

## 'Designer vaginas' Een issue voor seksuologen?

Philomeen Weijnenborg

Leids Universitair Medisch Centrum

### Samenvatting

Om de vraag te kunnen beantwoorden of 'designer vaginas' een issue voor seksuologen is worden aan de hand van een verzoek om labiumreductie in dit artikel de medisch-technische, psychologische, seksuele en ethische aspecten van een verzoek om labiumreductie besproken. Het wordt duidelijk dat een dergelijk verzoek niet voortkomt uit een puur seksuologisch probleem. Seksuologen kunnen echter wel een belangrijke rol spelen bij de aanpak, diagnostiek en behandeling. Kort wordt ingegaan op dubbele moraal die blijkt te bestaan wanneer het gaat om cosmetische genitale chirurgie.

Gegeven de talrijke publicaties in de pers, week- en maandbladen en de berichten op het internet lijkt het aantal cosmetisch chirurgische ingrepen aan de genitalia externa bij vrouwen in Nederland en andere westerse landen de laatste jaren hand over hand toe te nemen (Braun, 2005). Om seksueel (dis)functioneren en 'woman's hidden aesthetics' te verbeteren ([www.wellnesskliniek.com](http://www.wellnesskliniek.com)) bevelen diverse cosmetisch chirurgische centra de zogenaamde 'designer vaginas' aan. Hieronder vallen onder andere het verkleinen van de labia minora (reductie), het vergroten van de labia majora door vetinjecties (augmentatie), het weghalen van vet in labia majora en mons pubis (liposuctie), het vernauwen van de vagina-ingang (rejuvenation), het verkleinen van het preputium van de clitoris, het vergroten van de G spot en het herstel van het hymen. Tot nu toe is slechts minimaal onderzocht of deze verschillende chirurgische veranderingen aan de genitalia bij vrouwen inderdaad tot betere seks en grotere tevredenheid met het uiterlijk van de geslachtsdelen leiden (Braun, 2005).

In dit artikel zal een (verzoek tot) labiumreductie als voorbeeld genomen worden. Een dergelijk verzoek

komt niet alleen bij een cosmetisch chirurgisch centrum maar ook met enige regelmaat in de spreekkamer van gynaecoloog en plastisch chirurg naar voren. Omdat over de medisch technische, psychologische, seksuologische en ethische aspecten van een labium reductie ook relatief gezien het meest bekend is, lijkt deze vorm van cosmetische genitale chirurgie een mooie kapstok te zijn om de vraag te kunnen beantwoorden of 'designer vaginas' een issue voor seksuologen is.

