

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique**

—

**TOME XXXII
publié le 3.12.2008**



*TRENTE-DEUXIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2008*

Chirurgie des lésions bénignes de la vulve

B.-J. PANIEL *
(Créteil)

La vulve peut être le siège d'une grande variété de lésions bénignes congénitales ou acquises.

La correction chirurgicale des états intersexués ou de l'extrophie vésicale ne sera pas envisagée. Mais des variantes de la vulve normale comme l'hypertrophie des petites lèvres peuvent nécessiter une intervention pour améliorer la qualité de vie et la confiance en soi.

Les anomalies acquises sont la conséquence de traumatismes ou de dermatoses, elles requièrent un traitement spécifique pour restaurer l'anatomie vulvaire.

* Service de Gynécologie Médicale et Obstétrique - Hôpital Intercommunal - 40 avenue de Verdun - 94000 Créteil

HYPERTROPHIE DES PETITES LÈVRES

L'hypertrophie des petites lèvres n'est pas une malformation congénitale, mais une particularité du développement.

Elle ne s'observe jamais chez la petite fille mais apparaît à la puberté. Elle est bilatérale ou unilatérale ; en effet, comme tous les organes pairs, les petites lèvres sont souvent de taille inégale, et parfois l'asymétrie est flagrante.

Force est de constater que parfois la nature s'est montrée ingrate, le blason de la féminité est raté, voire hideux. Les petites lèvres ou nymphes, au lieu d'être contenues dans la fente vulvaire, émergent hors de cette dernière et font protrusion de façon disgracieuse : en peloton, en jabot (syndrome du dindon), en ailes de papillon, en oreilles d'épagneul, en tirette.... L'agrandissement est le plus souvent antérieur mais il peut être médian et parfois même postérieur.

Ces excroissances pigmentées, flasques et fripées, qui pendent entre les cuisses à la manière des organes masculins, sont une injure à la féminité.

La femme n'aime pas sa vulve, elle répugne à l'offrir aux regards de son amant, elle use de lumière tamisée et abuse de pudeurs excessives. Elle est gênée pour nettoyer ces appendices déshonorants. Elle est gênée dans la pratique de certains sports (voile, équitation, aviron). Elle est gênée pour s'habiller : la nymphe vagabonde peut s'échapper du string et se retrouver coincée par l'élastique, ailleurs telle un petit goujon, elle se prend dans les mailles du slip en dentelle. Elle est gênée lors des rapprochements amoureux lorsqu'une invagination des petites lèvres survient.

Dans une série de 163 patientes désirant une réduction des petites lèvres, les motifs de cette requête étaient esthétiques dans 87 % des cas, des désagréments pour s'habiller dans 64 % des cas, un inconfort en faisant du sport dans 26 % des cas et une dyspareunie orificielle dans 43 % des cas (Rouzier, Paniel, 2000).

De nos jours les femmes n'hésitent plus à parler de cette malformation et à s'enquérir des possibilités de réparation. Il faut savoir que ce souci n'est pas récent : en 1870, avant l'ère de l'anesthésie, Jozan avait décrit une technique.

Pour réduire la taille des petites lèvres, diverses techniques chirurgicales peuvent être proposées.

Nymphectomie totale

La petite lèvre étant déployée mais non étirée, l'incision du feuillet cutané externe part du dédoublement de son extrémité antérieure (en repli antérieur qui forme avec le repli opposé le capuchon clitoridien, et repli postérieur qui forme avec son homologue le frein du clitoris), longe ensuite le sillon interlabial quelques millimètres en avant de ce dernier, et se termine là où la nymphe se perd sur la face interne de la grande lèvre, n'atteignant donc pas la commissure postérieure de la vulve.

L'incision de la face axiale est tracée en regard de la précédente ou discrètement en avant, de manière à pouvoir éverser la suture ultérieure. Elle longe la ligne de Hardt. Les deux incisions sont alors reliées au bistouri ou aux ciseaux, à travers l'armature fibro-élastique de la petite lèvre dépourvue de graisse mais richement vascularisée.

Une hémostase minutieuse au bistouri électrique à l'aide d'une pince fine est alors entreprise.

L'approximation des berges cutanées interne et externe est assurée par des points séparés ou un surjet moyennement serré d'acide polyglycolique 5/0. Ces derniers se résorbent en 4 à 6 semaines ou sont retirés 15 jours plus tard après application d'Emla®.

La patiente doit être prévenue des sensations nouvelles transitoires procurées par le frottement l'une contre l'autre des faces internes des grandes lèvres.

Nymphectomie subtotala

Ce procédé a été décrit pour la première fois par Hodgkinson et Hail en 1984.

L'incision part de la division de l'extrémité antérieure de la petite lèvre (en capuchon du clitoris et frein du clitoris), décrit une incision curviligne laissant une petite lèvre ayant une flèche de 1 à 1,5 cm avec un bord libre rose et non pigmenté et se termine là où l'extrémité postérieure de la petite lèvre s'effile et se confond dans la grande lèvre. Rappelons que les petites lèvres contenues dans la fente vulvaire ne sont pas pigmentées. Après une hémostase minutieuse, la suture du bord libre de la nouvelle petite lèvre est assurée par un surjet d'acide polyglycolique 5/0.

Les soins postopératoires sont, en pareil cas, fort simples.

Nymphoplastie de réduction (Paniel, Martincik)

Ce procédé procure des petites lèvres de petites dimensions, d'aspect et de conformation habituels, ne faisant pas issue hors de la fente vulvaire.

Lorsque la fente vulvaire est ouverte, au cours des rapports sexuels, elles constituent la doublure interne et la surface intérieure de glissement du canal vulvaire. Lorsque la fente vulvaire est fermée, elles participent toujours à l'occlusion du canal vulvaire, en opposant leurs faces internes au contact l'une de l'autre, évitant la sensation étrange et désagréable de frottement des faces internes des grandes lèvres. De plus, le résultat esthétique est parfait, car le bord libre pigmenté est préservé.

Sur l'une des nymphes déployées, deux pinces de Kocher sont placées :

- l'une à proximité du bord adhérent, longeant le sillon interlabial,
- la seconde faisant avec la première un angle variable.

Elles laissent un segment antérieur de petite lèvre, de petites dimensions, dont la longueur ne doit pas excéder 1 fois et demie la base pour préserver la riche vascularisation et prévenir une désunion, voire une nécrose de son extrémité distale. La section au bistouri ou aux ciseaux le long des pinces de Kocher permet l'ablation du segment labial postérieur devenu excédentaire.

