

Przerost warg sromowych mniejszych – patomorfologia i leczenie chirurgiczne

Hypertrophy of labia minora – pathomorphology and surgical treatment

Kruk-Jeromin Julia, Zieliński Tomasz

Klinika Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej UM w Łodzi

Streszczenie

Wstęp: Przerost warg sromowych mniejszych jest odmianą anatomiczną, jednostronną lub obustronną, czasami asymetryczną. W etiopatogenezie wymieniane są także czynniki mechaniczne i zaburzenia hormonalne. Wargi sromowe mniejsze dłuższe niż 4-5 cm są dla kobiety problemem estetycznym i czynnościowym. Leczenie chirurgiczne wykonywane jest na prośbę pacjentki i polega na korekcji przerośniętych warg sromowych mniejszych.

Cel: Przedstawienie własnych doświadczeń w redukcji warg sromowych mniejszych.

Materiał i metoda: Operowano 21 kobiet w wieku 18-35 lat z przerostem warg sromowych mniejszych. U wszystkich pacjentek przerost był obustronny ale u 5 asymetryczny. Zauważono, że wargi sromowe większe były mniejsze niż normalnie i nawet po korekcji warg mniejszych nie stykały się w linii środkowej. Stosowano eliptyczną redukcję nadmiaru tkanek warg sromowych mniejszych.

Wyniki: Wyniki estetyczne i czynnościowe, wczesne i odległe, były bardzo dobre. Wszystkie pacjentki wyrażały pełne zadowolenie z leczenia.

Wnioski: Przerost warg sromowych nie jest stanem patologicznym a raczej odmiennością anatomiczną. Wskazaniem do leczenia chirurgicznego jest dyskomfort psychiczny i czynnościowy. Proste eliptyczne wycięcie nadmiaru tkanek jest metodą całkowicie bezpieczną.

Słowa kluczowe: **wargi sromowe / przerost / redukcja chirurgiczna /**

Summary

Background: Hypertrophy of labia minora is a variant of normal anatomy. The enlargement can be unilateral or bilateral and is sometimes asymmetric. Hypertrophy of the labia minora may be attributed to mechanical irritation and endocrine diseases.

Labia minora longer than 5 cm is a functional and aesthetic problem for many women.

Surgical treatment is performed at the request of the patient and based on surgical reduction of labia minora.

Aim: The goal of this paper is to present our own experiences in labia minora reduction.

Adres do korespondencji:

Tomasz Zieliński
Klinika Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej UM w Łodzi
90-153 Łódź, ul. Kopcińskiego 22
tel: 042-67-76-742
fax: 042-67-76-749
e-mail: tomiel@onet.eu

Otrzymano: 30.12.2009
Zaakceptowano do druku: 30.03.2010

Material and methods: Twenty-one patients with labia minora hypertrophy, aged from 18 to 35, were operated. Hypertrophy was bilateral in all cases but asymmetrical in 5. We have observed that labia majora were smaller than normally and even after labioplasty did not contact in the midline. We performed elliptical resection of the protuberant segment of the hypertrophic labium.

Results: We obtained good aesthetic and functional results. All patients were fully satisfied with the outcome.

Conclusions: Hypertrophy of labia minora is not a pathologic condition but rather a variant of normal anatomy. Indication of the operation is psychical and functional discomfort. Elliptical resection of the protuberant tissue is a safe method of treatment.

Key words: **labia minora / hypertrophy / surgical reduction /**

Wstęp

Przerośnięte wargi sromowe mniejsze lub ich asymetria są częstą przyczyną obniżonego komfortu psychicznego oraz źródłem dolegliwości związanych z codzienną aktywnością.

Miejscowe podrażnienia, problemy z utrzymaniem higieny osobistej, dyskomfort we współżyciu, trudności w uprawianiu niektórych sportów czy niemożność noszenia obcisłej bielizny to podstawowe problemy zgłaszane przez pacjentki szukające pomocy chirurga.

Choć kryteria przerostu nie są ściśle określone, wargi sromowe mniejsze uważa się za przerośnięte, kiedy ich długość od podstawy do krawędzi przekracza 4-5cm. Przerost może być jedno lub obustronny a czasami asymetryczny. (Rycina 1a i 1b, rycina 2a i 2b).