### De normale lengte van labia minora

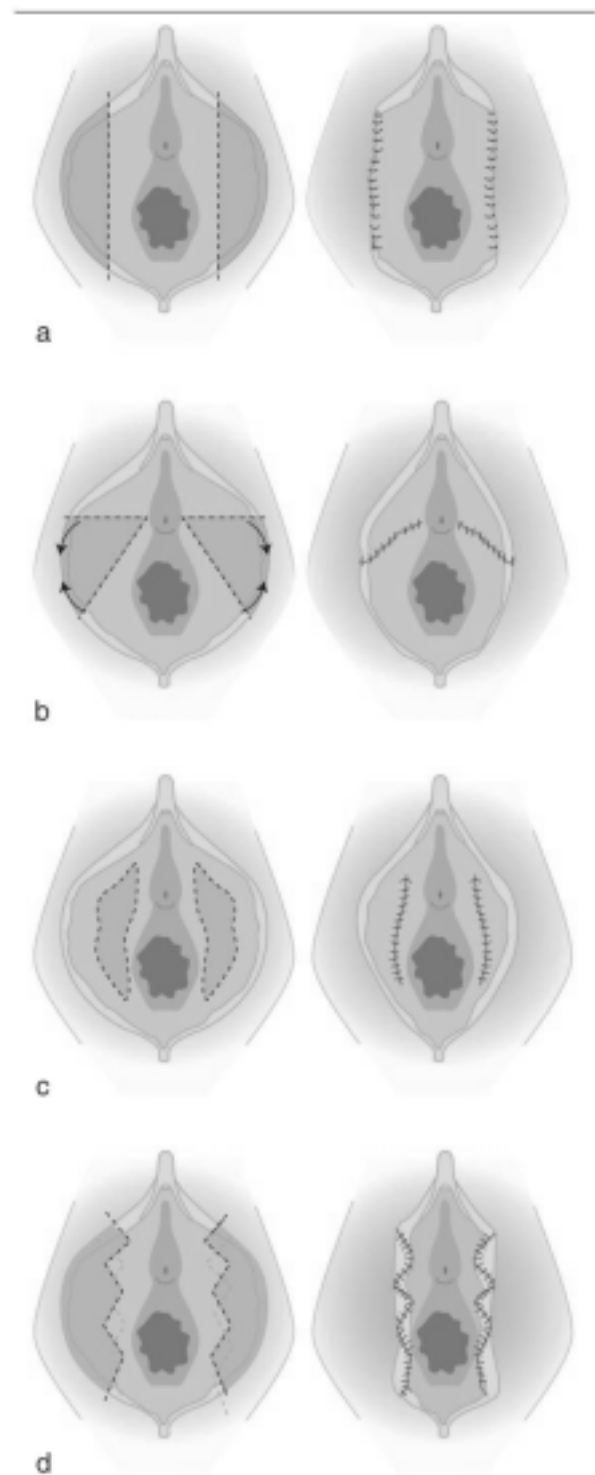
Eind 19<sup>e</sup> eeuw werden voor het eerst aan de hand van bevindingen bij obductie de afmetingen van de genitalia externa beschreven (Waldeyer, 1899) waarbij de lengte van de labia minora zou variëren van 2.5-3.5 cm. Friedrich (1983) meldde dat de normale lengte van de binnenste schaamlippen minder dan 5 cm zou zijn wanneer het labium aan de binnenzijde onder minimale tractie naar lateraal toe gemeten werd. Recent rapporteerden een aantal Engelse gynaecologen (Lloyd, Crouch, Minto, Liao, & Creighton, 2005) dat de lengte van labia minora varieerde tussen de 7 en 50 mm. In dit onderzoek werden bij 50 premenopausale vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 35 jaar (SD = 8.7) die voor een gynaecologische ingreep op de operatiekamer lagen, onder narcose voorafgaande aan de ingreep gestandaardiseerd de verschillende maten opgenomen van de uitwendige genitalia. De vrouwen hadden overigens geen aan de genitalia externa gerelateerde problemen. Op basis van deze meldingen in de literatuur

moet men concluderen dat labia minora van persoon tot persoon uniek zijn en in lengte variëren, waarbij een lengte van 50 mm een bovengrens van het normale zou (kunnen) zijn.

Er spelen echter ook culturele factoren die het normaal zijn van een bepaalde lengte van de labia minora beïnvloeden. Zo is een eeuwenoud gebruik bekend onder de Khoikhoi, een Afrikaanse stam die vroeger ook de Hottentotten werden genoemd. Er werd een klein kiezelsteentje via een incisie in het labium gebracht, waarna door vervanging met steeds grotere steentjes, het labium werd opgerekt resulterend in de zogenaamde 'Hottentottenschürze' (Chase-Riboud, 2003). Of deze manipulatie moet worden beschouwd als een variant op genitale verminking bij vrouwenbesnijdenis, die in die streken in Afrika ook veel voorkwam, is niet duidelijk. Gelfland (1973) beschreef aan de hand van een casus de gewoonte onder Afrikaanse jonge meisjes om met trekken de labia minora te verlengen. Dit gebruik, kudenga genaamd, zou de genitalia geschikt maken om optimaal coïtus te kunnen hebben met een partner.

