

LABIUMREDUCTIE

Versie 1.0

Verantwoording

NVOG

Modelprotocol Labiumreductie

Modelprotocol Labiumreductie

Counseling en behandeling van vrouwen met een verzoek om reductie van de labia minora

Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC)

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)

Door:

Dr J.J. Hage (NVPC)

Dr R.B. Karim (NVPC)

Dr K.M. Paarlberg (NVOG)

Ph.Th.M. Weijnenborg (NVOG)

Doelstelling en doelgroep

Dit protocol beoogt aan de hand van kritisch beoordeeld wetenschappelijk onderzoek aanbevelingen te doen over de wijze waarop gynaecologen en plastisch chirurgen om kunnen gaan met een verzoek van vrouwen om reductie van de labia minora. Chirurgische ingrepen aan de labia minora van meisjes of vrouwen als gevolg van congenitale afwijkingen, genitale verwondingen, postpartum rupturen of gender dysforie worden in dit modelprotocol niet besproken of bedoeld.

Procedure

Niet alleen in de Nederlandse media maar ook elders is 'female cosmetic surgery' de laatste jaren in toenemende mate onderwerp van discussie (Essen et al., 2004; Green, 2005; Braun, 2005; Liao et al., 2007). De electieve reductie van de labia minora is ter sprake gekomen tijdens de wetenschappelijke najaarsvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) op 3 oktober 1998 te Amsterdam, tijdens het congres van de European Association of Plastic Surgeons (Euraps) op 21 mei 1999 te Madrid, Spanje, tijdens de COBRA dagen (Chirurgische Opleiding en Bijscholing Randstad Academies) in 2000, tijdens het Gynaecologisch congres te Papendal (2001), tijdens het symposium 'At your Service' van de Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) op 20 september 2006, tijdens een congres van Vlaamse en Nederlandse seksuologen in Antwerpen (2006) en tijdens het congres van de International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology (ISPOG) op 13-16 mei 2007 te Kyoto, Japan, en tijdens de wetenschappelijke najaarsvergadering van de NVPC op 6 oktober 2007 te Utrecht. Daarnaast heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg in haar rapport 'Geen vrouwenbesnijdenis in klinieken aangetroffen' (d.d. 26 november 2007) aan de NVPC verzocht veldnormen op te stellen over ingrepen aan de vrouwelijke genitalia met een duidelijke stelling over de daarbij in acht te nemen grenzen. Vertegenwoordigers van de NVOG en de NVPC hebben gezamenlijk het initiatief genomen een modelprotocol op te stellen als handreiking naar artsen die in de praktijk met een verzoek om reductie van de labia minora te maken hebben.

Probleemstelling

De laatste jaren neemt het aantal vrouwen die een gynaecoloog, plastisch chirurg of arts werkzaam in een cosmetisch centrum verzoeken om een operatieve reductie van de labia minora (labiumreductie), toe. Als gevolg van het ontbreken van een landelijke registratie is het evenwel nog onduidelijk hoe vaak vrouwen met dit verzoek op de polikliniek worden gezien en hoeveel labiumreducties er per jaar worden verricht. De motivatie van het verzoek om een labiumreductie valt grofweg uiteen in twee groepen. Enerzijds betreft het vrouwen die de door hen ervaren vulvaire klachten toeschrijven aan te grote labia minora; anderzijds betreft het vrouwen met een wens om cosmetische verbetering. Bij de eerste groep betreft het veelal klachten tijdens, of na, fietsen, paardrijden en het dragen van strakke broeken, maar ook oppervlakkige dyspareunie en/of het gevoel abnormaal te functioneren. De gynaecoloog of plastisch chirurg kan de vulvaire klachten van pijn en irritatie niet objectief vaststellen, waardoor na lichamelijk onderzoek niet duidelijk is of de subjectieve klachten samenhangen met de breedte/grootte van de labia

minora. In dergelijke gevallen is het dan ook onzeker of een labiumreductie tot een verbetering van de klachten zal leiden.

De vraag om een cosmetische verbetering lijkt te zijn toegenomen nu de uitwendige genitalia beter zichtbaar zijn als gevolg van de gewoonte om het schaamhaar gedeeltelijk of volledig te verwijderen. Bijgevolg is het vulvaire uiterlijk van naaktmodellen waarmee de vrouw zich zou kunnen vergelijken ook beter zichtbaar geworden. Er is echter weinig bekend over de normale variatie van labia minora bij vrouwen en meisjes. Bij vijftig vrouwen zonder functionele vulvaire klachten bij wie de labia minora onder narcose op een gestandaardiseerde wijze met minimale tractie naar lateraal, van proximaal naar distaal (vanaf de hymenaalring) werden gemeten, varieerde de breedte van labia minora tussen 7 en 50 mm (Lloyd et al., 2005).