Częstość występowania przerostu warg sromowych jest trudna do oszacowania, ale rosnąca z każdym rokiem liczba zabiegów korekcyjnych świadczy o skali problemu [1, 2, 3].

Przerost warg sromowych mniejszych należy traktować jako zaburzenie w rozwoju narządów płciowych zewnętrznych o nieznaną etiologię. Podejrzewane są też czynniki pourodzeniowe związane z drażnieniem mechanicznym poprzez masturbacje, nadmierne pożycie płciowe lub noszenie ozdób kolczykowych. Do przerostu może także doprowadzić przebyte w dzieciństwie leczenie hormonalne lub przewlekłe stany zapalne będące następstwem nietrzymania moczu [4, 5].

Zabieg redukcji warg sromowych mniejszych można przeprowadzić w każdym wieku, choć większość autorów uważa, że lepiej wykonać go po 18 roku życia. Choć część kobiet poddaje się labioplastyce z powodu zaburzeń czynnościowych, to jednak zdecydowana większość wykonuje go w celu poprawy wyglądu estetycznego sromu i własnego komfortu psychicznego [6].

W pracy przedstawiono doświadczenia własne w redukcji warg sromowych mniejszych.

Materiał i metoda

W Klinice Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej UM w Łodzi w latach 2004-2008 leczono 21 kobiet w wieku 18-35 lat z przerostem warg sromowych mniejszych.

Motywacja zgłaszających się do nas pacjentek w 76% wynikała z chęci poprawy estetycznego wyglądu sromu. Kłopoty z utrzymaniem higieny osobistej zgłaszało 61%, za przeszkodę w pożyciu seksualnym przerośnięte wargi uznało 66% kobiet a na dyskomfort przy noszeniu obcisłej bielizny lub strojów kąpielowych skarżyło się 57% operowanych.

U wszystkich pacjentek przerost był obustronny ale u 5 asymetryczny. Wargi wewnętrzne miały długość co najmniej 5cm a w niektórych przypadkach nawet 7cm. Wargi sromowe większe były małe, co jeszcze bardziej ekspozycjonowało przerost fałdów wewnętrznych; nawet po operacji nie zawsze je zakrywały.

Zabieg przeprowadzano w znieczuleniu miejscowym nasiękowym 1% lignokainą z dodatkiem adrenaliny. Stosowano eliptyczne wycięcie nadmiaru tkanek. Ponieważ wargi sromowe mniejsze różniły się u poszczególnych pacjentek, dlatego różny był zakres resekcji.

Po wycięciu i uzyskaniu dokładnej hemostazy brzegi rany zszywano szwami pojedynczymi, wchłanialnymi. Zabieg przeprowadzano w warunkach hospitalizacji jednodniowej. Pacjentki wypisywano do domu z zaleceniem utrzymania w czystości i suchości operowanej okolicy.

Wyniki

Wczesny przebieg pooperacyjny był niepowikłany u 20 pacjentek. Tylko u jednej chorej wystąpiło niewielkie krwawienie pooperacyjne z brzegów rany, wymagające wzmożonej pielęgnacji. Większość operowanych kobiet zgłaszała niewielki pooperacyjny dyskomfort wynikający z bolesności i obrzęku operowanej okolicy, który utrzymywał się do 2 tygodni po zabiegu.

Oceny wyników odległych dokonywano co najmniej po 6 miesiącach od operacji. Wyniki estetyczne uznaliśmy za dobre. Nie obserwowano blizn przykurczających. Wszystkie pacjentki wyrażały pełne zadowolenie, zarówno z poprawy wyglądu operowanej okolicy jak i wyników czynnościowych.

Dyskusja

Przerost warg sromowych mniejszych przez wiele lat traktowany był jako stan normalny, niewymagający terapii. Jednak kobiety dotknięte tym problemem dostrzegają różnicę w wyglądzie swych narządów płciowych co jest dla nich kłopotliwe i często uniemożliwia prowadzenie normalnego życia seksualnego. Redukcja warg sromowych może poprawić komfort psychiczny i seksualność kobiety.

