Sphère génitale

Hyménoplastie : une expérience marocaine

RÉSUMÉ : La virginité avant le mariage est traditionnellement associée à l'intégrité de l'hymen et à la perte de sang lors de la nuit de noces dans certaines cultures. En conséquence, elle a acquis une importance sociale, religieuse et morale.
L'hyménoplastie est une procédure qui tente de réparer l'hymen de façon définitive, l'hyménorraphie de façon provisoire. Dans notre étude, 518 patientes ont été opérées entre avril 2010 et avril 2019, 222 pour une hyménorraphie et 296 pour une hyménoplastie où deux techniques personnelles ont été utilisées : l'hyménoplastie par lambeaux hyménaux si les caroncules hyménales sont suffisantes et l'hyménoplastie par lambeaux vaginaux en cas d'absence de caroncules hyménales. Une périnéorraphie postérieure était systématiquement réalisée.
Très peu d'échecs ont été notés et les complications sont peu nombreuses. Une perte de sang a été constatée dans la quasi-totalité des cas, ce qui est notre objectif primordial dans cette chirurgie.

"C'est une des superstitions de l'esprit humain d'avoir imaginé que la virginité pouvait être une vertu."
~ Voltaire

"La virginité est le plus riche trésor des filles,
mais il est bien malaisé de garder longtemps un trésor dont tous les hommes possèdent la clé."
~ Maréchal de Bassompierre

"Les femmes sont des anges, sans doute, mais c'est le diable que l'hymen."
~ George Gordon Byron

A. LAHLALI
Clinique Argana, AGADIR, Maroc.

En préambule

Les relations sexuelles avant le mariage sont socialement et religieusement inacceptables dans certaines cultures, traduisant un sentiment de honte et de déshonneur, avec de graves conséquences pouvant entraîner le rejet, le divorce, voire le meurtre ou le suicide [1, 2]. La virginité est donc traditionnellement associée à l'intégrité de l'hymen et à la perte de sang le soir du mariage. En conséquence, elle a acquis une importance sociale, religieuse et morale [3]. Il est admis qu'une femme qui n'a jamais eu de rapports sexuels a un hymen intact.

Selon le dictionnaire, le terme "vierge" signifie qu'une personne n'a jamais eu de rapports sexuels.

L'hymen est une membrane qui ferme partiellement l'orifice vaginal externe. Jusqu'à présent, de nombreux mythes concernant son anatomie existent mais reposent principalement sur des dogmes et un manque de connaissances scientifiques. Prouver sa virginité par le sang est donc aujourd'hui encore un fait social important, qu'il paraît difficile d'outrepasser. Du subterfuge rudimentaire aux chirurgies de l'intime, en passant par les hymens artificiels "chinois", des exu-

toires bienveillants se sont cependant développés afin de rendre cette gestion collective des intimités féminines moins pesante et d'amortir les conséquences tragiques d'une éventuelle transgression [4].

Les bricolages de vertu ont toujours existé. Le théologien égyptien Jalâladdîn Suyûti atteste de leur profondeur historique en énumérant déjà au XV^e^ siècle neuf artifices permettant de simuler l'écoulement du sang virginal [5]. Mentionnées dans les écrits européens des XVI^e^ et XVII^e^ siècles comme le "*raccommodage des pucelages perdus*", les réfections chirurgicales de l'hymen ont su avec le temps gagner en technicité et en visibilité. Sous le terme d'hyménorraphie et d'hyménoplastie, on désigne aujourd'hui deux opérations chirurgicales permettant de reconstituer un hymen "intact" qui saignera le soir des noces [4]. L'hyménoplastie est ainsi réalisée non seulement pour des raisons de traditions culturelles et religieuses, mais aussi pour le statut social et les relations interpersonnelles [3].

