multidimensionnelle. Le composant superficiel est large et attache le mont du pubis au corps clitoridien. Le composant profond est fibreux et rigide, et attache le corps et les bulbes clitoridiens à la symphyse pubienne. Ces ligaments empêchent le redressement du clitoris, aidant à maintenir sa forme courbée [6].

Le Dr Botter a disséqué 10 corps congelés dont l'âge variait de 64 à 98 ans. Pour cette étude, la dissection pas-à-pas du ligament suspenseur a été réalisée et trois ligaments ont été envoyés en anatomopathologie pour un examen définitif. L'étude a montré que le ligament suspenseur se compose de trois faisceaux anatomiquement et histologiquement distincts. Le faisceau superficiel est en continuité avec la paroi abdominale antérieure (prolongement du *fascia superficialis*), il se compose de fibres élastiques peu organisées, de fibroblastes et de quelques fibres de collagène. Le faisceau moyen est en continuité avec la paroi abdominale antérieure (prolongement de l'aponévrose abdominale), il engaine totalement le corps clitoridien, les prolongements latéraux arrivent jusqu'aux grandes lèvres et il se compose majoritairement de fibres de collagène ainsi que de fibroblastes. Le faisceau profond est situé au niveau de la symphyse pubienne jusqu'à l'angle du corps du clitoris et se compose de fibres de collagène très bien organisées [7].

Cette première étude histologique du ligament suspenseur augmente notre connaissance de l'anatomie clitoridienne et soulève des questions auxquelles de nouvelles études doivent répondre.

### Radiofréquence sous-cutanée

Le Dr Benadiba a présenté la radiofréquence sous-cutanée. La radiofréquence (RF) est un courant électrique alternatif qui produit une chaleur dépendant de l'intensité du courant et du temps d'application. L'onde électromagnétique peut être délivrée de façon externe en monopolaire ou en bipolaire, dans ces cas le courant circule entre 2 électrodes. Elle produit un effet thermique sur la peau limité dans le temps pour éviter une brûlure. Cela entraîne un effet immédiat de coagulation du collagène et de l'élastine, et à plus long terme une action néocollagénique.

Les indications principales pour l'utilisation de la radiofréquence en gynécologie sont la laxité vaginale, la labioplastie, l'amélioration de la trophicité vaginale et la rétention de la peau [8].

### Prise en charge du GSM de la ménopause

La communication sur la médecine régénérative sexuelle, préparée par le Dr Menkes, a été présentée par le Pr Hersant. Le syndrome génito-urinaire de la ménopause est le nouveau terme pour l'atrophie vulvo-vaginale (AVV), introduit en 2014. C'est un terme qui décrit le spectre des changements causés par le manque d'œstrogènes pendant la ménopause, qui affecte les voies vulvo-vaginales et les voies urinaires inférieures [9]. Les manifestations cliniques sont résumées dans le **tableau I**.

Le manque d'œstrogènes provoque une perte d'épaisseur labiale et vulvaire et une diminution du collagène, de l'élasticité et du flux sanguin. On retrouve une diminution des pertes vaginales associée, ainsi que de la graisse sous-cutanée des grandes lèvres. Le glycogène des cellules vaginales est lui aussi diminué, ce qui provoque une modification des microbes du vagin et l'augmentation du pH. L'épithélium devient sec et

Génitales	Sexuelles	Urinaires
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sécheresse vaginale</li> <li>● Irritation/brûlure</li> <li>● Douleurs et pressions vaginales/pelviennes</li> <li>● Prolapsus de la voûte vaginale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dyspareunie</li> <li>● Lubrification réduite</li> <li>● Saignement post-coïtal</li> <li>● Diminution de l'excitation, de l'orgasme, du désir</li> <li>● Dysorgasmie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dysurie</li> <li>● Incontinence</li> <li>● Infections récurrentes des voies urinaires</li> <li>● Prolapsus urétral</li> <li>● Ischémie du trigone vésical</li> </ul>

**Tableau 1 :** Principales manifestations cliniques du GSM.

mince, et le vagin devient court et étroit. Le risque de prolapsus (vaginal, urétral ou des organes pelviens) augmente. La capacité et la sensation de la vessie sont diminuées, alors que les femmes présentent une hypersensibilité vaginale ou une réduction de la sensation.