Leczenie jest tylko chirurgiczne. W celu osiągnięcia poprawy stosuje się wiele metod operacyjnych. Każda z nich ma swoje wady i zalety. W naszym doświadczeniu stosowaliśmy metodę prostego eliptycznego wycięcia nadmierne przerośniętych części warg sromowych.

Technika ta jest stosunkowo prosta a co za tym idzie bezpieczna i obarczona małą ilością powikłań. Główne wady tej metody podnoszone przez innych autorów to: utrata naturalnego konturu brzegu i koloru warg oraz nadmierne obkurczanie się liniowej blizny.

Przerost warg sromowych mniejszych – patomorfologia i leczenie chirurgiczne.



Rycina 1a, 1b. Symetryczny przerost warg sromowych mniejszych. Niedorozwój warg sromowych większych.

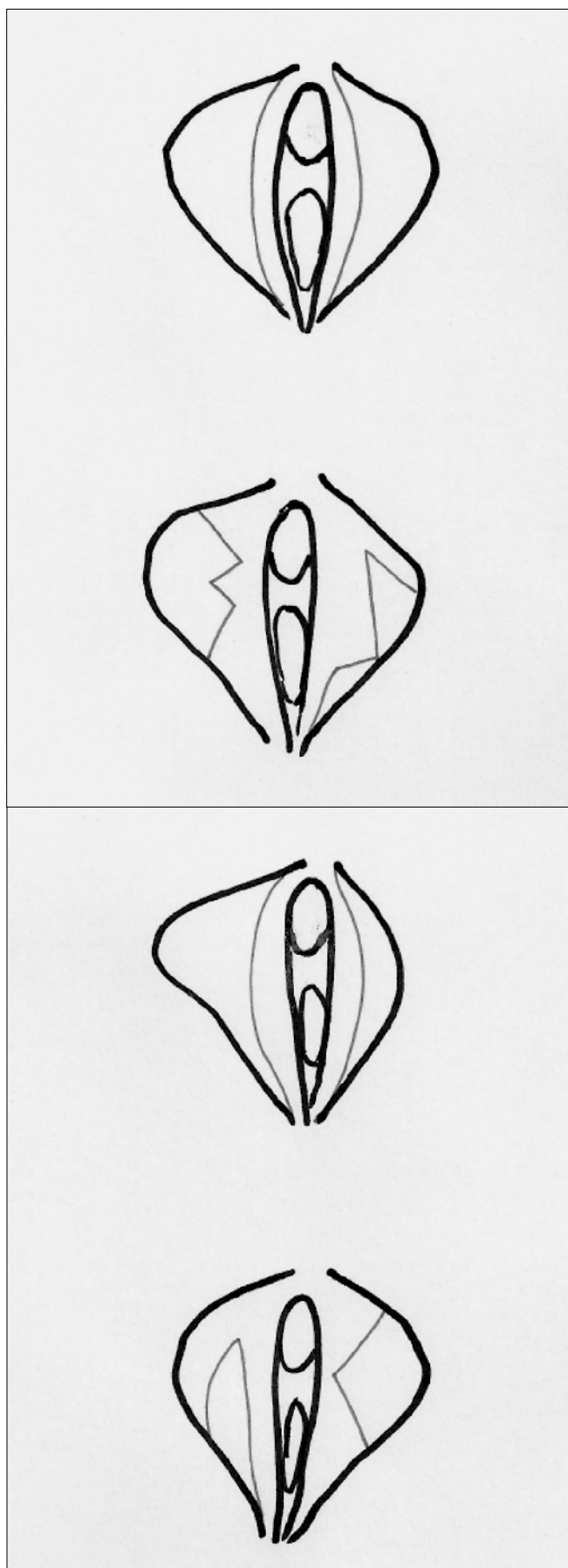
Rycina 2a, 2b. Asymetryczny przerost warg sromowych mniejszych.

W naszym materiale nie obserwowaliśmy powikłań wynikających ze skracania się blizny. Wydaje się, że można temu w większości przypadków zapobiec unikając nadmiernej redukcji. Pozostawione wargi sromowe mniejsze powinny mieć około 1 cm szerokości i zasłaniać przedsionek pochwy. Aby uniknąć obkurczania blizny Maas i Hage zaproponowali wykonywanie wielokrotnej Z-plastyki w linii cięcia [7].