### De medisch technische aspecten van een labiumreductie

In case reports met maximaal 20 patiënten hebben de afgelopen jaren vooral plastisch chirurgen verschillende operatietechnieken beschreven (Radman, 1976; Hodgkinson & Hait, 1984; Chavis, LaFerla & Niccolini, 1989; Alter, 1998; Choi & Kim, 2000; Maas & Hage, 2000; Giraldo, Gonzalez & de Haro, 2004). In slechts één publicatie wordt niet alleen over de chirurgische procedure, de resultaten en complicaties van de ingreep, maar ook over de tevredenheid van de vrouwen achteraf gerapporteerd (Rouzier, Louis-Sylvestre, Paniel & Haddad, 2000). In dit onderzoek werden de statusgegevens van 163 vrouwen in de leeftijd van 12 tot 67 jaar (mediaan 26), die tot 9 jaar daarvoor een labiumreductie hadden ondergaan, beoordeeld. De ingreep werd alleen verricht bij een afstand tussen de hymen-basis en de vrije rand van het labium minus van meer dan 40 mm omdat er volgens de onderzoekers pas bij deze lengte een samenhang zou zijn met de gerapporteerde klachten en er slechts dan verbetering van een reductie verwacht kon worden. In dit onderzoek klaagden de vrouwen pre-operatief over lokale irritatie bij strakke kleding (64%), ongemak bij sporten (26%) en oppervlakkige dyspareunie door invaginatie van voorhangend weefsel (43%). Het merendeel van de vrouwen (87%) was ook ontevreden over het esthetisch aspect. Er werd een zogenaamde wigexcisie uitgevoerd. Tijdens de operatie deden zich geen ernstige complicaties voor. Elf van de 163 vrou-



Operatietechnieken voor het verkleinen van de labia minora: 'trimmen' (a); wigexcisie (b); bilaterale deëpithelialisatie, waarbij alleen het epitheel van het labium wordt verwijderd met behoud van het onderliggende losmazige weefsel en vaat- en zenuwverloop (c); en de 'zig-zag'-techniek (d).

wen (6%) moesten opnieuw geopereerd worden vanwege het loslaten van de hechtingen (wondhefscintie). Tien van hen waren uiteindelijk tevreden met het behaalde resultaat. Alle 163 geopereerde vrou-

wen kregen bij follow-up een vragenlijst toegestuurd. Negenentwintig vrouwen konden niet worden bereikt, terwijl 98 van hen een ingevulde enquête retournerden (respons: 73%). De follow-up duur varieerde van 6 maanden tot 9 jaar. Van alle vrouwen rapporteerde 64% direct postoperatief last van pijn gedurende 1-60 dagen en 23% last van oppervlakkige dyspareunie (3-90 dagen). Verder bleek op de langere termijn ruim 90% van de vrouwen tevreden te zijn over het cosmetische en functionele resultaat. Op basis van deze onderzoeksresultaten zou men voorzichtig mogen concluderen dat een goede pre-operatieve selectie tot een goed resultaat van de operatie leidt.

Er zijn diverse technieken om de labia minora te verkleinen waarbij niet bekend is welke methode de beste zou zijn (zie figuur). Bij het amputeren of 'trimmen' wordt het overmatige, buitenste deel van de labia als het ware 'afgeknipt', waarna de wondranden worden overhecht. Het streven is de binnenste lippen zo te verkleinen dat deze binnen de buitenste vallen. Een nadeel van deze ingreep is echter dat de normale contour en kleur van de randen van de labia verdwijnen. Daarom wordt wel een wigexcisie geadviseerd, waarmee de natuurlijke contour en vooral de pigmentatie van de vrije rand van het labium beter behouden blijven (Alter, 1998). Deze techniek heeft, evenals de de-epithelialisatie (Choi & Kim, 2000) en W- of zigzag-techniek (Maas & Hage, 2000), ook als voordeel dat vernauwing van de vagina-ingang voorkomen kan worden, hetgeen bij 'trimmen' door littekenretractie nog wel eens het geval kan zijn. De ingrepen worden zowel onder narcose als onder regionale of lokale anesthesie uitgevoerd. Complicaties op korte termijn kunnen optreden zoals een (ernstige) nabloeding of infectie waardoor de hechtingen te vroeg loslaten (wonddehiscenties) met negatieve gevolgen voor de cosmetiek. Over de resultaten van een labiumreductie op langere termijn zijn enkel de eerder beschreven gegevens bekend uit de retrospectieve studie van Rouzier et al. (2000).