Une hémostase minutieuse au bistouri électrique est alors entreprise. Puis le segment labial supérieur est abaissé, déployé en éventail et les tranches de section sont suturées en trois plans :

- un surjet d'acide polyglycolique 5/0 à nœuds enfouis rapproche l'armature fibro-conjonctive ;
- un surjet d'acide polyglycolique 5/0 assure l'approximation des berges cutanées externe et interne.

L'angle se soulève inévitablement en une « corne » que l'on résèque ou que l'on laisse s'aplanir avec le temps du fait de l'élasticité des téguments si elle est de petites dimensions.

Il reste alors à façonner, à l'opposite, une petite nymphe de taille identique.

La douleur locale s'estompe en quelques jours ; des soins locaux simples sont préconisés pendant 3 semaines : 1) détersion avec le savon usuel, 2) rinçage à l'eau tiède, 3) séchage en tamponnant avec une compresse, 4) application d'antiseptique. Les fils sont abandonnés à leur résorption spontanée ou enlevés 3 semaines plus tard, sous anesthésie locale si nécessaire.

D'autres techniques ont été décrites, comprenant la nymphectomie cunéiforme avec ou sans plastie en Z (Alter 1998, Giraldo 2004, Munhoz 2006) ou la labioplastie de réduction par désépithélialisation (Choi 2000).

Le taux de satisfaction procuré par ces interventions est élevé : 96 % (Rouzier, Paniel 2000).

En effet, la transformation procurée est non seulement physique mais aussi psychologique ; la reconfiguration de la vulve est vécue comme une étape de la vie sexuelle : ayant désormais un sexe beau, avenant, charismatique, avec des nymphes à peine visibles, comme le bord ourlé d'un coquillage, la patiente peut désormais assumer crânement ses chromosomes XX.

TRAUMATISMES OBSTÉTRICAUX

Déchirures obstétricales

Non pas les déchirures périnéales que l'épisiotomie tente de prévenir mais les déchirures vulvaires antérieures. Elles surviennent lors de la flexion de la tête fœtale : les petites lèvres se retrouvent écrasées entre la symphyse pubienne et l'occiput du nouveau-né.

Ce sont généralement de simples éraillures muqueuses rendant les mictions douloureuses jusqu'à leur cicatrisation spontanée ou leur fine suture.

Elles ont la particularité d'avoir un tracé radiaire, oblique en haut et en dehors à partir du méat urinaire. Parcourant le vestibule, siège de glandes vestibulaires mineures, puis la face interne des petites lèvres, siège de petites glandes sébacées appelées grains de Fordyce, ces éraillures expliquent la survenue à distance de kystes muqueux ou sébacés, uniques ou en chapelet à disposition radiaire. À distance également, ces éraillures peuvent être le signe d'une mélanose cicatricielle dont la topographie vestibulaire linéaire est rassurante et dispense de biopsie.

À un degré de plus, on peut observer la perforation de la petite lèvre, comme à l'emporte-pièce, voire une incision radiaire avec désinsertion labiale. Il convient de les réparer à distance de l'accouchement par avivement des berges et suture en trois plans (comme lors d'une nymphoplastie de réduction), surtout lorsque la patiente est affectée par ce déboire obstétrical.

Béance vulvaire

C'est une plainte féminine nouvellement exprimée mais trop souvent méprisée, car considérée comme une conséquence inéluctable de la parturition, alors qu'elle altère l'image corporelle de la femme.

Elle se manifeste :

- par une sensation désagréable, incommodante de sexe ouvert ;
- par des bruits vaginaux, appelés vulgairement « pets de vagin » et plus délicatement flatulences vaginales, lors d'accroissement ou de séances de gymnastique ;
- par des sensations équivoques au cours ou au décours de l'acte sexuel ; mais pour cette femme devenue musicale, le fait que son sexe fredonne des chants d'amour ou fasse des orgies de décibels, est rarement pour la ravir ;
- par des écoulements aqueux provenant du vagin lors de la sortie du bain, c'est le syndrome du Canadair cher à Peter von Théobald ;
- par la diminution de sensations vulvo-vaginales lors des rapprochements amoureux ;
- quand ce n'est pas le partenaire qui formule une désobligeante remarque.

L'examen met en évidence ce défaut d'occlusion ; la vulve est ouverte de deux manières :

- soit en ligne brisée, après désunion d'une épisiotomie ; la correction consiste en une reprise de cette épisiotomie ;
- soit de manière ovoïde, symétrique, par diastasis des faisceaux élévateurs des muscles releveurs.

Lorsque la rééducation périnéale, prolongée, bien conduite, active et passive, suivie avec assiduité a des résultats imparfaits, une écoute nouvelle s'impose. Si la patiente exprime son désarroi, son inconfort et demande réparation du préjudice obstétrical, une correction chirurgicale peut être envisagée surtout si elle considère sa carrière obstétricale terminée.

L'opération consiste en une périnéomyorrhaphie minutieuse avec un point de myorrhaphie des releveurs, avec le souci de ne pas substituer à la béance une sténose vaginale.

Sténoses vulvaires

La sténose de l'orifice vaginal peut être secondaire à une bride de la fourchette secondaire à une réfection d'épisiotomie excessive, maladroitement conduite comme une infibulation dans l'insouciance du lendemain sexuel de la parturiente. Elle est aisément corrigée, sous anesthésie locale, par une périnéotomie médiane.

Ailleurs, un éclatement vulvaire postérieur mal cicatrisé car baigné par l'écoulement lochial et parfois surinfecté, laisse une fourchette peu dépressible car sous-tendue par une travée fibreuse transversale et tapissée d'une muqueuse fine, fragile et sensible.

Parfois, seule subsiste chez une primipare une bride transversale arciforme rétro-hyménéale tendue en élingue de 3 à 9 heures, d'une branche ischio-pubienne à l'autre. Elle est secondaire à la désinsertion du fût vaginal, de la base fibreuse de l'hymen, dans son héli-circonférence postérieure, qui n'a pas été prévenue par une épisiotomie précoce.

Dans ces deux cas, la vulvopérinéoplastie élimine ces lésions soumises aux frottements du coït et d'où partaient auparavant des actions réflexes, et dépose au seuil du vagin un tissu sain.

