

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

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

—

**Tome XXXIII  
publié le 9.12.2009**



*TRENTE-TROISIÈMES JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 2009*

# Nymphoplasties

B.J. PANIEL \*  
(Créteil)

La réduction de l'hypertrophie des petites lèvres peut être réalisée de diverses manières :

## 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 nymphé 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,

\* CHI - Service de gynécologie-obstétrique - 40 avenue de Verdun - 94010 Créteil cedex

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.

## NYPHECTOMIE SUBTOTALE

Ce procédé a été décrit pour la première fois par Hodgkinson et Hait 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'affile et se confond dans la grande lèvre. Rappelons que les petites lèvres contenues dans la fente vulvaire ne sont pas pigmentées. Après 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.

## NYPHOPLASTIE DE RÉDUCTION

(Pamien – 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 demi la base pour préserver la riche vascularisation et prévenir une désunion voire une nécrose de son extrémité distale. La résection 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 assure l'approximation des berges cutanées externe et interne.

L'angle se soulève inévitablement en une « corne » que l'on rêsèque ou que l'on laisse s'aplanir avec le temps du fait de l'élasticité des ligaments 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 uniforme 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 les 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.