W celu zachowania naturalnego brzegu Alter wykonuje klinową resekcję tkanek warg sromowych [8]. Jednak z powodu konieczności głębokiej, pełnej grubości resekcji procedura ta niesie za sobą potencjalne ryzyko uszkodzenia nerwów, co może doprowadzić do powstania bolesnych nerwiaków i zaburzeń czucia. Może również dojść do obkurczenia się prostopadłej blizny w środkowej części sromu powodując zwężenie wejścia do pochwy. Ponadto przy nadmiernej redukcji, wskutek dużego

napięcia tkanek łatwo może dojść do rozejścia się brzegów rany, co wymaga wtórnej korekcji. Aby temu zapobiec Munhoz i wsp. zmodyfikowali tę metodę resekując tylną część warg sromowych i odtwarzając ich brzeg płatem górnie uszypułowanym [9]. W opisanych technikach płatowych odnotowano większą liczbę martwicy tkanek i rozejścia się brzegów rany na skutek niedokrwienia płata.

Stopień redukcji powinien być uzgadniany indywidualnie z pacjentką. Stosowana przez nas metoda daje dobre wyniki w przypadkach znacznego przerostu i zaburzeń czynnościowych. W sytuacji niewielkiego przerostu i motywacji głównie estetycznej, wskazane może być zastosowanie bardziej oszczędzającej metody operacyjnej zaproponowanej przez Choi i Kim, polegającej na zwężeniu warg tylko poprzez deepitelializację ich przyśrodkowej i bocznej powierzchni [9].



Rycina 3. Sposoby redukcji przerosniętych warg sromowych mniejszych.



Rycina 4a, b, c. Asymetryczny przerost warg sromowych mniejszych – przed i po operacji.

Przerost warg sromowych mniejszych – patomorfologia i leczenie chirurgiczne.



Rycina 5a, b, c, d. Znaczący przerost warg sromowych mniejszych – przed i po operacji korekcyjnej.

Wnioski

1. Przerost warg sromowych nie jest stanem patologicznym a raczej odmiennością anatomiczną.
2. Wskazaniem do leczenia chirurgicznego jest dyskomfort psychiczny i czynnościowy.
3. Proste eliptyczne wycięcie nadmiaru tkanek jest metodą całkowicie bezpieczną.
4. Zabieg korekcyjny daje dobre wyniki estetyczne, eliminuje problemy funkcjonalne i poprawia komfort psychiczny kobiety.

Piśmiennictwo

1. Jarzabek G, Watrowski R, Witkowska J, [i wsp.]. Problem przerostu warg sromowych mniejszych. *Ginekol Prakt.* 2008, 3, 16-19.
2. Wróbel B. Wyniki badania wybranych cech seksualności kobiet w związku małżeńskim. *Ginekol Pol.* 2008, 79, 99-107.
3. Sakamoto H, Ichikawa G, Shimizu Y, [et al.]. Extreme hypertrophy of the labia minora. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004, 83, 1225-1226.
4. Capraro V. Congenital anomalies. *Clin Obstet Gynecol.* 1971, 14, 988-1012.
5. Rouzier R, Louis-Sylvestre C, Paniel B, [et al.]. Hypertrophy of labia minora: experience with 163 reductions. *Am J Obstet Gynecol.* 2000, 182, 35-40.
6. Hodgkinson D, Hait G. Aesthetic vaginal labioplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1984, 74, 414-416.
7. Maas S, Hage J. Functional and aesthetic labia minora reduction. *Plast Reconstr Surg.* 2000, 105, 1453-1456.
8. Alter G. A new technique for aesthetic labia minora reduction. *Ann Plast Surg.* 1988, 40, 287-290.
9. Munhoz A, Filassi J, Ricci M, [et al.]. Aesthetic labia minora reduction with inferior wedge resection and superior pedicle flap reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2006, 118, 1237-1247.
10. Choi H, Kim K. A new method for aesthetic reduction of labia minora (the deepithelialized reduction labioplasty). *Plast Reconstr Surg.* 2000, 105, 419-422.