### **Klinische presentatie**

Vrouwen van jong tot oud en meestal heteroseksueel georiënteerd kunnen vragen om een labiumreductie. Vaak vindt de vrouw haar geslachtsdeel 'er niet uitzien'. In haar ogen en/of beleving is de lengte van haar binnenste lippen abnormaal groot. Daarnaast heeft ze vulvaire klachten die zij ook aan deze abnormale lengte toeschrijft. Specifiek kan het dan gaan om pijn en irritatie aan de vulva bij fietsen, paardrijden en het dragen van strakke broeken. Soms klaagt ze over pijn bij

de gemeenschap, samengaand met het mee naar binnen trekken van de binnenste lippen bij coïtus. Soms klaagt ze dan ook over het feit dat zij bij intromissie van de penis de lippen moet spreiden. Meestal bestaan deze klachten sinds de puberteit, incidenteel ontstaan de klachten in aansluiting op een zwangerschap of bevalling. De last van de klachten wordt duidelijk wanneer geïnformeerd wordt naar de gevolgen ervan in het dagelijks leven. Zo kan de vrouw soms moeilijk haar gedachten afhouden van de in haar ogen abnormaal grote schaamlippen. Ze piekert veel, voelt zich minderwaardig en gespannen. Zij vouwt haar lippen steeds om in haar onderbroekje of duwt deze plat met een WC papiertje. Ze fietst niet meer en draagt alleen wijde broeken. Uit schaamte ten opzichte van anderen vermijdt ze situaties zoals gaan zwemmen, sporten of naar de sauna gaan. Een seksueel geweldsverleden kan soms ook een reden zijn om aan te dringen op een labiumreductie omdat daarmee als het ware iedere herinnering aan het trauma wordt weggesneden. De vrouw vraagt om een verkleining van haar binnenste lippen omdat zij hoopt dat daarmee haar problemen opgelost worden. Ze hoopt op een toename van zelfvertrouwen en een beter seksueel leven. Vaak heeft zij via de media, internet of andere vrouwen gehoord dat een ingreep aan de genitalia mogelijk is. Slechts zelden is het de partner die een bezoek aan een arts initieert, omdat hij vindt dat de uitwendige genitalia van zijn partner 'abnormaal' zijn.

De gynaecoloog is geraakt door de ernst van de problematiek, wil graag hulp bieden en een operatieve correctie lijkt dan logisch. Toch zijn er enkele factoren die een dergelijke beslissing kunnen beïnvloeden.

De vrouw weet vaak niet dat het normaal is dat tijdens de puberteit onder invloed van hormonen de grootte en vorm van de labia minora en majora veranderen en dat er een enorme variatie in grootte en vorm van de geslachtsdelen tussen vrouwen onderling bestaat. Zij weet ook niet dat het normaal is dat de binnenste lippen (ofwel 'kleine schaamlippen') vaak meer naar buiten steken en dus groter en langer lijken ten opzichte van de buitenste labia oftewel de 'grote schaamlippen'. Nu het de gewoonte is het schaamhaar af te scheren, waardoor de contouren van haar geslachtsdeel beter zichtbaar worden, neemt haar ongerustheid over het normaal of abnormaal zijn, alleen maar toe.