Le GSM est un syndrome chronique et progressif et, malgré la prévalence élevée et l'impact négatif profond sur la qualité de vie des femmes, il reste sous-diagnostiqué et sous-traité. 52 % des femmes avec un syndrome génito-urinaire attendent au moins 6 mois avant de consulter leur médecin traitant et 56 % des femmes ont eu des symptômes pendant plus de 3 ans.

Le principal objectif du traitement du GSM est le soulagement des symptômes. On utilise les lubrifiants locaux pour un résultat immédiat mais temporaire, l'hormonothérapie avec des produits œstrogéniques (voie vaginale, orale, transdermique ou sous-cutanée), les récepteurs d'œstrogène sélectif (SERM), les thérapies au laser et le traitement combinant PRP, acide hyaluronique (AH) et lipofilling [10]. Un traitement avec du PRP et de l'AH a été testé avec des résultats prometteurs comme l'amélioration du score de santé vaginale (VHI), l'augmentation du volume des fluides, la diminution du pH, le maintien de l'intégrité épithéliale, l'augmentation de l'hydratation et l'amélioration de la vie sexuelle des participantes.

Les indications pour l'utilisation de PRP comprennent la réjuvenation vaginale, le lichen scléreux, la fistule génitale, le prolapsus génital et l'incontinence uri-

naire. L'injection de PRP se fait dans le vestibule, les grandes lèvres et dans la muqueuse vaginale (dans les 3 premiers centimètres de la sous-muqueuse). L'oratrice préfère utiliser la technique "point par point" avec une aiguille de mésothérapie 33 G. Dans le domaine de la médecine régénérative, l'utilisation du lipofilling (nanofat ou microfat) combiné au PRP (ratio : 80 % nano/microfat + 20 % PRP) [11] et à l'acide hyaluronique a prouvé son efficacité dans le cadre du rajeunissement vulvo-vaginal, montrant une amélioration de la trophicité vaginale et le rétablissement d'un calibre vaginal normal.

### Pénoplastie médicale vs chirurgicale

Le Pr Hersant a comparé la pénoplastie médicale et la pénoplastie chirurgicale. La demande d'augmentation de la taille du pénis à visée esthétique a considérablement augmenté ces dernières années. L'objectif est la remise en confiance de l'homme par une amélioration du volume du pénis, notamment à l'état flaccide [12]. L'indication majeure de la pénoplastie est le complexe du vestiaire. On pourrait envisager un allongement chirurgical avec une plastie en Z ou une plastie en V-Y au niveau de la jonction pubo-pénienne. Il existe actuellement deux possibilités pour l'augmentation pénienne en circonférence : la pénoplastie médicale par acide hyaluronique et la pénoplastie chirurgicale par lipofilling. Ces procédures ne permettent pas d'améliorer les capacités sexuelles et n'ont pas d'impact sur la fonction sexuelle ou urinaire.

Il est important de faire deux consultations avant la procédure. Quatre mesures sont indispensables : la longueur, sur la face dorsale de la verge, de la jonction pubo-pénienne jusqu'au méat urinaire à l'état flaccide, en semi-érection et en érection complète, et également la circonférence de la partie moyenne de la verge. Il faut évaluer le prépuce (circoncis, étroit ou phimosis). S'il y a un phimosis, il faut envisager de le traiter par une posthécotomie avant la pénoplastie [1]. Pour le prépuce étroit, il existe l'option de la dilatation manuelle par des anneaux rétracteurs. L'examen dermatologique est nécessaire pour exclure les contre-indications de la pénoplastie (lichen scléreux atrophique, lésions malignes, condylomes et herpès).