Ces lésions organiques sont source de dyspareunie orificielle à type de tension, de distension, d'étranglement, voire même d'apareunie, et il convient de ne pas incriminer la cicatrice d'épisiotomie, seul témoin visible de l'accouchement lorsque l'intromission s'accompagne d'une sensation de brûlure. La cartographie douloureuse à l'aide d'un écouvillon met alors en évidence sur la muqueuse vestibulaire à 5 heures et à 7 heures, du côté de l'épisiotomie mais aussi de l'autre côté, des zones hypersensibles sources de contracture périnéale réflexe ; on est alors en présence d'une vestibulodynie provoquée et aucune intervention chirurgicale n'est à envisager.

Fistule ano-périnéale

C'est une complication rare de l'épisiotomie, peu documentée dans la littérature. Elle est secondaire soit à un point transfixiant lors de la suture des plans profonds que le toucher rectal systématique aurait pu déceler, soit plus volontiers à l'infection d'une glande de Hermann et Desfosses, étiologie habituelle des fistules et abcès de la marge anale.

L'orifice externe de la fistule est toujours à hauteur ou à proximité de la cicatrice d'épisiotomie ; à son niveau, un foyer de suppuration limité évoque initialement une complication autour d'un fil de suture,

mais le traitement antibiotique local puis général ou l'excision sont suivis de récidence. La suppuration est ensuite volontiers intermittente avec sensation locale de tension, issue de quelques gouttes de pus procurant la sédation transitoire des symptômes avant une nouvelle poussée.

Le diagnostic définitif peut demander de nombreux mois (4 mois à 4 ans), la rareté de cette complication expliquant l'errance diagnostique.

L'orifice interne peut être visualisé lors d'une anoscopie sur la face homolatérale du canal anal. Le trajet fistuleux est objectivé par l'introduction d'un stilet ou l'injection d'air dans l'orifice externe, de préférence sous anesthésie, ou en s'aidant d'une fistulographie. Il convient en effet de préciser si le trajet est sous-, trans- ou sus-sphinctérien, car cela conditionne le traitement : mise à plat de la fistule préservant ou nécessitant la réfection seconde de la continence anale. Il est sage parfois de recourir à un proctologue.

TRAUMATISMES CHIRURGICAUX

Cures de prolapsus

Il est des cas où le geste opératoire qui prétend corriger une lésion en crée une autre plus ou moins gênante. Un bon exemple est celui du rétrécissement vulvaire qui peut survenir après la cure chirurgicale d'un prolapsus génital. Une colpopérinéorrhaphie postérieure trop parfaite ou majorée par les effets atrésiques de la carence œstro-génique post-ménopausique peut entraîner une sténose de l'orifice vaginal, source de dyspareunie, voire d'apareunie.

La prophylaxie de ces lésions cicatricielles exige une technique chirurgicale correcte et le souci permanent de veiller à la conservation de la fonction sexuelle.

Leur traitement est simple et consiste en une périnéotomie médiane (opération de Fenton) qui peut être réalisée sous anesthésie locale, péridurale ou générale.

Une incision sagittale médiane au bistouri ou aux ciseaux à cheval sur la fourchette entame la muqueuse vestibulaire jusqu'à proximité de l'hymen, la peau périnéale et la crête du centre tendineux du périnée. Le périnée s'entrouvre et il convient désormais de libérer les berges muqueuse et cutanée à l'aide d'une paire de ciseaux courbes de Metzemaum, en particulier aux extrémités supérieure et inférieure de l'incision pour pouvoir mobiliser les tissus sans tension.

Si le centre tendineux est devenu fibreux en raison de la chirurgie antérieure, il ne faut pas hésiter à réséquer cette fibrose de façon cunéiforme sur chacune des tranches droite et gauche de l'incision pour faciliter l'approximation des berges et rendre plus souple la fourchette. Une bonne hémostase est essentielle pour prévenir la formation d'un hématome.

L'incision sagittale est alors suturée de façon transversale par des points séparés de vicryl 3/0. Les oreilles qui se forment aux extrémités latérales de l'incision sont éventuellement réséquées.

L'inconfort postopératoire est modéré. Parfois, une légère désunion peut survenir, elle entraîne une cicatrisation plus longue mais n'affecte pas le résultat à long terme. Les fils de suture peuvent être retirés 2 à 3 semaines plus tard. Les rapports sexuels seront repris au bout de 4 à 6 semaines, lorsque la souplesse de la fourchette sera revenue.

Après la ménopause, une œstrogénothérapie locale est volontiers associée.

Le résultat de cette intervention est habituellement très satisfaisant.

Vulvectomies

Les vulvectomies totales superficielles ou radicales peuvent également être suivies de sténose de l'orifice vaginal que divers procédés permettent de corriger :

- les lambeaux d'échange de la plastie en Z uni ou bilatérale procurent régulièrement de bons résultats ; ils éliminent la constriction orificielle tout en redonnant, par un effet de soufflet, une élasticité certaine ;
- le lambeau biologique peut être préconisé lorsque le périnée subsiste ; une périnéotomie médiane à cheval sur l'union muco-cutanée agrandit le gabarit de l'orifice vaginal et crée une perte de substance ; celle-ci est recouverte par un îlot cutané périnéal en forme d'écusson inversé, délimité dans sa contiguïté et transféré sans altérer sa vascularisation grâce à la laxité du tissu cellulaire sous-cutané ;
- le lambeau de transposition uni ou bilatéral prélevé aux dépens des grandes lèvres convient aux sténoses de l'orifice vaginal et du bas-vagin ; la préoccupation esthétique s'estompe alors devant la nécessité d'un résultat fonctionnel.

Chirurgie des kystes du canal de la glande de Bartholin

- L'incision drainage dans le sillon interlabial d'une bartholinite aiguë peut être suivie de fistulisation avec un suintement muqueux extra-vestibulaire fort désagréable. Pour éviter cette complication, il est préférable de faire l'incision dans le sillon nympho-hyménéal.
- L'exérèse d'un kyste du canal peut laisser en place la glande de Bartholin ; lorsque celle-ci demeure active, son gonflement avant les règles ou lors des rapports sexuels est source de douleurs localisées à la partie postérieure de la grande lèvre ; après avoir été reconnue par une échographie périnéale, l'exploration de la loge de la glande de Bartholin, délicate en raison de la proximité de la paroi rectale, s'avère indispensable pour l'extirper.
- L'exérèse du kyste du canal de la glande de Bartholin peut être également compliquée d'hémorragie extériorisée ou enclose, d'effraction dans le rectum, de cicatrices scléreuses douloureuses lors des rapports sexuels, exceptionnellement de greffe endométriosique ou d'altération du nerf pudendal à sa sortie du canal d'Alcock.

