

Hyménoplastie : quelles sont les techniques chirurgicales possibles ?

RÉSUMÉ : L'hyménoplastie regroupe l'ensemble des techniques visant à reconstruire l'hymen de la femme. Primitivement corrélée aux mutilations sexuelles féminines, elle est de plus en plus pratiquée dans les pays occidentaux à titre esthétique, ce qui en fait un sujet d'actualité. La demande croissante auprès des chirurgiens plasticiens, d'autant que le retentissement physique et psychologique est présent, ne doit pas pour autant banaliser ce geste.

Cet article nous permettra de faire la lumière sur les différentes indications de ce procédé, avant de résumer les différentes techniques décrites dans la littérature et enfin de conclure par ses résultats et ses applications cliniques.



→ K. HUFSCHMIDT

Service de Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, CHU NICE.

Historique

La chirurgie intime féminine comprend, outre l'hyménoplastie, la nymphoplastie ou labioplastie lesquelles font partie de l'arsenal thérapeutique visant à rétablir l'anatomie vulvaire. Il s'agit d'une intervention restaurant l'étanchéité hyménéale chez une femme dont la gêne est majoritairement morale et esthétique, souhaitant recouvrir une certaine intégrité sexuelle. L'allégorie de l'innocence perdue est un thème fortement prisé au



FIG. 1 : La Cruche cassée (Jean-Baptiste Greuze, 1771). Musée du Louvre (Paris).

XVIII^e siècle (fig. 1). La limite est prononcée entre mièvrerie, candeur virgineale et provocation, témoin de l'impureté.

Actualités et épidémiologie

Les atteintes de l'hymen vulvaire sont majoritairement traumatiques par pénétration sexuelle. Elles peuvent s'inscrire dans le contexte des mutilations sexuelles féminines – notamment après un viol – comme l'excision (ablation du clitoris, voire des petites lèvres avec suture des grandes lèvres), ou l'infibulation (excision doublée de l'ablation des grandes lèvres avec suture des moignons résiduels).

De nos jours, on compte toujours 100 à 140 millions de victimes dans le monde, surtout en Afrique subsaharienne. Certaines civilisations et cultures attribuent une haute valeur à la chasteté des femmes avant le mariage, conférée par la garantie d'un hymen intact et d'un saignement per-coïtal.

La demande en matière de chirurgie intime, plus spécifiquement de plastie de l'hymen, occupe une part croissante des consultations des chirurgiens plasticiens, avec laquelle nous devons nous familiariser.

Rappels anatomiques

L'hymen est la membrane fragile et précaire séparant le vagin de la vulve. D'un point de vue embryologique, il dérive du sinus urogénital et des canaux de Müller. Le tissu mésodermique müllérien s'épaissit et se vacuolise, formant l'hymen du côté du sinus urogénital et le col utérin du côté des canaux de Müller.

Dès l'entrée dans la puberté, de multiples changements s'opèrent au niveau de la sphère génitale: les poils pubiens se développent, la *labia minora* s'allonge et s'hypertrophie, l'hymen prend une coloration pâle et s'épaissit, ses bords sont festonnés et pourvus de multiples indentations (**fig. 2**).

De manière classique, il se rompt lors des premiers rapports sexuels. Cependant, de nombreuses autres causes peuvent être à l'origine de sa rupture: la masturbation, l'introduction d'un tampon hygiénique et la pratique de sports tels l'équitation, le vélo ou la gymnastique. L'absence congénitale reste extrêmement rare, et est le plus souvent associée à une agénésie du vagin.

