

Transsexualisme : le point de vue du chirurgien

Transgenderism: the surgical point of view

Marc Revol*

RÉSUMÉ

» En raison de son irréversibilité, de sa difficulté et de ses risques, la chirurgie de transformation génitale ne peut être pratiquée que par des équipes multidisciplinaires spécialisées et expérimentées comprenant psychiatres, psychologues et endocrinologues.

Mots-clés: Transsexualisme – Chirurgie – Transformation génitale.

SUMMARY

Due to its irreversibility, its difficulties and its risks, sex reassignment surgery must be performed by highly specialized and experienced multidisciplinary teams including psychiatrists, psychologists and endocrinologists.

Keywords: Transgenderism – Surgery – Sex reassignment surgery.

En l'état actuel des connaissances, la souffrance intense engendrée par l'état de transsexualisme ne peut être soulagée, chez les personnes qui en font la demande, que par une transformation hormono-chirurgicale. La gravité et l'irréversibilité de ce traitement exigent que le diagnostic différentiel soit solidement établi par les psychiatres et par les endocrinologues. Sans ce bilan indispensable, qui est appliqué de façon internationale, les équipes médicales feraient courir un risque très important aux personnes prises en charge si elles intervenaient sur un simple autodiagnostic. Un travail en équipe multidisciplinaire spécialisée et expérimentée est donc fondamental pour le chirurgien.

Le vocabulaire utilisé dans ce domaine est soumis à des règles évolutives, qui relèvent avant tout du registre politique. Ainsi le terme même de "transsexualisme" est-il actuellement rejeté par certains milieux associatifs. Sur le plan chirurgical, il est cependant le plus pratique et le plus adapté pour désigner simplement les personnes qui, au sein de la vaste "nébuleuse transgenre", réclament l'aide de la médecine et de la chirurgie pour aider leur transformation corporelle. À cet égard, il est politiquement correct de parler non pas de chirurgie "de transformation", mais de chirurgie "de réassignation (ou de confirmation) du sexe" (*sex reassignment surgery*, ou SRS).

Critères d'éligibilité

La chirurgie de réassignation génitale ne peut être envisagée que chez des personnes adultes et fortement demandeuses, dans le cadre d'un protocole multidisciplinaire spécialisé, après des évaluations répétées. Si le diagnostic de transsexualisme relève de l'autodiagnostic par la personne qui en est atteinte, l'indication du traitement hormonal puis chirurgical qui en découle relève de l'appréciation responsable des médecins concernés. Il s'agit pour eux en effet, d'une part, d'éliminer tous les diagnostics différentiels possibles, qui relèvent essentiellement de la psychiatrie, et qui sont des contre-indications à la chirurgie, et, d'autre part, d'apprécier, pour les traiter aussi, les éventuels facteurs de fragilité associés, physiques et psychiques.

Repris et adaptés dans la charte de la Société française d'études et de prise en charge du transsexualisme (SoFECT) [1], les critères d'éligibilité pour la chirurgie de transformation génitale sont, selon la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) [2]:

- ✓ une dysphorie de genre persistante et bien documentée;
- ✓ la capacité pour la personne concernée, après information complète, de prendre une décision et de consentir au traitement;

* Service de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, hôpital Saint-Louis, Paris.

- ✓ avoir l'âge de la majorité légale ;
- ✓ un bon contrôle des éventuels problèmes médicaux associés, somatiques ou psychiques ;
- ✓ en l'absence de contre-indication, être depuis 12 mois consécutifs sous hormonothérapie appropriée au sexe désiré, dans le but d'entraîner un blocage hormonal réversible des hormones du sexe d'origine ;
- ✓ en outre, une expérience de vie d'au moins 12 mois consécutifs dans le genre désiré est indispensable, sans interruption, dans toutes les circonstances de la vie familiale, professionnelle et sociale. Cette expérience de vie réelle, qui fait l'objet d'un consensus professionnel, a un but essentiellement pronostique avant une transformation chirurgicale irréversible. On peut d'ailleurs remarquer que, dans la pratique actuelle, la grande majorité des personnes qui réclament cette transformation vivent déjà spontanément dans le rôle et les vêtements du genre souhaité.