Traitement par laser CO₂

Les complications observées parfois après vaporisation au laser CO₂ des condylomes acuminés et des néoplasies vulvaires intra-épithéliales (V. I. N.) sont la formation de synéchie labiale ou du vestibule.

Ces adhérences secondaires sont banales après vaporisation à hauteur de la fourchette, dans la fossette naviculaire ou sur les faces du vestibule. Ces synéchies partielles se déchirent lors des rapports et sont sources de dyspareunie.

Pour prévenir cette complication, il est recommandé, en cas de lésions bilatérales en miroir, de ne traiter qu'un seul côté à chaque temps opératoire. Si la fourchette et la fossette naviculaire sont le siège d'une V. I. N., il est même préférable d'enlever cette zone chirurgicalement et de faire une reconstruction en abaissant la paroi vaginale postérieure.

TRAUMATISMES SEXUELS

Naviculite fissuraire

La fissure de la fossette naviculaire est une cause de dyspareunie orificielle. Lors de la pénétration, la patiente perçoit une déchirure vulvaire parfois accompagnée de saignement, se prolongeant les jours suivants par une sensation de brûlure spontanée, localisée à la vulve souvent majorée par les mictions.

Ces symptômes récidivent à chaque rapport sexuel et de façon bien compréhensible conduisent à des difficultés lors des relations sexuelles : la patiente redoute et évite les rapports.

Lors de l'examen précautionneux de la vulve, la fissure est visible dans le vestibule postérieur, médiane, traversant la fossette naviculaire, allant de l'hymen à la fourchette. À distance des rapports sexuels, seule une cicatrice blanche fine linéaire est visible. Parfois elle est à la limite de la visibilité, mais lors d'un examen plus approfondi, elle peut s'entrouvrir largement.

Il n'y a pas de signe de lichen scléreux vulvaire ni de lichen plan, mais dans quelques cas, le délicat épithélium de la fossette naviculaire a été altéré, à la suite du traitement de la lésion de cette zone par du laser CO₂, par de l'azote liquide ou par électrocoagulation.

La réduction de fréquence des rapports sexuels et l'emploi de pommades cicatrisantes peuvent aider mais lorsque ces mesures échouent, le traitement chirurgical est à envisager : résection quadrilatère de la muqueuse vestibulaire comportant la fissure, puis dissection et clivage de la paroi vaginale postérieure sur 2 ou 3 centimètres.

Ceci procure un lambeau de muqueuse vaginale qui peut être abaissé, éversé, venant recouvrir la petite perte de substance créée. Il est suturé en bonne place par des points séparés de Vicryl 3 ou 4/0.

Fissures hyménéales

Exceptionnellement mentionnées dans la littérature, elles surviennent chez des jeunes femmes nullipares et sont source de dyspareunie orificielle habituellement secondaire.

Le siège précis de la douleur, correspondant à la zone de déchirure hyménéale survenue lors de la défloration et le saignement post-coïtal permettent d'évoquer le diagnostic.

Ces zones cicatricielles se fissurent lorsqu'une tension certaine s'exerce sur l'anneau hyménéal lors des rapports sexuels, en particulier après un changement de partenaire mais aussi lors de l'examen gynécologique après ouverture du spéculum pour faire le frottis de dépistage.

Les fissures hyménéales se présentent comme des ulcérations linéaires, disposées de façon radiaire sur l'anneau hyménéal, soit sur le rayon de 3-4 heures, soit sur le rayon de 8-9 heures, soit des deux côtés mais pas en d'autres sites de l'anneau hyménéal. Elles peuvent s'étendre à partir de l'anneau hyménéal sur le vagin ou sur le sillon nympho-hyménéal. Lorsqu'elle est déployée, la fissure a une longueur de 0,5 à 2 cm, une largeur de 3 à 4 mm et une profondeur faible de moins de 1 mm. Elle est exquisément et sélectivement sensible lors du touch test. Lorsque l'hymen est collabé, elle est habituellement masquée et peut être aisément méconnue, c'est dire la nécessité pour la déceler de déployer correctement le vestibule et l'anneau hyménéal en saisissant les grandes lèvres à mi-hauteur entre le pouce et l'index et en exerçant une traction divergente douce en dehors et en bas.

Leur évolution est désespérément chronique, analogue à celle des naviculites fissuraires ou des fissures anales. Après le coït, la fissure cicatrise rapidement en quelques jours, laissant une cicatrice linéaire blanche qui se fissure de nouveau à chaque rapport sexuel. L'arrêt des rapports, même pendant de longues périodes ne prévient pas les récides. Une guérison spontanée peut survenir mais elle peut prendre du temps.

Le traitement comporte l'excision sagittale de la fissure, suivie de la suture transversale des berges muqueuses vestibulaire et vaginale. Pour procurer plus de souplesse à l'anneau hyménéal et prévenir les récides, des incisions radiaires sont généralement associées. Faites au bistouri ou aux ciseaux tous les 60 degrés, elles entament légèrement la muqueuse sus et sous-jacente et profondément la base de l'insertion fibreuse de l'hymen. À 5 heures et 7 heures, on s'efforce d'éviter les orifices des canaux excréteurs des glandes de Bartholin. À 11 heures et à 1 heure, de part et d'autre du méat urétral, les incisions sont faites plus profondément pour procurer une désolidarisation méato-hyméale et éviter le développement de cystites post-coïtales récidivantes.

Les rapports sexuels peuvent être envisagés 4 à 6 semaines après l'intervention lorsque la cicatrisation est achevée, mais il est important d'atténuer et d'estomper l'appréhension de la patiente par des séances de relaxation périnéale.

Mutilations génitales féminines

Les mutilations génitales féminines (MGF) ou plutôt sexuelles féminines ont été classées par l'OMS, en 1996, en quatre types.

Le type I

la circoncision féminine ou Sunna, consiste en la résection du seul capuchon ou prépuce clitoridien ; elle pourrait être exclue du cadre des MGF, car comme la circoncision masculine, elle ne modifie en rien les capacités sexuelles et reproductives ; mais l'acte étant pratiqué chez une fillette, la petitesse des organes génitaux fait que le gland, voire la hampe du clitoris sont sectionnés et il s'agit en fait d'une MGF type II.