La pénoplastie médicale par injection d'AH est une bonne alternative au lipofilling pour un patient qui est très mince ou pour quelqu'un qui ne souhaite pas une intervention chirurgicale et comprend la réitération de la procédure tous les ans ou tous les deux ans [13-14]. L'injection est faite contre l'albuginée de manière rétrotraçante dans les rayons de 1, 5, 7 et 11 h avec une canule longue > 10 cm et de 18 G. La quantité d'AH nécessaire est de 6 à 20 mL et dépend de l'anatomie du patient. Un massage modelant en fin d'intervention est nécessaire et les rapports sexuels sont contre-indiqués pendant une semaine. La pénoplastie médicale est réalisable en consultation sous anesthésie locale. C'est une procédure réversible si besoin. Elle est cependant temporaire et il faut la renouveler, avec un coût élevé et un risque de biofilm qui est associé à l'utilisation du corps étranger [12].

La pénoplastie par lipofilling est une intervention chirurgicale faite sous anesthésie générale ou rachianesthésie. Il faut injecter un minimum de 40 mL de microfat à l'aide d'une canule de Coleman à 1, 5, 7 et 11 h au niveau du sillon balanopréputial. Il faut prévenir le patient qu'une partie de la graisse risque de disparaître et qu'une deuxième

## Congrès AIME

### POINTS FORTS

- La médecine et la chirurgie intime comprennent plusieurs disciplines, esthétiques, fonctionnelles ou les deux. L'objectif est d'aider la vie intime et la sexualité, soit esthétiquement, soit fonctionnellement pour les douleurs ou l'inconfort ou bien pour la sexualité.
- Il existe actuellement deux possibilités pour l'augmentation de la circonférence du pénis: la pénoplastie médicale par acide hyaluronique et la pénoplastie chirurgicale par lipofilling. Ces procédures ne permettent cependant pas d'améliorer les capacités sexuelles et n'ont pas d'impact sur la fonction sexuelle ou urinaire.
- Les lasers ont prouvé leur efficacité pour les femmes souffrant d'incontinence urinaire légère et de GSM.
- Dans le domaine de la médecine régénérative, l'utilisation du lipofilling combiné au PRP (ratio: 80 % nano/microfat + 20 % PRP) et à l'acide hyaluronique a prouvé son efficacité dans le cadre de rajeunissement vulvovaginal, montrant une amélioration de la trophicité vaginale et le rétablissement d'un calibre vaginal normal.

séance pourrait être nécessaire. Un massage modelant est aussi important pendant la première semaine. Le résultat final sera évident après la disparition de l'œdème postopératoire 6 semaines après l'intervention. Il s'agit donc d'une intervention aux résultats permanents, qui améliore aussi la trophicité par les cellules souches de la graisse. Le patient bénéficie également d'une lipoaspiration. Toutefois, les résultats sont moins prédictibles que lors d'une pénoplastie médicale, avec un résultat définitif tardif et le risque d'insatisfaction du patient. Dans ce cas, une deuxième intervention sous anesthésie générale ou rachianesthésie sera nécessaire.

### HIFU pour le traitement des maladies de la vulve et du col de l'utérus

Le Dr Teterina a exposé l'application innovante des *high frequency focused ultrasounds* (HIFU, ultrasons de haute fréquence focalisés) pour le traitement des maladies de la vulve et du col de

l'utérus. Les HIFU sont une méthode d'atteinte non invasive des tissus profonds du corps. La thérapie par ultrasons est utilisée à des fins thérapeutiques et prophylactiques au moyen d'ondes sonores à ultra-haute fréquence entre 500 à 3 000 kHz. Les ultrasons sont focalisés de façon à ce que l'effet thermique soit précis [1]. Les HIFU créent des foyers bien définis qui contribuent à la destruction mécanique des cellules altérées. La température augmente jusqu'à 60 °C, causant l'apoptose des cellules par coagulation des micro-vaisseaux et leur nécrose, sans toucher les tissus avoisinants dans lesquels la densité énergétique est moindre [15]. Les HIFU sont non ionisants, la procédure peut donc être répétée plusieurs fois.