L'hyménoplastie – ou la restauration chirurgicale de la membrane hyménale – est l'une des procédures vulvo-vaginales les moins décrites en chirurgie plastique, sans aucun standard chirurgical, qui tente de rétablir la capacité de l'hymen à saigner lors des rapports sexuels la nuit de noces [6, 7]. D'autant plus que dans certaines cultures, l'exposition du drap nuptial taché de sang est une preuve de la virginité de l'épouse [6]. Et ailleurs, la preuve de cette virginité peut être demandée à être certifiée par un médecin [8]. Bien que controversée sur le plan éthique et sociétal, elle est désormais proposée dans de nombreux pays [9] et la demande augmente dans les pays occidentaux, surtout après les vagues successives d'immigration.

La technique de l'hyménoplastie n'étant pas enseignée [2] et vu le nombre réduit de publications, cet article décrit les différentes techniques de restauration de l'hymen. On distingue deux méthodes : l'hyménorraphie qui est la restauration temporaire de l'hymen et l'hyménoplastie qui en est la restauration définitive.

Anatomie et physiologie de l'hymen

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. Sa forme est très variable d'une femme à l'autre. Il est perforé pour permettre l'évacuation des menstruations. Lors de la puberté, son élasticité augmente, de sorte que la pénétration est possible (masturbation, tampon, pénis, etc.) sans rupture et sans saignement. L'hymen est principalement composé de tissu conjonctif élastique et collagène, recouvert sur ses deux surfaces par un épithélium pavimenteux stratifié.

Anomalies de l'hymen

>>> **Les polypes hyménaux :** ils correspondent à des projections allongées du tissu hyménal, dépassant de l'hymen. Ils disparaissent souvent après 3 ans.

>>> **Les crêtes et les bandes hyménales :** cette anomalie congénitale est parfois observée sur la partie externe ou la surface interne de l'hymen. Les crêtes peuvent aussi être localisées sous l'urètre. Après 3 ans, 7 % de ces anomalies persistent chez l'enfant.

>>> **Les encoches hyménales :** on définit une encoche comme une entaille de forme angulaire (ou en forme de V) sur le bord de la membrane hyménale. On observe ces entailles chez 35 % des nouveau-nées. Là aussi, elles diminuent avec l'âge, lorsque l'hymen grandit.

>>> **Hymen non perforé :** c'est un phénomène très rare qui toucherait 0,1 % des nouveau-nées. On peut détecter cette anomalie pendant la période néonatale, moins souvent pendant l'enfance. Un hymen non perforé entraînera un hématocolpos lors de l'apparition des premières règles. Son traitement consistera en un traitement chirurgical par incision de l'hymen ou hymenectomie.

Fonction de l'hymen

L'hymen n'a pas de fonction biologique connue et sa rupture n'a aucune conséquence médicale. Cependant, ses conséquences psychologiques (et la signification culturelle en tant que signe de virginité féminine) sont importantes. Une hypothèse est qu'il protège le vagin de la contamination par des matières fécales et autres, en particulier au début de la vie.

Rupture de l'hymen

L'hymen est généralement rompu lors d'un rapport sexuel. Cette rupture apparaît sous la forme de bords irréguliers et étroits au niveau de la blessure. Avec le temps, les marges angulaires déchiquetées semblent lissées. L'hymen guérit donc complètement. De nombreux médecins s'accordent à dire que le saignement de l'hymen lors de sa rupture n'est pas systématique. Les autres causes de rupture hyménale peuvent comprendre :
– l'insertion vaginale d'objets tels que des tampons et des doigts ;
– les activités sportives vigoureuses ;
– les interventions chirurgicales et les chutes sur des objets tranchants.

Examen clinique

La consultation préopératoire consiste à évaluer la nature de la demande de la patiente et son profil psychologique. Un interrogatoire médical permettra de déterminer ses antécédents et éventuellement mettre en évidence certaines rares contre-indications. L'objectif de la restauration de l'hymen sera précisé ainsi que le délai par rapport au mariage. Un examen clinique gynécologique et

Sphère génitale

échographique sera réalisé afin d'éliminer une pathologique sous-jacente, de même que l'évaluation du périnée, du vagin ainsi que des restes hyménéaux sera effectuée. Un frottis cervico-vaginal sera également réalisé et une infection du tractus génital éliminée. La date des dernières règles sera précisée.