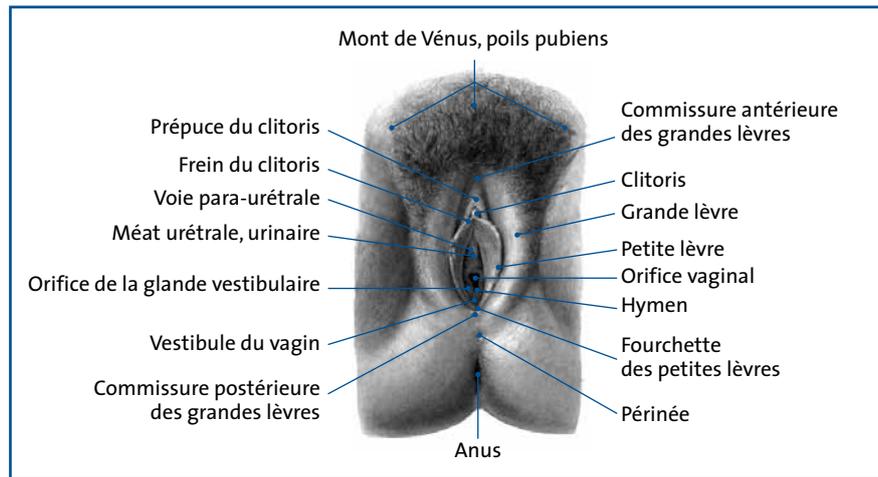


FIG. 2 : Anatomie de l'appareil génital féminin vulvaire (© Cours-Medecine.info).

Il représente, dans les mœurs, une "preuve fragile de virginité féminine, témoin de la pureté et de la filiation". Cette dernière est confirmée lors de la défloration par une résistance ressentie au moment de la première pénétration chez la jeune femme.

De notoriété publique, le témoin ultime de la perte de virginité et ainsi de l'innocence est le saignement qui n'est cepen-

dant pas systématique: en effet, l'hymen devient avasculaire à l'âge adulte. Par ailleurs, la moitié des femmes (54 %) ne présentent pas de saignement lors du premier rapport sexuel [1].