Tot dusverre werden slechts in één publicatie de resultaten en complicaties van een chirurgische labiumreductie beschreven naast de tevredenheid van de vrouwen achteraf (Rouzier et al., 2000). De ingreep (een wigexcisie) werd in deze studie alleen verricht bij een afstand tussen basis en vrije rand van het labium van meer dan 40 mm. Door de betreffende auteurs werd pas vanaf deze grootte een samenhang met de klachten verondersteld en kon er volgens hen slechts in dat geval verbetering van een reductie verwacht worden. Bij de 163 patiënten traden geen ernstige postoperatieve complicaties op. Vierenzestig procent van de vrouwen had last van postoperatieve pijn gedurende 1 tot 60 dagen, 45% had postoperatief last van lichamelijk ongemak en 23% had last van oppervlakkige dyspareunie gedurende de eerste 3 tot 90 dagen na de ingreep. Tien procent van de vrouwen was niet tevreden met het cosmetisch resultaat en 3% van de vrouwen was niet tevreden met het functionele resultaat. Elf van de 163 patiënten moesten opnieuw geopereerd worden vanwege een wonddehiscentie. Tien daarvan waren uiteindelijk tevreden met het behaalde resultaat.

Klinische vragen

Gelet op bovenstaande dienen zich de volgende vragen aan:

Aan welke minimale voorwaarden moet een anamnese voldoen?

Aan welke minimale voorwaarden moet een lichamelijk onderzoek voldoen?

Wat zijn contra-indicaties voor de ingreep?

Welke zijn bruikbare technieken voor de labiumreductie?

Welke vorm van anesthesie dient te worden toegepast?

Minimaal vereiste zorg en kernaanbevelingen

Anamnese

Elk verzoek om een labiumreductie dient serieus geëxploreerd te worden. Een open houding ('de ingreep is uiteraard bespreekbaar, maar laten we een en ander eerst eens op een rijtje zetten...') is essentieel om ruimte te creëren voor een gesprek over de klacht en de gevolgen daarvan. Er wordt nagegaan welke psychologische, fysiologische of seksuologische factoren, danwel welke cosmetische overwegingen of een combinatie van deze ten grondslag liggen aan het verzoek. Daarnaast wordt aandacht geschonken aan de eventuele cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale gevolgen van de klacht in het dagelijks leven. Naar traumatische (seksuele) ervaringen in het verleden wordt expliciet gevraagd. Vervolgens worden de verwachtingen van patiënte aangaande het resultaat van een ingreep besproken, evenals de haalbaarheid van deze verwachtingen.

Indien (een deel van) de klachten en de gevolgen ervan niet door een labiumreductie kunnen worden opgelost, kan het aangewezen zijn om het anamnestiche traject te ondersteunen door samenwerking met een (seksuologisch gespecialiseerd) psycholoog, die vanuit zijn/haar deskundigheid met patiënte nogmaals stilstaat bij genoemde items. Een psycholoog kan bovendien de mogelijkheid van een 'body dysmorphic disorder' of andere psychopathologie onderzoeken. Een verwijzing naar de psycholoog heeft echter alleen zin als patiënte daartoe gemotiveerd is. Indien de gynaecoloog of plastisch chirurg voor een dergelijke verwijzing aanleiding ziet, zal uitleg over de reden ervan daarom essentieel zijn. Deze valt samen te vatten als 'een kwestie van zorgvuldig handelen ten behoeve van een optimale uitkomst van het consult' en tevens 'om te onderzoeken of er andere manieren zijn om met de klachten en gevolgen ervan om te gaan' waardoor psychologische ondersteuning meer aangewezen zal zijn (de Waard et al., 2002).