Indications et contre-indications

>>> **Indications :** les motivations à ce type de chirurgie sont très variables mais, pour la majorité – soit dans les deux tiers des cas –, la restauration de l'hymen est demandée dans le but de se marier, c'est-à-dire avoir l'assurance de saigner pendant la nuit de noces et prouver ainsi sa "virginité". Dans les autres cas, on retrouve une rupture de relation ou des fiançailles, un antécédent de viol, la peur de représailles familiales ou bien suite à une grossesse (interruption volontaire de grossesse ou accouchement par voie basse).

>>> **Contre-indications :** elles sont relativement rares et souvent transitoires, il peut s'agir d'infections vulvovaginales, de métrorragies non étiquetées, de grossesse méconnue, de coagulopathie.

Planification et préparation à l'hyménoplastie

Les techniques de restauration de l'hymen sont réalisées en fonction du délai par rapport à la nuit de noce. Une hyménorraphie est réalisée en cas de délai inférieur à 15 jours par rapport à la nuit de noce. Si le délai est supérieur, alors une des deux hyménoplasties est réalisée :
– hyménoplastie par lambeau hyménal en cas de présence de caroncules hyménales suffisantes ;
– hyménoplastie par lambeau vaginal en cas d'absence de caroncules hyménales.

Dans l'urgence, une hyménorraphie peut être réalisée le jour même de la nuit de noces. Si un examen médical vérifiant l'intégrité de l'hymen est prévu, il est souhaitable que la réfection de l'hymen soit réalisée 6 semaines à 3 mois avant.

Il est recommandé de pratiquer l'intervention loin des règles et de traiter toute infection ou inflammation du tractus génital.

Techniques chirurgicales

Comme il n'y a pas d'aspect hyménal standard à reproduire ou à reconstruire [2, 3], plusieurs techniques ont été décrites dans la plupart des revues avec, comme principal objectif, la restauration d'un introitus membraneux étroit à l'orifice externe du vagin [7, 10] :
– technique de suture hyménale simple : plusieurs méthodes de suture sont disponibles pour effectuer une réparation simple et accélérée [8, 10] ;
– technique du lambeau : reconstruction par simple bande étroite de paroi vaginale postérieure (Logmans cité par Placik) [10] ou par 4 lambeaux de la muqueuse vaginale [3] ;
– adhérences chirurgicales par simple rapprochement des vestiges hyménéaux [6] ou par suture en paletot de ceux-ci [10] ;
– réduction de la lumière hyménale par rapprochement par suture [7, 11] ou par cerclage de l'anneau hyménal [12].

En effet, l'hymen peut être restauré en le suturant immédiatement après la rupture ou un nouvel hymen peut être recréé avec les restes de l'hymen déchiré à une date ultérieure. Malheureusement, il est difficile de trouver les restes de l'hymen s'il n'est pas récemment déchiré. La réparation secondaire a tendance à utiliser des lambeaux muqueux vaginaux. Cet hymen reconstruit semble assez fort pour soutenir les activités quotidiennes, mais en même temps assez faible pour se rompre au moment de la pénétration sexuelle [3].

Ou *et al.* emploient une suture sous-muqueuse pour créer un anneau hyménal annulaire autour d'un dilatateur d'Hegar [12]. Plusieurs méthodes de suture sont disponibles pour effectuer une réparation simple et accélérée [8].

Goodman a discuté deux techniques. Il a rapporté une méthode de diminution circonférentielle du calibre de l'introitus, utilisant de multiples petites excisions en forme de losange le long de la périphérie de l'anneau hyménal, et la méthode la plus courante, par simple rapprochement des vestiges hyménaux opposés et dénudés suivi d'une adhérence chirurgicale [11].

Les techniques de reconstruction hyménale par lambeaux se basent sur une étroite bande de paroi vaginale postérieure qui sera disséquée pour la reconstruction. Elles sont basées sur de solides principes de chirurgie plastique et remplissent l'objectif de base de remplacer "des tissus similaires par des tissus similaires". La couleur, la texture et l'épaisseur correspondent pratiquement à l'hymen d'origine.