Variantes anatomiques

L'examen d'un hymen s'effectue en position gynécologique, en faisant attention

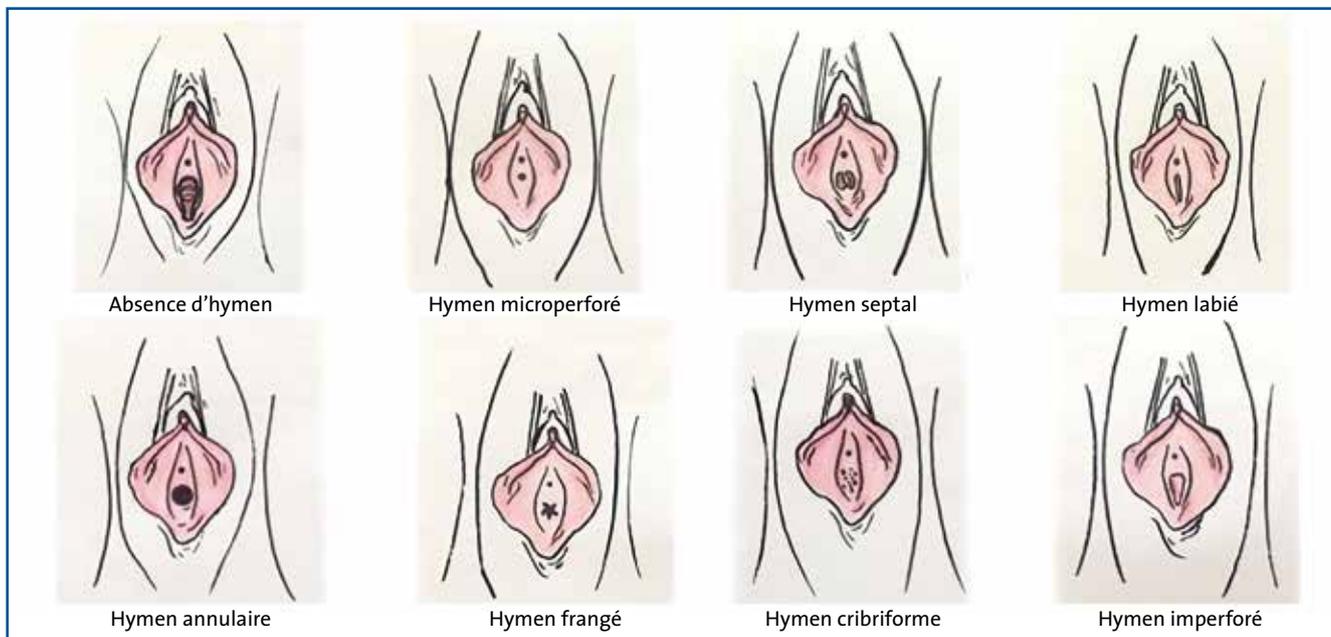


FIG. 3 : Variantes anatomiques de l'hymen (© Hufschmidt).

CHIRURGIE INTIME

à l'utilisation d'un spéculum qui serait traumatique. Il est considéré intègre si son ouverture possède un diamètre de 1 cm ou moins [2]. La configuration la plus courante est celle d'un hymen annulaire [3]. L'ensemble des variantes anatomiques retrouvées dans la pratique clinique est schématisé dans la **figure 3**. Aucune ne fait état d'aspect pathologique. Néanmoins, dans les cas d'hymen imperforé, microperforé ou cribiforme, une incision chirurgicale peut être réalisée pour diminuer tout risque d'hématocolpos, source de douleur et d'inconfort.

Principes généraux de l'hyménoplastie

De nos jours, en Occident et notamment en France, les demandes d'hyménoplastie sont grandissantes et concernent deux catégories de femmes :

- la réparation d'un préjudice survenu à la suite d'une **agression sexuelle** ;
- la plastie pour **convenance personnelle** (pré-mariage), intégrant le cadre de la demande à titre esthétique. En effet, la rupture prémaritale peut parfois être source d'humiliation, de déshonneur, voire de violence pour la patiente et sa famille.

Le cheminement périopératoire est classique :

- **deux consultations de chirurgie** espacées de 15 jours si contexte "esthétique" + consultation anesthésie ;
- **signature d'un devis**, du consentement éclairé et documentation par photos ;
- **délai de réflexion** incompressible de 15 jours entre le devis et la date opératoire ;
- **éducation** à l'arrêt du tabac au moins 1 mois avant, et à l'arrêt de l'aspirine et anti-inflammatoires non stéroïdiens au moins 10 jours avant la chirurgie en vue d'une minimisation du risque cicatriciel.
- **prise en charge pluridisciplinaire** incluant outre l'accompagnement médical, un suivi psychologique, sexologique, social et juridique.

À l'accoutumée, l'intervention chirurgicale est pratiquée dans le cadre d'une hospitalisation de jour – à titre "ambulatoire", sous anesthésie locale, en position gynécologique – et dure environ 30 minutes.

Suture directe versus lambeaux

Le premier temps opératoire comprend l'excision du tissu cicatriciel et l'incision du bord libre.

Le deuxième temps est guidé par la qualité de l'hymen résiduel : s'il est suffisant comme dans le cas d'une rupture récente, on réalise une suture des reliquats en deux plans au fil résorbable. Dans le cas contraire, le recours à des lambeaux de muqueuse vaginale est de rigueur.

La revue de la littérature actuelle met en exergue une paucité des descriptions de diverses techniques chirurgicales dont les principales sont exposées ci-dessous.

>>> L'approximation *left-to-right* des résidus hyménaux, décrite par Logmans *et al.* [4], après excision du tissu cicatriciel chez 20 patientes. Par cette méthode, Ou *et al.* déplorait un cas de déhiscence justifiant une réintervention.

>>> Ou *et al.* [5] présentent une suture par cerclage (n = 4) dans le sens des aiguilles d'une montre, au sein d'un plan sous-muqueux et serrage autour d'une bougie de Hégar 12, dont l'examen postopératoire montraient un hymen intact d'environ 1 cm de diamètre à 1 semaine (**fig. 4**).