De gynaecoloog weet uit de dagelijkse praktijk dat de vorm en grootte van de labia minora van vrouw tot vrouw verschillen, terwijl hij/zij<sup>1</sup> niet goed weet wat een 'normaalwaarde' voor de labia minora is.

Daarbij kan zij bij gynaecologisch onderzoek de vulvaire klachten van de vrouw als pijn en irritatie eigenlijk niet goed objectief vast stellen. Zij weet ook niet of deze subjectieve klachten samenhangen met de lengte/grootte van de labia minora, waardoor het onzeker is of operatief verkleinen van de labia minora een oplossing voor de klachten van haar patiënte zal zijn (de Waard, Weijnenborg, ter Kuile, & Jansen, 2002). De gynaecoloog begeeft zich ook enigszins op glad ijs wanneer zij een operatieve correctie uitvoert. Impliciet levert zij met het doen van een dergelijke ingreep een medische indicatie af welke louter gebaseerd is op haar eigen beeld over wat normaal is en de daaraan gerelateerde klachten en last die de vrouw ervaart. Meestal wordt dergelijk ingrijpen vergoed door de ziektekostenverzekering, afhankelijk van het beleid van een ziektekostenverzekering in een bepaalde regio. Bij een operatie om gelijke redenen, echter verricht door een plastisch chirurg of cosmetisch arts, moet de vrouw meestal zelf de kosten betalen. Afhankelijk van de ingreep kunnen de kosten variëren van • 1500 tot meer dan • 9000 indien een combinatie van verschillende genitale chirurgische ingrepen gewenst wordt. Des te pijnlijker wordt de situatie wanneer tijdens de anamnese met de vrouw blijkt dat de wetenschap dat een operatie vergoed wordt, de vrouw beweegt haar verzoek voor labiumreductie aan een gynaecoloog te richten en niet aan een plastisch chirurg of arts werkend in een cosmetisch centrum.

Enkele gynaecologen zullen diep in hun hart een 'double standard of morality' (Sheldon & Wilkinson, 1998; Mason, 2001; Essen & Johnsdotter, 2004; Green, 2005; Braun, 2005) ervaren wanneer zij een operatie overwegen. Enerzijds wordt vrouwenbesnijdenis<sup>2</sup> in de meeste West-Europese landen en de Verenigde Staten in al haar vormen juridisch en moreel verboden ([www.fgmnetwork.org](http://www.fgmnetwork.org)), terwijl anderzijds (cosmetische) chirurgie aan de vrouwelijke genitalia in deze landen hand over hand toeneemt zonder dat deze ontwikkeling een halt wordt toegeeroepen. Ook de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) heeft een afwijzend standpunt ten aanzien vrouwenbesnijdenis (NVOG, 2003), maar heeft tot op heden geen expliciet beleid geformuleerd

ten aanzien van operatieve ingrepen aan de vrouwelijke genitalia in cosmetische zin en zonder duidelijk medische redenen.

Onlangs werden door 2 leden van de werkgroep Psychosomatische Obstetrie en Gynaecologie (WPOG) van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en

### De aanpak

Gynaecologie (NVOG) (Paarlberg & Weijnenborg, 2006) een aantal uitgangspunten geformuleerd die als leidraad zouden kunnen dienen voor gynaecologen die in hun praktijk geconfronteerd worden met een verzoek om labiumreductie.

Een 'ja, tenzij... houding' van de gynaecoloog wordt essentieel geacht om ruimte te creëren voor een gesprek over de klacht en de gevolgen daarvan in het dagelijks leven. Eventuele traumatische (seksuele) ervaringen in het verleden kunnen zo ook expliciet besproken worden. Uiteraard moeten ook de verwachtingen van de patiënte over het resultaat van een ingreep aan bod komen. Tijdens dit anamnestic traject wordt samenwerking met een ter zake kundig psycholoog of seksuoloog aanbevolen. De mogelijkheid van het bestaan van een 'body dysmorphic disorder' (BDD; Phillips, Grant, Siniscalchi, & Albertini, 2001) ofwel stoornis in lichaamsbeleving of eventuele andere psychopathologie worden dan op een systematische wijze nagegaan. Tevens kunnen dan andere manieren om met de klachten en gevolgen ervan om te gaan de revue passeren. Een aantal gevolgen van de klacht zoals angst, schaamte en een minderwaardigheidsgevoel, kunnen immers niet met het mes worden opgelost.