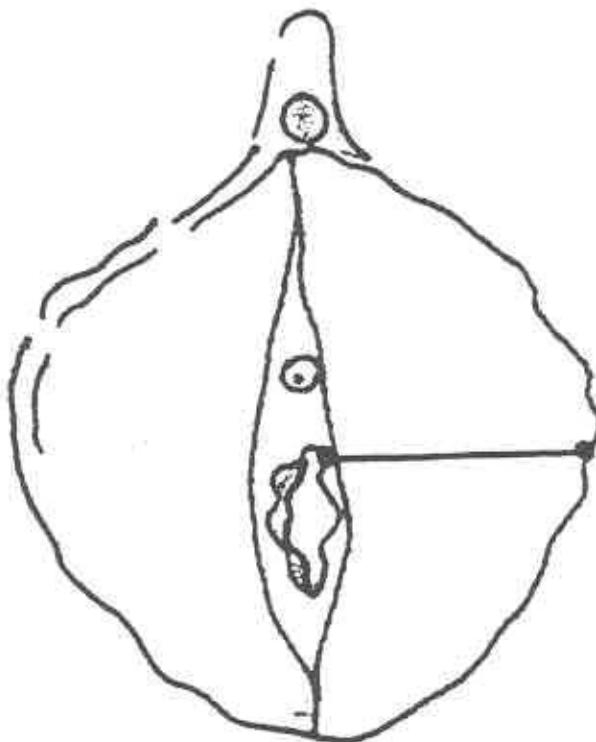
Onderzoek

Het lichamelijk onderzoek wordt verricht terwijl de patiënte meekijkt met een spiegel. Voor sommige vrouwen is dat de eerste keer dat zij hun labia minora zo grondig bekijken. Patiënte ligt in steensnedeliggings. Na

spreiden van elk labium minus onder zo min mogelijk tractie, zal de proximaal-distale afstand tussen de hymenaalring (herkenbaar aan de carunculæ hymenales) en het laterale uiteinde van het labium ter plaatse van het breedste deel ervan, met een (bij voorkeur disposable) meetlint in millimeters worden gemeten (Figuur 1). Beide labia minora worden op deze manier gemeten.

Ten behoeve van een landelijke registratie is het essentieel dat er consensus is over de wijze van meting.

Men dient zich te realiseren dat de intra-en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de meting desondanks niet erg groot is (mondelijke mededeling De Waard 2006).



Figuur 1. *Meting binnenzijde links*

Bespreking met de patiënte en voorstel van behandeling

De bevindingen bij lichamelijk onderzoek worden besproken waarbij de patiënte ook geïnformeerd wordt over de variabiliteit in grootte en de leeftijdsafhankelijke fysiologische veranderingen van labia minora (Karim et al. 2007). De gerapporteerde normaalwaarden (Lloyd et al., 2005) dienen hierbij te worden genoemd ter illustratie. Voorlichting en geruststelling door de specialist blijken vaak voldoende te zijn om de vraag om een labiumreductie weg te nemen. Soms is seksuologische, bekkenfysiotherapeutische of psychotherapeutische hulpverlening meer aangewezen.

De gevolgen van de klacht in het dagelijks leven worden geresumeerd waardoor het voor zowel de arts als de patiënte duidelijk is dat vaak naast de somatische, ook psychologische aspecten een rol spelen. Deze aanpak biedt aanknopingspunten voor de meest gepaste behandeling van de individuele patiënte. De centrale vraag is immers of een operatie de oplossing is van het probleem (de problemen) waar de vrouw mee zit. Indien in één consult niet tot een afgewogen besluit aangaande de juiste behandeling kan worden gekomen, zal patiënte uitgenodigd worden voor een volgend consult.

Alvorens tot een chirurgische labiumreductie te kunnen besluiten, dient de patiënte ook uitleg te krijgen over de techniek, de resultaten en de mogelijke complicaties van een dergelijke ingreep. Hematoomvorming, nabloeding, infectie en wonddehiscenties worden gemeld als algemeen voorkomende complicaties die kunnen leiden tot een cosmetisch ongewenst resultaat. Het is echter niet bekend hoe vaak deze complicaties voorkomen. Bovendien is niet bekend of de labiumreductie tot ongewenste gevolgen op langere termijn kan leiden. Postoperatieve dyspareunieklaften zijn sporadisch gerapporteerd (Rouzier et al., 2000).

In het voorkomende geval wordt met de patiënte besproken of de ingreep voor vergoeding door de

zorgverzekeraar in aanmerking komt, hetgeen voor een deel afhankelijk is van de criteria opgesteld door de ziektekostenverzekeraar van de patiënte. De NVPC en NVOG zijn van mening dat er sprake kan zijn van een indicatie een gemeten lengte vanaf 40 mm (Rouzier et al., 2000).