Le type II

l'excision rituelle est la forme la plus courante des MGF (80 % des cas) ; elle comporte la section de la hampe du clitoris et l'ablation partielle ou totale des petites lèvres.

La fonction clitoridienne peut être améliorée, voire restaurée par la technique de transposition du moignon clitoridien préconisée par Pierre Foldès.

Entreprise sous anesthésie générale ou péridurale, elle se déroule ainsi :

- incision du capuchon clitoridien depuis la commissure antérieure de la vulve jusqu'à mi-distance entre les bords supérieur et inférieur de la symphyse pubienne, site de projection habituel du gland clitoridien ;
- dissection de la portion ascendante du corps du clitoris de part et d'autre de cette dernière, sans altérer l'albuginée jusqu'au contact de la symphyse pubienne ;
- au-dessus du genou du clitoris, le ligament suspenseur est identifié et sectionné ; la section du ligament est poursuivie d'avant en arrière au contact de la symphyse pubienne de manière à préserver le pédicule vasculo-nerveux dorsal et les ramifications nerveuses qui cheminent sur la face dorsale et les flancs du corps du clitoris ;
- résection de la cicatrice fibreuse du corps du clitoris secondaire à l'excision, exposant les tranches juxtaposées des corps caverneux et nécessitant l'hémostase des artères cavernueuses et de leurs branches par de fines électrocoagulations ;
- le moignon clitoridien est alors antéversé, abaissé, transposé en bonne position (au milieu de la symphyse pubienne) en prenant

- soin d'extérioriser le moignon de 5 à 7 mm pour procurer ultérieurement le relief du néo-gland clitoridien, des points séparés de Vicryl® 5/0 approximent les berges cutanées et l'albuginée de façon radiaire (en préservant le pédicule vasculo-nerveux dorsal) ;
- des points séparés de Vicryl 3 ou 4/0 à nœuds enfouis rapprochent les faces internes des sacs graisseux de Sappey, empêchant le redressement du clitoris, et un surjet ou des points séparés reconstituent le capuchon clitoridien.

Les suites opératoires sont habituellement simples, le moignon s'épithélialise lentement ; 4 à 6 mois plus tard, l'amélioration escomptée de la fonction clitoridienne s'observe dans 72 à 75 % des cas. Mais il convient de prendre également en charge le retentissement psychologique de cette meurtrissure de la féminité.

Les petites lèvres sectionnées ont pu s'accoler sur la ligne médiane à hauteur des tranches de section pour former un auvent cutané masquant plus ou moins le vestibule vulvaire : espace clitoroméatique, méat urétral, voire orifice vaginal. Ce dernier est alors encorbellé par un arceau cutané dont la mise en tension est source de dyspareunie orificielle ou de déchirures obstétricales.

La séparation des petites lèvres se fait sous anesthésie générale, péridurale, voire locale. La synéchie étant exposée par une pince de Kocher ou un doigt, une incision sagittale médiane parcourant la ligne d'accolement libère les moignons des petites lèvres qui peuvent à nouveau s'écarter l'une de l'autre ; l'hémostase est assurée par des points séparés ou des surjets de fils fins à résorption plus ou moins rapide.

Le type III

ou infibulation (circoncision pharaonique ou mutilation secondaire) représente 15 % des MGF ; pratiquée dans la corne de l'Afrique, elle comporte en plus de l'excision, l'avivement des grandes lèvres de part et d'autre de la fente vulvaire et leur suture et/ou leur approximation en liant les membres inférieurs pendant 15 à 20 jours ; seul persiste un petit pertuis postérieur permettant l'écoulement des urines et des règles ; la désinfibulation est nécessaire pour permettre les relations sexuelles et soulager la patiente de dysurie, d'infections urinaires récidivantes, de dysménorrhée, d'infection cervico-vaginale chronique ; en obstétrique, la désinfibulation est réalisée de façon prophylactique au cours du 2^e trimestre ou par nécessité au cours du travail.

Le type IV

des MGF réunit toutes les autres variantes de mutilation : introcision, carbonisation...

Lichen scléreux vulvaire

Le traitement du lichen scléreux vulvaire (LSV) est médical et repose sur la corticothérapie locale.

Les anciennes vulvectomies dites « prophylactiques », autrefois pratiquées, ne sont plus guère indiquées. Elles n'évitaient pas l'extension de la maladie ni même la survenue de quelques cancers tout en ayant une morbidité significative et des complications aussi bien physiques que psychologiques.

De nos jours, le recours à la chirurgie est indiqué :

- en cas de leucoplasie rebelle,
- ou de remaniements anatomiques responsables de gêne fonctionnelle.

1) Exérèse de leucoplasie rebelle au traitement médical

Le lichen scléreux vulvaire, contrairement au lichen scléreux cutané, peut se compliquer de leucoplasie : plage(s) ou îlot(s) de coloration blanche ou ivoirine, aux limites estompées, à la surface rugueuse, d'épaisseur variable, mais parfois très épaisse, presque verruqueuse, ces lésions violemment prurigineuses sont souvent excoriées par le grattage, voire fissurées par la « cassure » de l'hyperkératose parfois importante ; leurs sièges sélectifs sont la région clitoridienne, les petites lèvres et la fourchette, mais elles peuvent être très étendues et déborder sur le vestibule antérieur et postérieur, le périnée, la peau.

Lorsqu'il existe des modifications de la couleur des téguments, et des reliefs anatomiques, évocatrices de lichen scléreux vulvaire, le diagnostic de lichen scléreux hyperplasique s'impose et le traitement médical doit être instauré.

Mais il existe des formes leucoplasiques isolées ; une biopsie est alors indispensable, car il peut s'agir soit d'un lichen scléreux hyperplasique (avec ou sans néoplasie vulvaire intra-épithéliale différenciée), soit d'une maladie de Bowen (néoplasie vulvaire intra-épithéliale classique ou indifférenciée).

La biopsie doit être faite dans tous les points les plus épais à l'œil ou au pincement entre deux doigts et dans toutes les zones fissuraires, voire ulcérées.

Les aspects histologiques sont variés quant à l'épaisseur de l'épithélium et au degré d'atypie cellulaire épithéliale.

L'hyperplasie épithéliale est généralement progressive à partir du lichen scléreux typique.