Indien een operatie wordt overwogen dient vooraf duidelijk te zijn of er sprake is van een medische dan wel cosmetische indicatie. Er is sprake van een medische indicatie waarbij de kosten van de ingreep door de ziektekostenverzekering vergoed worden, indien de labia minora verminkt zijn zoals na een rituele besnijdenis of ten gevolge van een trauma tijdens de partus of wanneer er congenitale genitale afwijkingen bestaan zoals bij ambigue genitalia. In alle andere situaties, met uitzondering van die labia die een lengte hebben van meer dan 50 mm, is er een cosmetische indicatie voor

<sup>1</sup> In het vervolg van de tekst wordt alleen 'zij' gebruikt.

<sup>2</sup> Vrouwenbesnijdenis ofwel female genital mutilation (FGM) is volgens de WHO (1996) 'all procedures that involve partial or total removal of the female external genitals and / or injury to the female genital organs for cultural or any other non-therapeutic reasons.'

Type I: excision of the prepuce with or without excision of part or all of the clitoris. Also referred to as 'clitoridectomy'.

Type II: excision of the prepuce and clitoris together with partial or total excisions of the labia minora; commonly referred to as 'excision'

Type III: excision of all of the external genitals and stitching/narrowing of the vaginal opening; commonly referred to as 'infibulation'

Type IV: all other procedures such as pricking, piercing, stretching or burning of the clitoris and/or surrounding tissues.

World Health Organization (WHO). Female genital mutilation: Report of a WHO technical working group, Geneva: WHO, 1996, p. 6.

de ingreep en dient de vrouw de kosten ervan zelf te betalen. De ingreep is gecontraïndiceerd bij een labiumlengte van minder dan 40 mm, indien de vrouw jonger is dan 18 jaar, indien er sprake is van BDD of ernstige psychopathologie en indien pijn en irritatie continu, onafhankelijk van de (seksuele) situatie, aanwezig zijn. Of deze praktische uitgangspunten voor een benadering van vrouwen met het verzoek tot labiumreductie door de NVOG als richtlijn of standpunt worden overgenomen, is op dit moment niet duidelijk.

### **Zijn 'designer vaginas' een issue voor seksuologen?**

De enorme diversiteit aan klachten die een vrouw kan presenteren bij haar verzoek om een (cosmetisch) chirurgisch ingreep aan haar genitalia en haar bezorgdheid op esthetisch vlak, kunnen niet gereduceerd worden tot een puur seksuologisch probleem. Dit betekent niet dat een seksuoloog geen rol moet spelen bij de aanpak van dit verzoek.

Een seksuoloog (arts of psycholoog) kan immers een belangrijke bijdrage in het diagnostisch en therapeutisch traject leveren wanneer vrouwen met een verzoek om bijvoorbeeld een labiumreductie bij een gynaecoloog komen. Zij kan BDD vaststellen of uitsluiten en kan nagaan in hoeverre het psychologisch welbevinden verstoord is. Ook kan de seksuoloog in gesprekken met de vrouw nogmaals de vraag opwerpen of het mes het enige instrument is om haar probleem op te lossen. Zij kan ook andere manieren aanreiken om met het probleem om te gaan. Allereerst kan informatie over de enorme variëteit in lengte van de labia minora gegeven worden liefst aan de hand van beeldmateriaal (Blank, 1993). Vervolgens kunnen, afhankelijk van de belangrijkste hinder, praktische adviezen gegeven worden zoals een ander zadel op de fiets, minder (lang) fietsen, aanpassingen aan paardrijzadel, geen strings dragen, stoppen met het scheren van het schaamhaar of het verbeteren van seksuele opwinding en ontspanning. Ook kan op cognitief niveau verandering worden nagestreefd. En last but not least kunnen seksuologen (binnen een medische setting) steeds opnieuw in hun samenwerking met artsen de discussie over de verschillende aspecten die samenhangen met een verzoek om genitale (cosmetische) chirurgie, initiëren en gaande houden.