>>> Saraiya [6] décrit une "revirgination chirurgicale" par levée et transposition

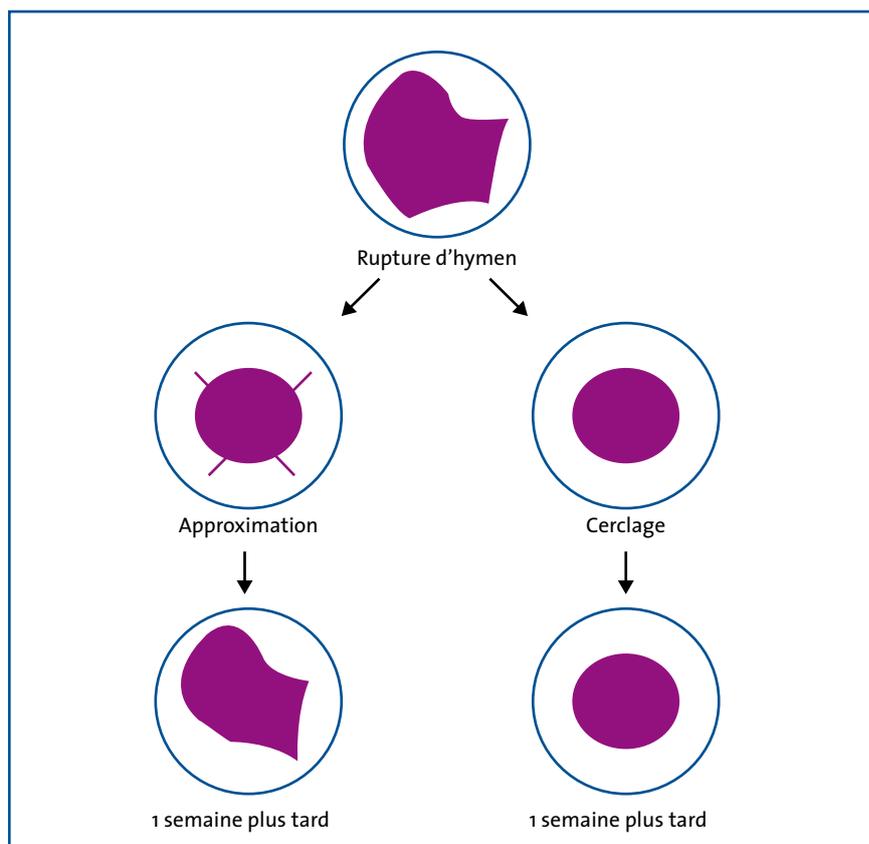


Fig. 4 : Comparaison des techniques d'approximation et de cerclage (d'après [5]).

de quatre lambeaux de muqueuse vaginale en *crossover*, suture au fil résorbable 5/0 et fermeture directe du site donneur (**fig. 5**). Sur sa série de 11 patients, il n'a observé aucune infection ni désunion.

>>> Wei *et al.* [7] exposent, dans une étude rétrospective monocentrique de 125 patientes, les résultats de deux techniques différentes avec suture en trois strates autour de l'*introitus* (*Suture three stratum around the introitus* [STSI]). Si la fissure était localisée dans le plan

frontal, entre 4 et 8 heures, la technique STSI type 1 (n = 59) était réalisée *versus* la technique STSI type 2 (n = 62) pour une fissure à 3 et/ou à 9 heures (**fig. 6**).

Les résultats recueillis par suivi clinique à 1 mois et entretien téléphonique au long terme objectivaient une cicatrisation effective à 1 mois chez 91,9 % des patientes et 1 seul cas d'hémorragie postopératoire non contrôlée. Chez 52 patientes ayant repris une activité sexuelle, 92,2 % se

disaient satisfaites et 54,9 % relataient un saignement péri-coïtal.

Résultats postopératoires

Les suites immédiates sont très gratifiantes tant pour le patient que pour le chirurgien du fait de plaintes fonctionnelles minimales : douleurs quasi inexistantes, reprise du travail dès J1 (prévoir une période d'indisponibilité de 8 jours).