L'épithélium s'épaissit insensiblement avec des bourgeons interpapillaires de plus en plus longs, puis progressivement ou brusquement apparaissent :

- un épaissement considérable de la couche cornée, irrégulière, souvent parakératosique,
- un épaissement du corps muqueux de Malpighi (hyperacanthose),
- un allongement parfois extrême des bourgeons interpapillaires généralement effilés, contrairement aux bourgeons massues de la lichénification.

Dans les zones de grande hyperplasie, il n'y a souvent aucune atypie cellulaire.

Ailleurs, des atypies doivent être prises en sérieuse considération : ce sont des atypies basses, limitées à la basale et aux assises suprabasales, faites de grandes cellules claires ou basophiles à noyaux volumineux et irréguliers.

Ces atypies cellulaires ne vont pas monter dans le corps muqueux, elles peuvent au contraire précéder une invasion prochaine, un cancer invasif « d'emblée », on est alors en présence d'une néoplasie vulvaire intra-épithéliale (VIN) différenciée, selon la terminologie modifiée en 2004 de l'ISSVD.

Bien que le cancer invasif de la vulve soit une complication rare du LSV (4 à 5 % des cas), c'est généralement dans ces zones d'hyperplasie épithéliale avec ou sans atypies cellulaires basales qu'il a le plus de risque de se développer. Dans une étude anatomo-clinique faite à l'hôpital Tarnier en 1990, portant sur 48 cas de lichen scléreux vulvaire associé à un carcinome épidermoïde invasif, Leibowitch et coll. ont montré que :

- dans 83 % des cas, le carcinome épidermoïde s'était développé sur une hyperplasie épithéliale,
- dans 70 % des cas, on constatait des atypies basales.

Il est donc indispensable de supprimer ces états précancéreux.

Comme dans tout traitement oncologique, le schéma thérapeutique doit être rigoureux et ne saurait connaître de dérognations.

1^{er} temps : traitement médical

Application d'un dermocorticoïde de classe I (activité très forte).

- Dermoval® clobetasol propionate
- Diprolène® bétaméthasone dipropionate
- Une application quotidienne, plutôt le soir, est suffisante, cela favorise l'observance et limite le risque de traitement excessif (dermite aux corticoïdes...).
- La dose quotidienne peut se fonder sur la notion d'unité phalangette (UP) = quantité issue d'un tube de 5 mm de diamètre et déposée sur la phalangette de l'index, elle correspond à 0,5 grammes et permet de traiter une surface de deux mains d'adulte posées à plat, doigts rapprochés.
- La quantité mensuelle est exprimée en grammes : 15 g = un tube de Dermoval®.
- Il convient d'insister sur les zones leucoplasiques en effectuant un léger massage.

2^e temps : bilan au terme de 4 à 6 semaines

La leucoplasie doit avoir complètement disparu.

Ceci s'observe volontiers lorsque l'hyperplasie est modérée et le plus souvent sans atypie.

Toute lésion persistante, toute ulcération si petite soit-elle, persistante, doit alors être biopsée, si elle ne l'a pas été initialement.

3^e temps : toute lésion précancéreuse persistante, rebelle au traitement médical, doit être supprimée.

L'exérèse doit être préférée à la destruction au laser CO₂ car elle permet un examen histologique en coupes sériées permettant de ne pas méconnaître une invasion débutante (inférieure ou égale à 1 mm), voire franche et imposant alors une exérèse oncologique plus étendue avec étude de la diffusion ganglionnaire.

Suivant le siège ou l'étendue de la leucoplasie, on peut avoir recours à une exérèse locale large ou d'une vulvectomie partielle superficielle (passant en profondeur sous le fascia superficialis).

Les divers procédés de chirurgie esthétique (lambeaux, plasties, greffes) permettent de limiter la rançon esthétique et fonctionnelle de ces exérèses.

Lorsque le trait de section est passé à quelques millimètres de la limite macroscopique de la leucoplasie, et que l'examen histologique révèle que la berge d'exérèse est le siège d'atypies cellulaires basales ou supra-basales, il convient d'envisager une nouvelle exérèse (c'est dire aussi la nécessité d'orienter parfaitement la pièce opératoire).

En cas de lichen scléreux vulvaire, une surveillance prolongée (annuelle) est nécessaire, mais en cas de leucoplasie résistante au traitement médical, elle doit être particulièrement rapprochée et minutieuse : toute lésion suspecte doit faire l'objet d'une biopsie, car des récurrences sont à craindre, parfois même sur le mode invasif.

2) Cure chirurgicale de remaniements anatomiques responsables de gênes fonctionnelles

Le lichen scléreux vulvaire détermine des remaniements anatomiques de deux ordres :

- des synéchies principalement, c'est-à-dire des accolements de zones anatomiques contiguës normalement séparées, en raison de l'atrophie épithéliale ;
- des rétrécissements, des sténoses secondaires à la sclérose sous-tégumentaire.

Ces remaniements siègent en particulier au niveau de l'introït, de l'orifice vulvo-vaginal et sont source de dyspareunie orificielle.

Les dermocorticoïdes n'ont aucun effet sur ces remaniements anatomiques, seule la chirurgie permet leur correction.

L'encapuchonnement du gland du clitoris est pathognomonique du LSV. Il résulte à la fois de l'accolement et de la sclérose du bord libre du capuchon clitoridien, et de l'accolement du capuchon au gland clitoridien.

Les adhérences péri-clitoridiennes pourraient être une cause organique de difficultés orgasmiques. Cela n'est pas parfaitement démontré, mais le clitoris normalement mobile sous le capuchon clitoridien se rétracte sous ce dernier au moment de la stimulation sexuelle (phase en plateau) pour n'en ressortir qu'après l'orgasme. Habituellement cependant, cet encapuchonnement est asymptomatique et n'a pas de retentissement sur la fonction sexuelle du clitoris. Occasionnellement, il peut procurer une gêne fonctionnelle : en effet, lorsqu'il est incomplet, le bord libre du capuchon clitoridien peut être le siège de fissures douloureuses au contact, à la manière d'un phimosis fissuraire.