Het is raadzaam om direct voorafgaand aan de ingreep duidelijk op de labia te tekenen welk gedeelte ervan zal worden verwijderd terwijl de patiënte meekijkt in een spiegel. Dit voorkomt achteraf problemen rond het thema 'te kort', 'te lang' of 'te asymmetrisch'. Dit impliceert dat de operateur zelf preoperatief met de patiënte de gewenste reductie vaststelt indien een collega de indicatie tot operatie heeft gesteld.

Bij voorkeur worden vóór de ingreep, direct na de ingreep en 6 weken na de ingreep foto's van de vulva gemaakt en in de medische status opgeslagen.

Contraindicaties voor labiumreductie

Esthetische ingrepen in de genitaalstreek zoals een labiumreductie worden bij voorkeur pas uitgevoerd wanneer het betreffende gebied uitgegroeid is, wat meestal omtrent het 18^e levensjaar het geval is. Een verzoek daartoe vóór deze leeftijd is een reden om de vrouw te counsellen in samenwerking met een psycholoog.

Wanneer er een discrepantie bestaat tussen de mate/ernst of soort van klachten en de bij lichamelijk onderzoek vastgestelde grootte van de labia minora dient te worden afgezien van operatief ingrijpen. Dit geldt ook bij een niet te corrigeren irreëel verwachtingspatroon bij patiënte.

Wanneer de vrouw niet alleen in verschillende situaties, maar ook spontaan pijn aan de vulva ervaart, dient een niet-chirurgische behandeling voor haar klachten te worden aangeboden.

Overige aanbevelingen

Ter ondersteuning van de voorlichting is een CD-ROM beschikbaar met afbeeldingen van de variatie in de anatomie van labia minora (Disciplinegroep Obstetrie & Gynaecologie van het Universitair Medisch Centrum Groningen, 2007). Bovendien is een fotoboekje verkrijgbaar, dat een goede weergave geeft van 32 verschillende vulva's (Blanks, 1993).

We adviseren het aantal verzoeken om labiumreducties en het aantal daadwerkelijk uitgevoerde correcties jaarlijks per kliniek bij te houden en te vermelden in het jaarverslag. Nader onderzoek naar dit onderwerp is geboden in verband met het ontbreken van 'evidence based medicine' op het gebied van de indicatiestelling, de therapie en de begeleiding.

Standaardtechnieken en anaesthesie voor de labiumreductie

Technieken

De beschikbare case studies beschrijven kleine series waarin een specifieke operatietechniek werd toegepast. In principe zijn er drie basis technieken met modificaties. De techniek waarmee de operateur het meeste ervaring heeft lijkt in zijn of haar handen 'de beste' techniek.

1- Perifere resectie (Figuren A en G).

Bij de 'clamp and cut'-methode wordt het te reduceren deel van het labium in een klem gevat en vervolgens langs de klem afgesneden, waarna de ontstane wondrand wordt overhecht. Slechts een perifeer deel van de het labium wordt aldus verwijderd. Bij deze techniek is het zaak om de geplande reductie vooraf goed op de labia aan te tekenen omdat door tractie makkelijk te veel lengte in de klem wordt gevat. Overigens is de kans op complicaties bij deze techniek klein. Daar staat tegenover dat de buitenrand niet meer het aspect heeft van de normale schaamlip. Tevens zijn er auteurs die waarschuwen tegen contractie van het rechte litteken en tegen pijnlijke neuromen, die beide kunnen ontstaan aan de rand van het labium. Daarom is er een w-vormige modificatie (ook wel 'zigzag'-techniek genoemd) beschreven om deze littekenklachten te voorkomen (Maas et al., 2000; Hage, 2000). Juiste uitvoering van deze modificatie vergt ervaring.

2- Gecombineerde perifere en centrale resectie (Figuren B, C en D)

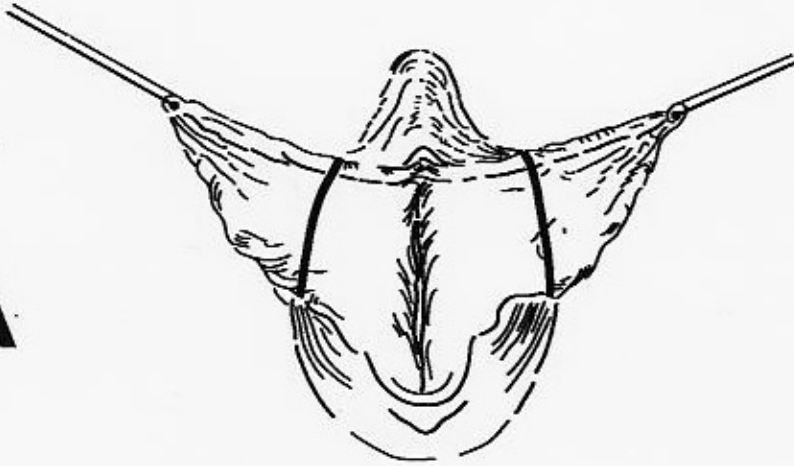
Bij deze techniek wordt een V-vormige wig verwijderd uit het deel van de schaamlip dat het meest prolabeert. De resterende delen worden vervolgens spanningsloos tegen elkaar gehecht. Bij deze techniek omvat de resectie een deel van de perifere rand én een deel van het centrale gedeelte van het labium. Het is belangrijk