### **Samenvatting en nawoord**

In dit artikel is stapsgewijs informatie gegeven over de medisch-technische, psychologische, seksuele en ethische aspecten van een verzoek om labiumreductie, als opstap om de vraag te kunnen beantwoorden of de 'designer vagina' een issue voor seksuologen is. Het

is duidelijk geworden dat een verzoek om genitale cosmetische chirurgie niet een puur seksuologisch probleem is, maar dat seksuologen echter wel een rol dienen te hebben bij de aanpak van een dergelijk verzoek. In die zin zijn 'designer vaginas' een issue voor seksuologen.

De vraag naar dergelijke ingrepen zal vooralsnog niet afnemen, zolang enerzijds de media in staat blijken te zijn een probleem te creëren en een bepaalde oplossing aan te bieden (Braun, 2005) en anderzijds artsen tegen (forse) vergoedingen deze ingrepen blijven doen.

De geschiedenis leert ook dat genitale chirurgie van alle tijden is. Al eeuwenlang bestaat in bepaalde delen van de wereld de traditie om vrouwen hun seksualiteit te ontnemen door hun genitalia te besnijden. Tot eind 19<sup>e</sup> eeuw werd hun clitoris verplaatst of geëxcideerd om hysteric bij vrouwen te behandelen. Lange tijd was het ook de gewoonte om in geval van aangeboren genitale afwijkingen zoals bijvoorbeeld micropenis bij jongetjes of clitoromegalie bij meisjes, reeds op zeer jonge leeftijd chirurgisch in te grijpen om 'normale genitalia' te creëren (Green, 2005). Volgens sommige feministen en mensenrechten activisten zijn de ingrepen die vallen onder de noemer 'designer vaginas' in wezen vergelijkbaar met deze (vroegere) operaties. Zo betogen zij dat door deze mutilatie van vrouwelijke genitalia het seksueel functioneren van de vrouw (moedwillig) beschadigd wordt en juist de heteroseksuele man er in seksueel opzicht voordeel van heeft (Essen, 2004; Green, 2005; Braun, 2005). Andere kritische geluiden kunnen ook gehoord worden bij de discussies over de noodzaak wetgeving te ontwikkelen om vrouwenbesnijdenis te kunnen bestrijden. Men vraagt zich dan ook af in hoeverre 'de wet helder moet zijn en het kopen van een 'designer vagina' voor alle vrouwen moet verbieden omdat er een sterke overeenkomst is met vrouwenbesnijdenis, of dat de wet alleen van toepassing zou moeten zijn op Afrikaanse vrouwen?' ([www.fgmnetwork.org](http://www.fgmnetwork.org)). Dat er vooralsnog geen duidelijk antwoord op deze controversiële vraag is zal niemand verbazen, echter de beantwoording ervan moet wel plaatsvinden. Tot slot mag niet onvermeld blijven dat in dit artikel de medisch-technische, psychologische, seksuele en ethische aspecten bij een verzoek tot labiumreductie besproken zijn vanuit het perspectief van een academisch werkende, vrouwelijke gynaecoloog. Dit 'vrouw zijn' kan ertoe hebben geleid dat de interpretatie van gegevens en de accenten in de gevolgtrekkingen gekleurd zijn door deze achtergrond, hetgeen de waarde ervan trouwens onverlet laat.