En pareilles circonstances, ou à la demande de la patiente, une correction chirurgicale peut être envisagée : entreprise toujours sous anesthésie générale ou péridurale, en raison de l'extrême sensibilité locale, elle comporte :

- un temps de libération des adhérences : après rétraction du capuchon clitoridien vers le pubis, l'accolement du bord libre du capuchon clitoridien marqué par une fine ligne blanchâtre

avasculaire, est incisé jusqu'à l'ouverture de la chambre pré-nuptiale volontiers indiquée par la présence de smegma, puis à l'aide d'une sonde mousse les adhérences entre gland et capuchon clitoridiens sont décollées ; la libération faite, le gland clitoridien apparaît rouge et dénudé ;

– un temps de prévention du réaccolement qui peut se faire de deux manières :

- soit résection d'un fragment en chapeau de gendarme du capuchon clitoridien, ce qui érève son bord libre,
- soit excision du capuchon clitoridien, réalisant une véritable circoncision : le ciseau de Metzemaum résèque le bord libre, la sclérose sous-tégumentaire et toute la muqueuse interne du capuchon clitoridien jusqu'au sillon balano-préputial, puis après hémostases électriques fines, le bord libre cutané est ourlé le long du sillon balano-préputial par des points séparés de fils résorbables 5/0 disposés de façon radiaire et qui seront abandonnés à leur chute spontanée.

Lorsque l'encapuchonnement du gland clitoridien est complet, l'accumulation de smegma dans la loge préputiale peut déterminer la formation d'un pseudokyste clitoridien de volume variable, source parfois de diagnostics erronés : hyperandrogénie, kyste épidermique ou muqueux, tumeur... Il peut être le siège de remaniements inflammatoires intermittents, voire d'une surinfection secondaire, avec constitution d'un abcès péri-clitoridien particulièrement douloureux, incomplètement soulagé par une fistulisation spontanée.

Le seul traitement qui puisse être proposé est alors une circoncision subtotalaire, de préférence à distance de l'épisode inflammatoire ou infectieux.

Effacement du relief des petites lèvres

L'accolement de la face externe des petites lèvres à la face interne des grandes lèvres détermine l'effacement du relief des petites lèvres et l'oblitération du sillon interlabial. Cette situation anatomique est parfaitement asymptomatique.

Occasionnellement, des patientes s'enquêtent des possibilités de restauration de l'anatomie labiale ; divers procédés de reconstruction ont été préconisés, sans succès, aussi mieux vaut les en dissuader !

Synéchies des petites lèvres

Les synéchies médianes, antérieures, sous-clitoridiennes des bords libres des petites lèvres sont rares ; leur réparation chirurgicale sous anesthésie générale suivie de suture estompant les zones désépithé-

lisées sur chaque bord labial est aisée ; la reprise du traitement médical par applications de dermocorticoïdes est nécessaire pour prévenir les récidives.

La synéchie labiale, voire vestibulaire étendue s'observe rarement, habituellement chez une femme ménopausée ; à l'atrophie épidermique du LSV s'associe l'atrophie post-ménopausique ; la coalescence des petites lèvres et du vestibule procure un aspect de vulve plate, fusionnée : « fused vulva », dépourvue de tout relief anatomique ; l'aspect est similaire à celui observé après infibulation rituelle avec uniquement un petit pertuis postérieur à hauteur de la fourchette ou en regard du méat urétral, dont le diamètre est parfois si petit qu'il s'oppose au libre écoulement des urines : celles-ci emplissent le vagin avant de s'écouler goutte à goutte.

La synéchie est libérée au besoin par hydro-dissection pour demeurer dans le plan d'accolement puis les berges des zones latérales désépithélialisées sont suturées par de fins fils résorbables.

Les synéchies de la fourchette

sont fréquentes et doivent être reconnues lors de l'examen clinique, notamment lorsque la patiente se plaint de dyspareunie orificielle localisée en arrière à type de déchirure.

En entrouvrant délicatement la vulve, on constate que la fourchette est réunie sur la ligne médiane par une membrane rectiligne, mince, fine, transparente, avasculaire.

Cette synéchie peut se déchirer lors de l'examen lorsque les lèvres sont écartées maladroitement ou après la pose d'un spéculum ; l'aspect est identique à celui observé après un rapport sexuel avec une zone linéaire fissuraire d'où sourd parfois une goutte de sang ; cette fissure est sensible pendant 2 à 3 jours, spontanément ou lors des mictions, jusqu'à ce qu'elle cicatrise, mais elle réapparaît à chaque rapport sexuel ; on comprend qu'elle puisse être source de dyspareunie orificielle et qu'elle s'accompagne rapidement de crainte des rapports, de contracture périnéale réflexe, de baisse de la libido.

Le traitement en est cependant parfaitement aisé et consiste en une périnéotomie médiane ou opération de Fenton, entreprise sous anesthésie locale le plus souvent mais éventuellement sous rachianesthésie, voire anesthésie générale ; elle consiste en une incision sagittale médiane intéressant la synéchie, la peau périnéale, la muqueuse vestibulaire et le sommet du corps périnéal, en une résection cunéiforme de la sclérose sous-tégumentaire, en une libération des berges muqueuse et cutanée et en une suture transversale par des points séparés de Vicryl® 3 ou 4/0.

Des soins locaux pluriquotidiens favorisent une cicatrisation satisfaisante dans ce site normalement chaud et humide ; les fils peuvent être retirés 14 jours plus tard laissant une petite cicatrice linéaire transversale qui s'estompera progressivement.

Quatre à six semaines plus tard, lorsque la fourchette sera redevenue indolore, lorsque la mise en place d'un spéculum normal rassurera la patiente quant à ses capacités retrouvées, les rapports sexuels seront repris avec tact, douceur, lubrifiants...

Il conviendra également de reprendre le traitement par dermo-corticoïdes.

Sténose orificielle annulaire

La sténose de l'introît secondaire à la sclérose annulaire sous-épi-théliale est plus rare ; elle est également source de dyspareunie orificielle à type de distension, voire d'apareunie.

Le traitement médical peut procurer une amélioration, mais rarement une disparition de la symptomatologie, une vulvopérinéoplastie est alors indiquée.

Elle consiste :

- à cliver largement la paroi vaginale postérieure saine, souple et extensible,
- à réduire la distance ano-vulvaire et le relief du noyau fibreux central du périnée,
- à abaisser et à éverser la paroi vaginale postérieure.

L'intervention est entreprise peu après les règles, afin que la cicatrisation soit déjà avancée lors de la survenue des règles ultérieures, sous anesthésie générale, péridurale ou rachianesthésie, en position de la taille.

Un fil repère est passé à l'extrémité postérieure de chacune des petites lèvres ; la tension symétrique et divergente de ces deux fils dessine et expose parfaitement la fourchette.

Un lambeau cutané périnéal triangulaire à sommet arrondi pré-anal et à base à hauteur de la fourchette est disséqué ; la dissection est poursuivie par le clivage de la paroi postérieure du vestibule puis du vagin largement.