de wig niet te breed te plannen teneinde spanning op het litteken en, bijgevolg, wonddehiscentie te voorkomen. Daarom dient de chirurg ervaren te zijn in deze techniek. De wigexcisie wordt met name om cosmetische redenen aanbevolen omdat de natuurlijke contour en pigmentatie van de perifere rand van het labium ermee beter behouden zouden blijven (Alter, 1998; Alter, 2005).

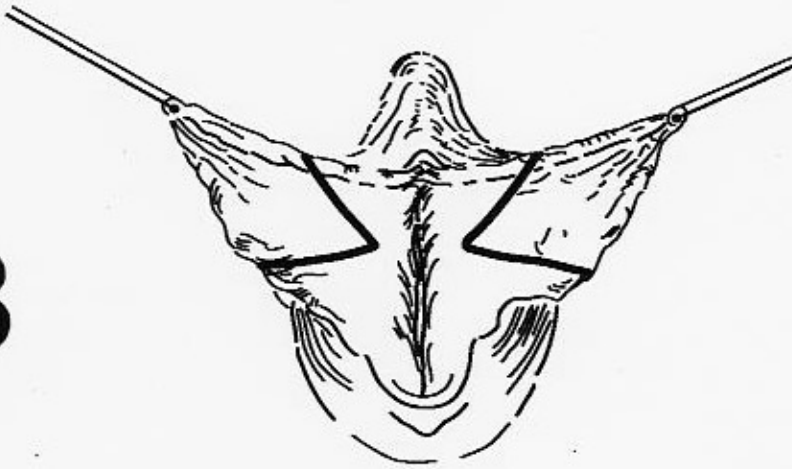
3- Centrale resectie of deëpithelialisatie (Figuren E en F)

Bij deze techniek wordt een centrale oppervlakte van het labium, in grootte corresponderend met de geplande reductie, geëxcideerd of slechts gedeëpithelialiseerd teneinde het aspect van de vrije rand van het labium te behouden. Na excisie volgt approximeren van de wondranden, veelal in een stervormig patroon. Na deëpithelialisatie wordt het gedeëpithelialiseerde deel in zichzelf gevouwen en begraven middels hechten van de gevormde wondranden. Deze laatste techniek spaart de neurovasculaire voorziening van het perifere deel (Choi et al., 2000). Vanwege de complexiteit van planning en uitvoering van de operatie en gelet de bulk aan weefsel die na deëpithelialisatie in het centrale deel van het labium ontstaat, zijn deze technieken ons inziens niet de methoden van eerste keuze.

A



B



C



D



Anaesthesie

In beginsel kan de labiumreductie onder lokale, regionale of algehele anaesthesie worden uitgevoerd, maar beperking tot lokale anaesthesie laat een rustige planning en uitvoering van de ingreep veelal niet goed toe. Wordt er toch gekozen voor lokale anaesthesie dan wordt geadviseerd om marcaine met adrenaline te gebruiken vanwege de langere periode van (postoperatieve) pijnstilling. De geplande reductie dient bij lokale infiltratietechnieken steeds vóór die infiltratie op het labium aangetekend te worden.

Hoewel algehele anaesthesie veelal niet nodig is, dient bij de keuze van anaesthesie eveneens rekening te worden gehouden met de beleving en draagkracht van de patiënte alsmede met de inschatting en ervaring van de operateur aangaande de complexiteit van de ingreep.

Literatuur

Geraadpleegde Literatuur

Alter GJ. A new technique for aesthetic labia minora reduction. *Ann Plast Surg* 1998; 40(3): 287-0.

Alter GJ. Central wedge nymphectomy with a 90-degree Z-plasty for aesthetic reduction of the labia minora. *Plast Reconstr Surg* 2005; 115(7): 2144-5.