Les consignes comprennent des soins à type de toilette intime (douche + savon) matin/soir/après chaque miction, sans nécessité de pansements (fils résorbables). On informera la patiente d'une éviction sportive, de piscine et sauna durant 1 mois, délai nécessaire à la solidité cicatricielle.

Le résultat est immédiat jusqu'au prochain rapport sexuel et indétectable même à l'examen gynécologique, garant d'un résultat naturel sans cicatrice visible. Outre l'impact esthétique et physique, il apporte un véritable réconfort psychologique et bien-être social à ces patientes au profil vulnérable.

Des complications rares

Celles-ci restent de l'ordre de l'exception : outre les complications liées à l'anesthésie ou au geste (hématome, infection), peuvent survenir des troubles de la sensibilité transitoire, et encore plus rarement des troubles de la cicatrisation avec désunion localisée. Elles demeurent toutes accessibles à un traitement local.

Hyménoplastie et législation

Malgré la controverse éthique et culturelle sous-tendue, l'hyménoplastie est une pratique gynécologique légale dans de nombreux pays. Dans un contexte de demande familiale chez une patiente

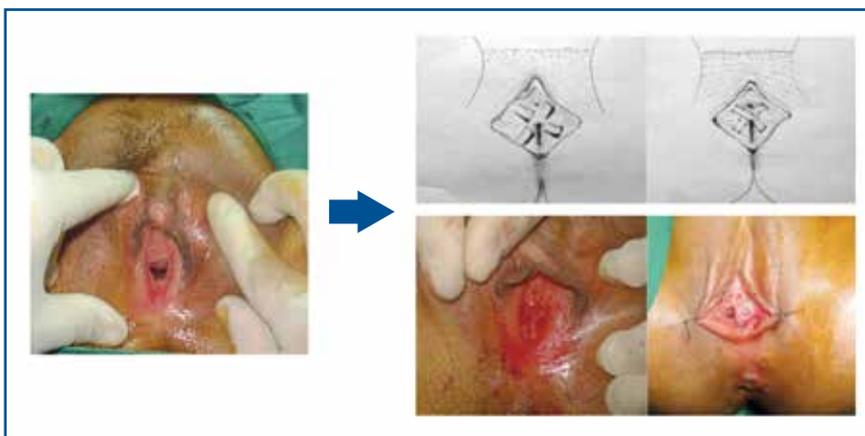


FIG. 5 : Schéma des lambeaux et application clinique (d'après [6]).

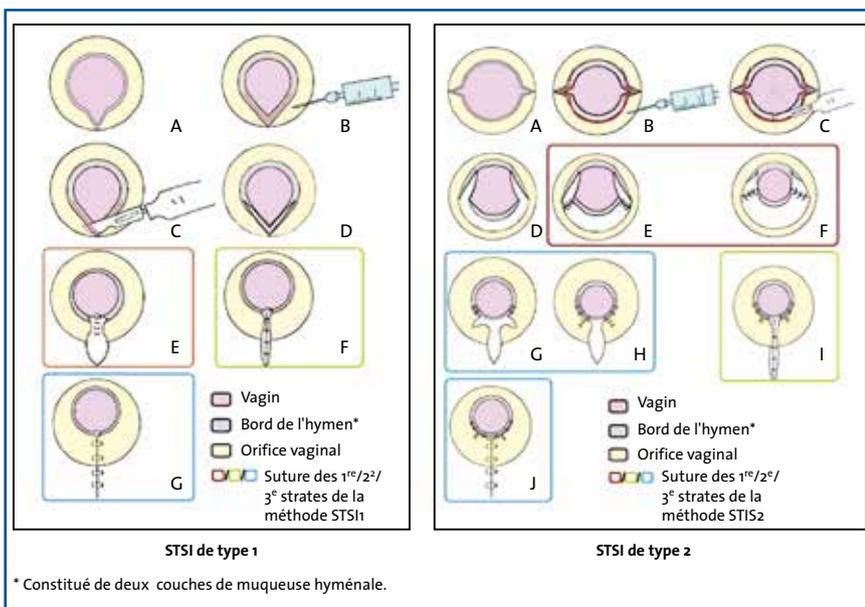


FIG. 6 : Sutures en trois strates selon la localisation de la fissure (d'après [7]).