La suture en trois couches autour de l'introitus décrite par Wei *et al.* emploie des sutures en 3 plans, l'hyménal interne et muqueux externe et le fascia sous-muqueux [13]. Cette technique a été utilisée sur 125 patientes dans un centre chinois et une seule patiente a présenté une complication postopératoire précoce à type de saignement incontrôlable [13], tandis que les résultats d'un centre canadien ne montre aucune complication dans tous les cas [7, 14].

Des méthodes non chirurgicales comme des crèmes contenant des extraits de plantes et des substances d'hydroxyéthylcellulose ont été essayées. Lors de leur application sur les parois vaginales, elles provoqueraient un gonflement et resserreraient le vagin. La rupture de l'hymen est alors imitée par des saignements de la muqueuse vaginale à cause de la friction [3]. D'autres artifices ont également été utilisés comme la technique des membranes et des réservoirs artificiels, qui implique la suture ou la mise

en place de capsules de gélatine remplies d'un équivalent de sang à l'intérieur du vagin pour simuler une perte de sang.

Techniques personnelles

1. Méthode d'hyménorraphie

Cette intervention consiste à suturer les bords libres de l'hymen par un double hémi-surjet de Vicryl 5/0, laissant un petit orifice dans le nouvel hymen. En cas de laxité vaginale, une réduction de la lumière vaginale est obtenue par rapprochement antéropostérieur de la paroi vaginale par deux rangées latérales de points de Vicryl 3/0 de la profondeur vers l'introitus avant de suturer l'hymen (***fig. 1***).

2. Méthode d'hyménoplastie

Deux techniques sont utilisées en fonction de la présence ou non de caroncules hyménales. Dans les deux cas, une périnéorraphie postérieure est pratiquée systématiquement dans le but d'éviter une tension des sutures hyménales qui risqueraient de se désunir. L'intervention se fait sous anesthésie générale ou rachi anesthésie.

>>> Hyménoplastie par lambeaux hyménaux (HLH)

En cas de présence de caroncules hyménales suffisantes, une incision du bord des vestiges hyménaux est effectuée afin de séparer la muqueuse externe de la muqueuse interne de l'hymen, ce qui permet de mettre à jour le fascia sous-jacent. La muqueuse hyménale interne ainsi que la muqueuse vaginale postérieure sont décollées sur 2 cm environ puis on procède à une dissection des loges pararectales, mettant en évidence les muscles élévateurs qui seront rapprochés par 2 points de Vicryl 2 sur la ligne médiane, ce qui permet de rétrécir l'orifice vaginal et constituer un mur solide sur lequel sera amarré le nouvel hymen réparé. On procède ensuite à la suture bord à bord et verticalement des deux lambeaux hyménaux par un surjet de Vicryl 5/0, tout en passant l'aiguille en profondeur afin de prendre les muscles nouvellement rapprochés en arrière (***fig. 2***).