Le relief du centre tendineux du périnée est amenuisé par des incisions radiaires et par digitoclasie.

Une hémostase rigoureuse est réalisée.

Un lambeau vaginal postérieur quadrangulaire est délimité par des incisions longitudinales au niveau des gouttières latérales du vagin, de part et d'autre de la pince à anneaux, sur 3 ou 5 cm, en prenant soin d'épargner les orifices des canaux excréteurs des glandes de Bartholin.

La peau périnéale et la muqueuse vestibulaire postérieure meurtries par la préhension de la pince en cœur sont réséquées. Le lambeau vaginal épais, souple, bien vascularisé est alors abaissé, éversé, venant parfaitement tapisser la perte de substance périnéo-vulvaire précédemment créée. Une petite incision sagittale médiane du bord inférieur du lambeau permet éventuellement un meilleur recouvrement latéral. La suture cutanéomuqueuse est réalisée à l'aide de points séparés d'acide polyglycolique 3 ou 4/0 sans tension inopportune. De part et d'autre du lambeau, les berges cutanéomuqueuses sont également affrontées par des points séparés mais à l'intérieur du conduit vulvo-vaginal, les berges muqueuses sont abandonnées à une cicatrisation spontanée.

Un tampon vulvo-vaginal de taille adéquate est laissé en place 24 heures, sous couvert d'une sonde vésicale, afin de prévenir par compression une collection sanguine sous le lambeau.

La cicatrisation s'effectue simplement, des soins locaux attentifs et prolongés permettent 4 à 6 semaines plus tard la reprise d'une activité sexuelle gratifiante.

Le processus pathologique du LSV intéresse la vulve mais ne dépasse pas l'anneau hyménéal.

L'intervention, tout en redonnant à l'orifice vaginal un calibre suffisant, substitue à la peau périnéale et à la muqueuse vestibulaire malades, une muqueuse vaginale saine qui ne sera pas atteinte ultérieurement par l'affection, pérennisant ainsi le résultat opératoire.

L'étude des résultats à long terme entreprise par R. Rouzier en 2002, à propos de 64 patientes montre que la dyspareunie s'est estompée dans 90 % des cas et que la qualité des rapports sexuels est bonne dans 86 % des cas.

Lichen plan et autres maladies bulleuses et érosives

Les synéchies vulvaires et vaginales s'observent dans plusieurs maladies muqueuses érosives, le lichen plan, la pemphigoïde cicatricielle, le syndrome de Lyell, ou TEN, et le syndrome de Stevens-Johnson.

La maladie inflammatoire active est traitée médicalement, la chirurgie est requise uniquement pour les adhérences post-inflammatoires.

Sur la vulve, le processus cicatriciel localisé détermine un enfouissement du gland du clitoris, des synéchies des petites lèvres et une sténose de l'introït.

Le gland clitoridien encapuchonné est libéré chirurgicalement et une circoncision est mise en œuvre pour prévenir la récurrence. Les synéchies labiales antérieures et latérales sont libérées par incision sagittale suivie de sutures transversales. Les synéchies vestibulaires postérieures sans atteinte de la muqueuse vaginale peuvent être corrigées par une périnéotomie médiane.

En cas d'atteinte simultanée des muqueuses vulvaire et vaginale, la peau saine adjacente du périnée peut être utilisée pour agrandir l'introït en réalisant une plastie Y-V inversée. Ce procédé est identique à celui utilisé par Fortunoff pour ouvrir le sinus uro-génital en cas d'ambiguïté sexuelle. Un lambeau en forme de V est dessiné sur la peau périnéale ; la pointe est à hauteur de la fourchette et la base à proximité de la marge anale. Il convient de s'assurer que la base et la hauteur du lambeau ont des dimensions sensiblement égales. Le lambeau est disséqué de la pointe vers la base en prenant soin de préserver une épaisseur suffisante de tissu cellulo-adipeux pour préserver la vascularisation (lambeau de hasard). La hauteur du centre tendineux du périnée est réduite par incision sagittale médiane et digitoclasie.

La paroi postérieure du vagin est ensuite incisée sur la ligne médiane. L'écartement de ces incisions restaure le calibre normal de l'introït et du bas vagin.

Après hémostases, le lambeau cutané est invaginé à l'intérieur du conduit vulvo-vaginal, il vient s'inscrire dans la perte de substance triangulaire produite par l'écartement de la périnéotomie et de la colpotomie médiane, et est suturé par des points séparés de Vicryl® 3 ou 4/0. Un tampon hémostatique est laissé en place pendant 24 heures.

Les adhérences vaginales ont divers aspects cliniques mais l'aspect le plus fréquemment rencontré est une fusion partielle des parois antérieure et postérieure du vagin le long des bords latéraux, ceci produit un rétrécissement concentrique du vagin ; parfois, seul un spéculum de vierge peut être mis en place, ailleurs les adhérences sont telles que seul persiste un petit pertuis central permettant l'écoulement des sécrétions cervico-vaginales et du flux menstruel.

Rarement la synéchie est totale et surmontée d'un hémato-colpos. Le premier temps du traitement chirurgical est la libération de la synéchie avec un instrument tranchant (B11), par petites touches, en suivant scrupuleusement la ligne de fusion, sous couvert d'un doigt intra-rectal et d'une sonde vésicale à demeure.

Les zones adhérentielles ainsi libérées pleurent le sang et sont dépourvues plus ou moins complètement de muqueuse. Le deuxième temps est celui de la prévention du réaccolement par la mise en place d'un mandrin identique à celui utilisé lors du traitement chirurgical

des aplasies vaginales (petite éponge cylindrique imbibée d'antiseptique et contenue dans un condom). Le mandrin est enlevé et remis en place, une puis deux semaines après l'intervention, puis, lorsque la douleur est moindre, il est mobilisé chaque jour par la patiente elle-même pendant un à trois mois en l'enduisant chaque fois de corticoïdes locaux (Colofom®). Lorsque l'épithélialisation progresse, le mandrin est porté uniquement la nuit et lorsqu'elle est presque complète, des rapports sexuels fréquents ou l'emploi de dilateurs ayant 30 à 35 mm de diamètre sont préconisés. La patiente doit être parfaitement informée du risque de récurrence et de la nécessité d'une surveillance clinique, de dilatations régulières et de l'application de corticoïdes locaux.