CHIRURGIE INTIME

mineure, notamment pré-mariage au sein de cultures prônant la virginité des jeunes femmes, il peut être demandé dans certaines régions du monde la réalisation d'un examen vaginal en cas de doute.

Il est à retenir que l'établissement de certificats de virginité est interdit en France, dans le respect strict du secret médical.

Actuellement, cette intervention ne relève pas d'une prise en charge par la Sécurité sociale, à l'exception d'une rupture traumatique par instruments chirurgicaux.

Alternatives non chirurgicales

À l'exclusion du traitement chirurgical, bien qu'attrayant et simple, certains artifices et ingéniosités ont pu être retrouvés :

- l'application de crèmes aux extraits d'herbe et d'hydroxyéthylcellulose sur la paroi vaginale : la friction entraînant un saignement sur l'œdème et la constriction tissulaire ;
- l'introduction d'une capsule en plastique imbibée de colorant rouge ou gélatine avant l'acte pour mimer le saignement de la défloration.

Conclusion

Les chirurgiens plasticiens autant que gynécologues doivent être familiers des techniques d'hyménoplasties, d'autant que les demandes sont croissantes. Ces

POINTS FORTS

- ➔ Il faut distinguer les demandes "esthétiques" à titre de confort personnel, des demandes "réparatrices" après un traumatisme sexuel mettant également en péril l'intégrité psychologique des patientes.
- ➔ Dès lors que les moignons hyménéaux ne sont pas suturables, le recours se fait aux lambeaux de muqueuse vaginale.
- ➔ Une réparation d'une "cloison" hyménéale n'est pas garante du resaignement, communément recherché après nouvelle pénétration vaginale.
- ➔ Résultats des hyménoplasties, quelle que soit la technique : la cicatrice est invisible, la durée opératoire est faible, les complications sont rarissimes, le taux de satisfaction est généralement très élevé.
- ➔ L'établissement de certificats de virginité est interdit en France.

hyménoplasties sont à indiquer au cas par cas, après une évaluation générale et exhaustive de la patiente demandeuse. Elles sont généralement simples d'application et d'apprentissage pour le chirurgien, peu risquées et sources de satisfaction pour les jeunes femmes demandeuses d'une "seconde virginité".

Bibliographie

1. McCANN J, ROSAS A, BOOS S. Child and adolescent sexual assaults (childhood sexual abuse). In: Jason Payne-James, Anthony Busuttil, William Smock (Hrsg): *Forensic Medicine: Clinical and Pathological Aspects*. Greenwich Medical Media, London 2003, S. 460.
2. STEWART ST. Hymenal characteristics in girls with and without a history of sexual abuse. *J Child Sex Abuse*, 2011;20:521-536.
3. COOK RJ, DICKENS BM. Hymen reconstruction: ethical and legal issues. *Int J Gynecol Obstet*, 2009;107:266-269.
4. LOGMANS A, VERHOEFF A, BOL RAAP R *et al*. Ethical dilemma: should doctors reconstruct the vaginal introitus of adolescent girls to mimic the virginal state? Who wants the procedure and why. *BMJ*, 1998;316:459-462.
5. OU MC, LIN CC, PANG CC *et al*. A cerclage method for hymenoplasty. Taiwan. *J Obstet Gynecol*, 2008;47:355-356.
6. SARAIYA HA. Surgical revirgination: Four mucosal flaps for reconstruction of a hymen. *Indian J Plast Surg*, 2015;48:192-195.
7. WEI SY, LI Q, LI SK *et al*. A new surgical technique of hymenoplasty. *Int J Gynaecol Obstet*, 2015;130:14-18.

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