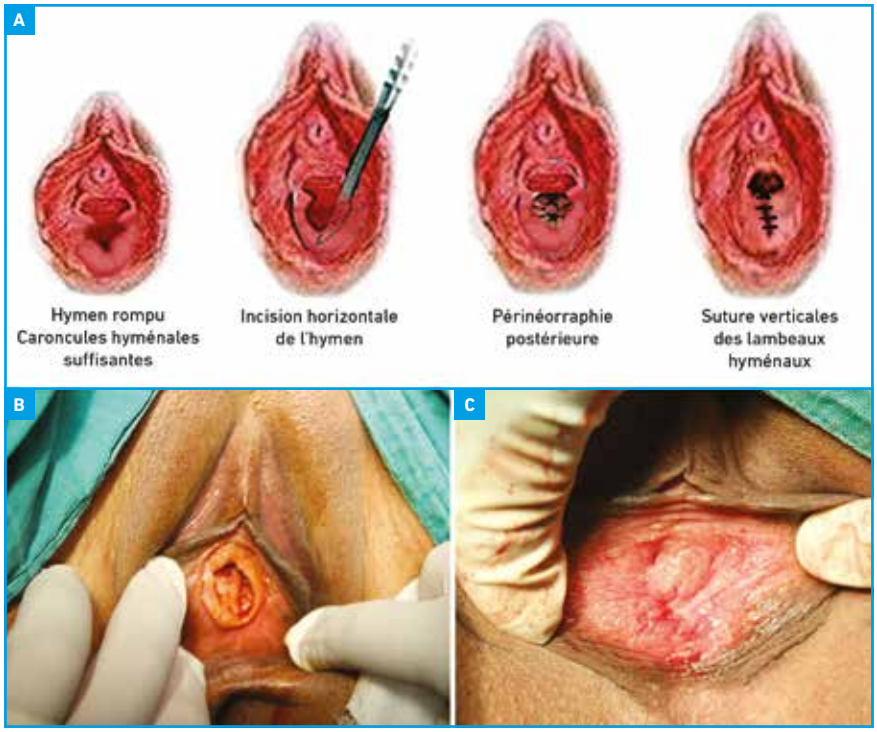

Fig. 2A : Schéma d'hyménoplastie par lambeau hyménal (HLH). **B :** avant. **C :** après.

>>> Hyménoplastie par lambeaux vaginaux (HLV)

En cas d'absence de vestiges hyménaux, une incision verticale de la paroi vaginale postérieure allant de l'hymen jusqu'à une profondeur de 2 à 3 cm environ est effectuée, puis une dissection de cette paroi vaginale en deux lambeaux allant de 6 h à 10 h à droite et de 6 h à 2 h à gauche est faite. On dissèque ensuite les loges pararectales afin de procéder à une périnéorraphie comme précédemment, avec fermeture du site donneur. On procède à la désépithélialisation aux ciseaux fins de la face externe d'un des lambeaux vaginaux. Celui-ci est rabattu et suturé au Vicryl 5/0 sur la face interne du bord fixe de l'autre lambeau vaginal, tout en étant amarré au mur postérieur du vagin.

Fig. 1 : Méthode d'hyménorraphie.