Blanks J. 1993 *Femalia*. San Francisco, Down There Press, 1993.

Braun V. In search of (better) sexual pleasure: Female genital 'cosmetic surgery'. *Sexualities* 2005; 8(4): 407-24.

Choi HY, Kim KT. A new method for aesthetic reduction of labia minora (the deepithelialized reduction of labioplasty). *Plast Reconstr Surg* 2000; 105: 419-22.

Disciplinegroep Obstetrie & Gynaecologie van het Universitair Medisch Centrum Groningen. Als je het niet kent zie je het niet (deel II). 2007.

Essen B, Johnsdotter S. Female genital mutilation in the West: traditional circumcision versus genital cosmetic surgery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83(7): 611-613.

Green FJ. From clitoridectomies to 'designer vaginas': The medical construction of heteronormative female bodies and sexuality through female genital cutting. *Sexualities Evolution and Gender* 2005; 7(2): 153-87.

Hage JJ. Vijftig jaar plastische chirurgie in Nederland. III Constructieve chirurgie van de genitaliën. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2000; 144: 966-73.

Karim RB, Dekker JJML, Hage JJ, Paarlberg KM, Weijnenborg PhThM. Het genitale uiterlijk. *Medisch Contact* 2007; 62(33-34): 1372-3.

Liao LM, Creighton SM. Requests for cosmetic genitoplasty: How should healthcare providers respond? *BMJ* 2007; 334(7603): 1090-2.

Lloyd JN, Crouch S, Minto CL, Liao LM, Creighton SM. Female genital appearance: "normality" unfolds. *BJOG* 2005; 112(5): 643-646.

Maas SM, Hage JJ. Functional and aesthetic labia minora reduction. *Plast Reconstr Surg* 2000; 105(4): 1453-6.

Paarlberg KM, Weijnenborg PTM. Request for operative reduction of the labia minora; proposal for a practical guideline for gynaecologists. *JPOG* submitted

Rouzier RC, Louis-Sylvestre C, Paniel BJ, Haddad B. Hypertrophy of labia minora: experience with 163 reductions. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182: 35-40.

Waard de J, Weijnenborg PTM, ter Kuile MM, Jansen FW. Verzoek om labiumcorrectie: Soms meer dan een simpele vraag. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2002; 146: 1209-12.

Colofon

Auteurs

Dhr. dr. J.J. Hage, plastisch chirurg, Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, Amsterdam

Dhr. dr. R.B. Karim, plastisch chirurg, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam

Mw. dr. K.M. Paarlberg, gynaecoloog, Gelre Ziekenhuizen locatie Apeldoorn, Apeldoorn

Mw. Ph.Th. M. Weijnenborg, gynaecoloog, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden

Beoordelaars

Opzet van literatuuronderzoek

In de Cochrane library en het Cochrane Register van gecontroleerde studies werden geen publicaties over dit onderwerp gevonden.

Een Pubmed-search (1966-2007) in Medline werd verricht met de zoektermen 'labia', 'labia minora', 'reduction' and 'labioplasty', omdat relevante MESH termen ontbreken.

Ook werden niet systematische kruisreferenties gezocht in Medline-geïndexeerde tijdschriften, alsmede in tijdschriften die niet geïndexeerd zijn in de Medline-database.

© 2008 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

Dit modelprotocol is opgesteld door Dr. J.J. Hage (NVPC), Dr. R.B. Karim (NVPC), Dr. K.M. Paarlberg (NVOG) en Ph.Th.M. Weijnenborg (NVOG) en vastgesteld in de 595^e ledenvergadering d.d. 28 mei 2008 te Haarlem. Een modelprotocol beschrijft een klinische procedure en vormt een verlengstuk van wetgeving of documenten opgesteld door de NVOG. Incidentele omstandigheden kunnen het onmogelijk maken om aan alle aspecten van een protocol te voldoen. Afwijkingen dienen in een verslag te worden verantwoord.

NVOG

Postbus 20075

3502 LB Utrecht

<http://www.nvog.nl/>

Disclaimer

De NVOG sluit iedere aansprakelijkheid uit voor de opmaak en de inhoud van de voorlichtingsfolders of richtlijnen, alsmede voor de gevolgen die de toepassing hiervan in de patiëntenzorg mocht hebben. De NVOG stelt zich daarentegen wel open voor attentie op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van deze voorlichtingsfolders of richtlijnen. Neemt u dan contact op met het Bureau van de NVOG (e-mail: info@nvog.nl).