## Literatuur

- Alter, G.J. (1998). A new technique for aesthetic labia minora reduction. *Annals of Plastic Surgery*, 40, 287-290.
- Blank, J. (1993). *Femalia*. Down There Press. Te bestellen via Amazon.com
- Braun, V. (2005). In search of (better) sexual pleasure: Female genital 'cosmetic' surgery. *Sexualities*, 8, 407-424.
- Chase-Riboud, C. (2003). *Hottentot-Venus*. New York: Anchor.
- Chavis, W.M., LaFerla, J.J., & Niccolini, R. (1989). Plastic repair of elongated, hypertrophic labia minora. A case report. *Journal of Reproductive Medicine*, 34, 373-375.
- Choi, H.Y., & Kim, K.T. (2000). A new method for aesthetic reduction of labia minora (the deepithelialized reduction of labioplasty). *Plastic and Reconstructive Surgery*, 105, 419-422.
- de Waard, J., Weijnenborg, P.T., ter Kuile, M.M., & Jansen, F.W. (2002). Verzoek om labiumcorrectie: Soms meer dan een simpele vraag. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 146, 1209-1212.
- Essen, B., & Johnsdotter, S. (2004). Female genital mutilation in the West: Traditional circumcision versus genital cosmetic surgery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 83, 611-613.
- Friedrich, E.G. (1983). *Vulvar Disease*. Philadelphia: Saunders.
- Gelfand, M. (1973). Gross enlargement of the labia minora in an African female. *Central African Journal of Medicine*, 19, 101.
- Giraldo, F., Gonzalez, C., & de Haro, F. (2004). Central wedge nymphetomy with a 90-degree Z-plasty for aesthetic reduction of the labia minora. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 113, 1820-1825.
- Green, F.J. (2005). From clitoridectomies to 'designer vaginas': The medical construction of heteronormative female bodies and sexuality through female genital cutting. *Sexualities, Evolution and Gender*, 7, 153-187.
- Hodgkinson, D.J., & Hait, G. (1984). Aesthetic vaginal labioplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 74, 414-416.
- Lloyd, J., Crouch, N.S., Minto, C.L., Liao, L.M., & Creighton, S.M. (2005). Female genital appearance: "normality" unfolds. *BJOG*, 112, 643-646.
- Maas, S.M., & Hage, J.J. (2000). Functional and aesthetic labia minora reduction. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 105, 1453-1456.
- Mason, C. (2001). Exorcising excision: Medico-legal issues arising from male and female genital surgery in Australia. *Journal of Law & Medicine*, 9, 58-67.
- NVOG (2003). Standpunt nr 12: Vrouwenbesnijdenis. ([www.nvog.nl](http://www.nvog.nl))
- Paarlberg, K.M., & Weijnenborg, P.T.M. (2006). Verzoek om labiumreductie. *NTOG*, submitted.
- Phillips, K.A., Grant, J., Siniscalchi, J., & Albertini, R.S. (2001). Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 42, 504-510.
- Radman, H.M. (1976). Hypertrophy of the labia minora. *Obstetrics & Gynecology*, 48, 78S-79S.
- Rouzier, R., Louis-Sylvestre, C., Paniel, B.J., & Haddad, B. (2000). Hypertrophy of labia minora: Experience with 163 reductions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 182, 35-40.
- Sheldon, S., & Wilkinson, S. (1998). Female genital mutilation and cosmetic surgery: Regulating non-therapeutic body modification. *Bioethics*, 12, 263-285.
- Waldeyer, W. (1899). *Das Becken*. Bonn: Verlag von Friedrich Cohen.

## Summary

### Is the 'designer vagina' an issue for sexologists?

To answer the question whether the phenomenon of 'designer vaginas' is meant to be an issue for sexologists, the medical, psychological, sexual and ethical aspects of a request for reduction of the labia minora will be discussed as an example. Such a request is not solely based on a sexological dysfunction. Arguments are given to underscore the major role that sexologists can have in diagnostics and treatment. The 'double standard of morality' related to 'designer vaginas' is briefly addressed.