Les HIFU sont utilisés, entre autres, en gynécologie. Le système de thérapie par ultrasons (CZF) dispose de 2 types de tête, un pour la vulve et un pour le col de l'utérus. L'oratrice a présenté sa propre expérience clinique d'utilisation des HIFU pour le traitement des maladies vulvaires. Un total de 89 patientes

de 49 ± 5,2 ans d'âge moyen ont été traitées. 79 patientes présentant un lichen scléreux et 8 avec hyperkératose ont été traitées avec 1-2 séances à 3 mois d'intervalle et avec un contrôle après 3 à 6 mois. 71 % des patientes ont noté l'absence de démangeaisons et de sensation de brûlure, alors qu'aucun effet indésirable n'a été signalé.

### BIBLIOGRAPHIE

1. MENINGAUD JP, HERSANT B, BENADIBA L. *Manuel de référence du Diplôme Universitaire de Médecine Esthétique et Réparatrice Génitale* (DUMEG). Independently published, 2021.
2. VOJVODIC M, LISTA F, VASTIS PG *et al.* Luminal reduction hymenoplasty: a Canadian experience with hymen restoration. *Aesthet Surg J*, 2018;38:802-806.
3. PLACIK OJ. Hymenoplasty. In: HAMORI CA, BANWELL PE. *Female cosmetic genitalia surgery: concepts, classification and techniques*. Thieme Medical Publishers, 2017:205-222.
4. APOLIKHINA I. Erbium-YAG laser: our 4 years' experience for treatment pelvic floor disfunction. *academie.iuga.org*, 2017;175397:371.
5. KELLING JA, ERICKSON CR, PIN J *et al.* Anatomical dissection of the dorsal nerve of clitoris. *Aesthet Surg J*, 2020; 40:541-547.
6. O'CONNELL HE, SANJEEVAN KV, HUTSON JM. Anatomy of the clitoris. *J Urol*, 2005; 174:1189-1195.
7. BOTTER C. Réparation clitoridienne après excision par transposition du clitoris. *Réalités en Chirurgie Plastique*, 2021;40:14-20.
8. KRYCHMAN M, ROWAN CG, ALLAN BB *et al.* Effect of single session, cryogen-cooled monopolar radiofrequency therapy on sexual function in women with vaginal laxity: the VIVENE I trial. *J Womens Health*, 2018;27:297-304.
9. PORTMAN DJ, GASS ML, Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Menopause*, 2014;21:1063-1068.
10. HERSANT B, SIDAHMED-MEZI M, BELKACEMI Y *et al.* Efficacy of injecting platelet con-

- centrate combined with hyaluronic acid for the treatment of vulvovaginal atrophy in postmenopausal women with history of breast cancer: a phase 2 pilot study. *Menopause*, 2018;25:1124-1130.
11. AGUILAR P, HERSANT B, SIDAHMED-MEZI M *et al.* Novel technique of vulvovaginal rejuvenation by lipofilling and injection of combined platelet-rich-plasma and hyaluronic acid: a case report. *Springerplus*, 2016;5:1184.
  12. ABECASSIS M. Penis augmentation and elongation. International Symposium in Bonn on Aesthetic Plastic Surgery, 1998.
  13. MOON DG, KWAK TI, KIM JJ. Glans penis augmentation using HA gel as an injectable filler. *World J Mens Health*, 2015;33:50-61.
  14. KWAK TI, OH M, KIM JJ *et al.* The effects of penile girth enhancement using HA gel as filler. *J Sex Med*, 2011;8:3407-3413.
  15. PHENIX CP, TOGTEMA M, PICHARDO S *et al.* High intensity focused ultrasound technology, its scope and applications in therapy and drug delivery. *J Pharm Pharm Sci*, 2014;17:136-153.

---

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