Sphère génitale

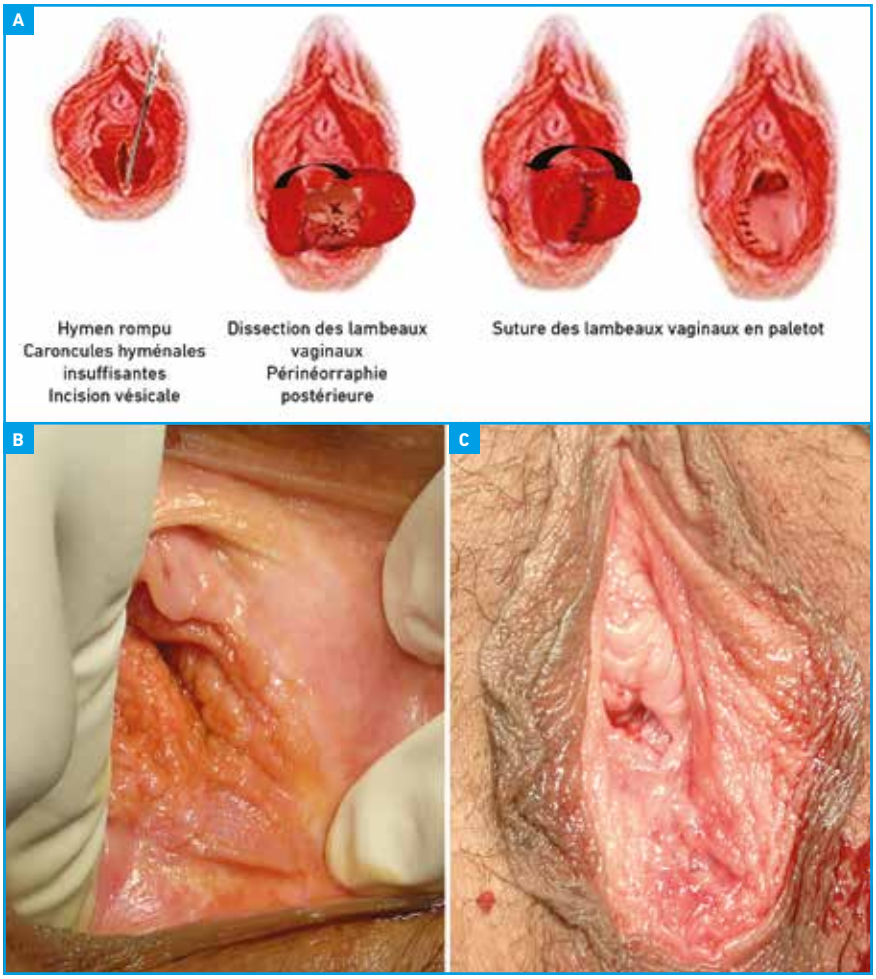

Fig. 3A : Schéma d'hyménoplastie par lambeau vaginal (HLV). **B :** avant. **C :** après.

L'autre lambeau est alors rabattu sur le premier et suturé en paletot, également au Vicryl 5/0, sur la face externe du bord fixe du premier lambeau (***fig. 3***).

3. Suivi

Toutes les interventions ont été réalisées en ambulatoire sous anesthésie locale, générale ou rachi anesthésie et ont duré en moyenne 25 min (10 à 40 min). Un traitement antibiotique associant métronidazole et anti-inflammatoires est prescrit systématiquement.

Les patientes sont informées sur les choses à éviter :
– position de chevauchement ou un grand écart ;
– hyperpression abdominale ;
– bain ou hammam ;
– mise en place de tampon ;
– auto-examen pour vérifier l'intégrité de l'hymen ;
– activité sexuelle pouvant compromettre l'intervention.

Tous les patientes ont été invitées à un contrôle dans les 15 jours puis une fois tous les 3 mois et dans les 15 jours avant leur mariage.

Échecs et complications

La plupart des auteurs ne rapportent que des complications mineures, cependant, certains mentionnent, sans documentation, les risques de réparation excessive avec dyspareunie secondaire ou difficulté à la pénétration, séparation des incisions, absence de saignement et de graves complications médicales [10]. Dans la série de cas examinés par Logmans *et al.* [15], Ou *et al.* [12] et van Moorst *et al.* [9], l'échec du saignement et de la réparation ont été les seules complications signalées, soit entre 50 et 67 % de saignements après restauration hyménale [8, 10, 12, 13], résultats intolérables dans certains contextes sociaux.

Dans notre étude qui porte sur 518 patientes opérées, seules 3 (0,5 %) ont présenté une complication précoce sous forme d'hémorragie active nécessitant une reprise chirurgicale pour hémostase. Sur les 227 hyménorraphies, aucun échec n'a été signalé, toutes les patientes ayant eu un rapport dans les 15 jours ont saigné. Parmi les 204 hyménoplasties par lambeaux hyménaux, on note 5 échecs (0,025 %), 20 (0,1 %) déhiscences de la cicatrice hyménale reprises avant le mariage, 5 (0,01 %) difficultés à la pénétration nécessitant une désunion par section des fils et 3 (0,025 %) hémorragies par déchirure vaginale lors de la pénétration nécessitant une reprise chirurgicale. Sur les 99 hyménoplasties par lambeaux vaginaux, on note un seul échec (0,1 %) mais la patiente n'a pas suivi les conseils qui lui ont été donnés, 5 (0,05 %) patientes qui ont subi une reprise par désunion de la cicatrice, 10 (0,1 %) difficultés à la pénétration nécessitant une désunion par section des fils et 2 (0,02 %) hémorragies par déchirure vaginale nécessitant une reprise chirurgicale. Aucune complication obstétricale n'a été rapportée chez nos patientes revues dans notre service.