Les critères de la WPATH doivent, selon ses standards, être recueillis et certifiés par 2 "professionnels de santé mentale qualifiés". L'indication d'une éligibilité chirurgicale ne peut donc être confirmée que dans le cadre de réunions de concertation pluridisciplinaire régulières. Quant à l'information loyale et complète de la personne concernée, elle est évidemment indispensable pour recueillir son consentement éclairé, comme pour toute intervention chirurgicale non urgente. Le caractère irréversible de l'intervention fait partie de cette information, ainsi que tous les risques de complications possibles.

Transformation chirurgicale

Dans le sens masculin vers féminin (MtF)

Improprement appelée "vaginoplastie", l'aïdoïopoièse est la création chirurgicale du vagin, du clitoris et des lèvres dans le cadre du transsexualisme MtF (3).

L'intervention de réassignation consiste, d'une part, à enlever les testicules, les corps caverneux et la majorité du bulbe spongieux de l'urètre, et, d'autre part, à créer une cavité néo-vaginale entre rectum en arrière et vessie en avant. La méthode de référence actuelle pour couvrir cette cavité utilise la peau du pénis inversée et pédiculée en avant vers l'abdomen. Un lambeau cutané périnéo-scrotal à pédicule postérieur peut lui être associé. Lorsque la quantité de peau disponible sur la verge ne suffit pas, elle peut être prolongée par une greffe de peau totale prélevée soit sur le scrotum préalablement épilé dans ce but, soit dans les régions inguinales ou abdominales. Limitées par les contraintes anatomiques, les dimensions moyennes du néo-vagin ainsi créé sont de 13 cm de long sur

3 cm de diamètre. Ce n'est que très rarement, en cas d'insuffisance et/ou d'échec de ces méthodes, que la création d'un néo-vagin par transplant pédiculé de sigmoïde peut être envisagée. Il est, en règle générale, réalisé par coelioscopie.

Le néo-clitoris est créé à partir d'un fragment dorsal du gland pédiculé sur les vaisseaux et nerfs dorsaux de la verge. Les grandes lèvres sont créées à partir du scrotum. Quant à la création des petites lèvres, diverses méthodes chirurgicales existent pour en donner l'illusion.

Les suites opératoires sont rarement simples (hémorragies, désunions, nécroses cutanées, infections, etc.), et l'utilisation de conformateurs souples est préconisée pendant plusieurs semaines pour maintenir les dimensions de la cavité vaginale. Quant aux dilateurs rigides, ils comportent un risque de fistule recto-vaginale qui limite leur indication aux cas où ils sont réellement nécessaires, pendant une durée limitée dans le temps, et selon un protocole adapté.

Malgré toutes ses difficultés et ses risques, à condition d'être réalisée par une équipe multidisciplinaire et expérimentée, cette chirurgie permet actuellement dans la grande majorité des cas d'obtenir de très bons résultats esthétiques et fonctionnels.

La mise en place d'implants mammaires peut se faire au cours du même temps opératoire que l'aïdoïopoièse si la personne le souhaite, ce qui est fréquemment le cas en raison de l'absence de développement mammaire observée avec les estrogènes minidosés actuellement prescrits.

Dans le sens féminin vers masculin (FtM)

Les interventions de réassignation ont pour buts :

- ✓ d'une part, l'ablation des seins, de l'utérus, des ovaires et du vagin ;
- ✓ d'autre part, la réalisation d'une éventuelle phallopoièse (improprement appelée "phalloplastie") et d'une plastie de scrotum.

L'ablation des seins, ou "mastectomie sous-cutanée bilatérale", est l'intervention qui est réclamée en toute priorité par ces personnes qui se compriment les seins depuis la puberté sous des T-shirts serrés et des "binders". La difficulté et les résultats des mastectomies dépendent avant tout du volume de la poitrine initiale, mais aussi de l'élasticité cutanée et du degré de ptose (4) :

- ✓ si les seins sont de petit volume et la peau élastique, la mastectomie est faite par voie héli-périaréolaire inférieure ou par voie trans-aréolaire ;
- ✓ si les seins sont de volume moyen et la peau élastique, la mastectomie est faite par voie péri-aréolaire circulaire ;

✓ si les seins sont de gros volume et ptosés, et/ou si la peau n'est pas élastique, la mastectomie est faite soit par une voie péri-aréolaire circulaire étendue horizontalement de part et d'autre de l'aréole, soit par une incision horizontale au bord inférieur du grand pectoral avec une amputation et une greffe de plaque aréolo-mamelonnaire en bonne position.