Conclusion

Il est extrêmement important pour les femmes qui envisagent de se marier d'effacer les preuves de leur histoire sexuelle simplement par "revirgination chirurgicale" dans les cultures où la virginité est

POINTS **FORTS**

- La demande de réparation de l'hymen est en augmentation.
- L'hyménorraphie est une réparation provisoire de l'hymen et l'hyménoplastie une réparation définitive.
- L'hyménoplastie sera réalisée par lambeau hyménal si des vestiges hyménaux sont présents, sinon on procèdera à une hyménoplastie par lambeau vaginal.
- Il faut toujours associer une périnéorraphie postérieure à l'hyménoplastie.
- On observe de très bons résultats si on a une bonne indication, une bonne technique et un bon suivi.

très valorisée [3]. L'hyménoplastie est controversée, considérée comme une chirurgie socioculturelle et non indiquée médicalement [2], mais reste une procédure intéressante dans la mesure où la complication la plus courante est la déhiscence des plaies, qui est essentiellement un état naturel de l'hymen en cas de blessure [10].

Les chirurgiens doivent informer les patientes qu'il existe une variation significative de la morphologie de l'hymen, sans taille ni diamètre idéal de l'anneau hyménal. La restauration de l'hymen peut ne pas entraîner de saignement lors du premier rapport vaginal après la reconstruction. Le suivi à long terme dans cette population de patientes est limité, principalement par le désir de discrétion [14]. Le résultat souhaité, c'est-à-dire un saignement lors de la pénétration, est la base de toutes les techniques et cela ne peut être assuré que par une bonne indication, une bonne technique et un bon suivi.

Nous confirmons enfin l'importance d'une éducation sexuelle et reproductive factuelle, surtout pour contrer les croyances déformées qui confondent un hymen intact avec la virginité [15].

BIBLIOGRAPHIE

1. Usta I. Hymenorrhaphy: what happens behind the gynaecologist's closed door? *J Med Ethics*, 2000;26:217-218.
2. Shaw D, Dickens BM. A new surgical technique for hymenoplasty: A solution, but for which problem? *Int J Gynaecol Obstet*, 2015;130:1-2.
3. Saraiya HA. Surgical revirgination: Four vaginal mucosalflaps for reconstruction of a hymen. *Indian J Plast Surg*, 2015; 48:192-195.
4. Ben Dridi I. Les réfections chirurgicales de l'hymen en Tunisie : Des techniques de purification et d'absolution ? *L'Année du Maghreb*, 2017:119-132.
5. Kadiri G. Au Maroc, la virginité à tout prix : "Ils veulent du sang, alors on leur en donne". *Le Monde Afrique*, 24 septembre 2017.
6. Prakash V. Hymenoplasty – how to do. *Indian J Surg*, 2009;71:221-223.
7. Vojvodic M, Lista F, Vastis PG *et al.* Luminal reduction hymenoplasty: a Canadian experience with hymen restoration. *Aesthet Surg J*, 2018;38:802-806.
8. Loeber O. Wrestling with the hymen: Consultations and practical solutions. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2015;20:128-135.
9. Van Moorst BR, van Lunsen RHW, van Dijken DKE *et al.* Backgrounds of women applying for hymen reconstruction, the effects of counselling on myths and misunderstandings about virginity, and the results of hymen reconstruction. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2012;17: 93-105.
10. Placik OJ. Hymenoplasty. In: Hamori CA, Banwell PE, Alinsod R. *Female cosmetic genital surgery: Concepts classification and techniques*. Thieme Medical Publishers, 2017:205-228.
11. Goodman MP. Female genital cosmetic and plastic surgery: a review. *J Sex Med*, 2011;8:1813-1825.
12. Ou MC, Lin CC, Pang CC *et al.* A cerclage method for hymenoplasty. *Taiwan J Obstet Gynecol*, 2008;47:355-356.
13. Wei SY, Li Q, Li SK *et al.* A new surgical technique of hymenoplasty. *Int J Gynecol Obstet*, 2015;130:14-18.
14. Cook RJ, Dickens BM. Hymen reconstruction: ethical and legal issues. *Int J Gynecol Obstet*, 2009;107:266-269.
15. Logmans A, Verhoeff A, Raap RB *et al.* Should doctors reconstruct the vaginal introitus of adolescent girls to mimic the virginal state? Who wants the procedure and why. *BMJ*, 1998;316:459-460.

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