L'hystérectomie avec ovariectomie est réalisée en règle générale par coelioscopie ou par voie vaginale. Lorsqu'elle est réclamée par les patients, elle peut être réalisée dans le même temps opératoire que la mastectomie. De plus en plus souvent, toutefois, et surtout chez les personnes jeunes, cette intervention n'est pas souhaitée par les patients qui souhaitent pouvoir conserver une fertilité. Cette conservation peut donc aboutir à une chimère parentale, où une personne devenue homme sur les plans social, juridique et esthétique peut devenir la mère biologique d'un enfant. Cela pose évidemment des questions de nature sociétale et éthique. L'hystérectomie peut s'accompagner dans le même temps opératoire d'une colpectomie (ou vaginectomie), à condition qu'une phallopoïèse ou une métaïdoïoplastie ne soient pas envisagées.

La phallopoïèse idéale a, au maximum, 3 objectifs : apporter du tissu vivant pour créer une néo-verge, et permettre à cette néo-verge non seulement d'uriner en position debout mais aussi d'avoir des érections utilisables pour des rapports sexuels (5, 6).

En pratique, le taux de complications et d'échecs est suffisamment dissuasif pour que cette intervention ne soit pas systématiquement réclamée par les personnes FtM, et pour que chacun de ces objectifs soit clairement discuté par le chirurgien avec elles. S'il est en effet assez simple de créer une néo-verge, il est beaucoup plus difficile de réaliser les 2 objectifs fonctionnels de miction et d'érection, qui sont dissociables et facultatifs.

La création d'une néo-verge peut se faire soit par un lambeau cutané pédiculé (inguinal, hypogastrique, antéro-latéral de cuisse), soit par un lambeau microchirurgical (en règle générale antibrachial radial, rarement antéro-latéral de cuisse, grand dorsal ou autre). La microchirurgie comporte des risques propres de thrombose vasculaire, donc de nécrose partielle ou totale du lambeau. Elle permet toutefois de resensibiliser le lambeau sur 1 des 2 nerfs génitaux fémoraux (sensibilité de protection) et sur 1 des 2 nerfs clitoridiens (sensibilité érogène). Le clitoris et son autre nerf sont conservés et enfouis à la base de la néo-verge.

La possibilité de miction est obtenue en prolongeant la muqueuse de l'urètre natif par la muqueuse tubulisée des petites lèvres jusqu'à la base du lambeau cutané de la néo-verge, où elle doit être suturée à un tube

cutané glabre reconstituant l'urètre dans la néo-verge. Dans plus de la moitié des cas, cette jonction cutanéomuqueuse est le siège de sténoses et/ou de fistules pouvant conduire à un hypospadias définitif obligeant à uriner en position assise.

Quant à obtenir des érections avec cette néo-verge, cela n'est possible qu'au prix de l'implantation d'une armature prothétique gonflable. Dérivé de celui qui est utilisé dans la chirurgie de l'impuissance, ce dispositif ne peut être implanté dans la néo-verge que lorsque cette dernière a récupéré une certaine sensibilité de protection, au moins 1 an après la phallopoïèse, et à condition que cette dernière ait expressément inclus un geste de resensibilisation cutanée. Faute de quoi, le dispositif d'érection introduit sous une peau insensible va rapidement traverser la peau, s'exposant au contact de microbes, et imposer tôt ou tard son ablation.

Outre l'abstention, une autre possibilité existe : la métaïdoïoplastie, qui consiste à hypertrophier le clitoris avec des pommades aux androgènes et une pompe à vide, puis à le désenfouir pour en augmenter la longueur de 3 cm environ, et à prolonger les voies urinaires à sa face ventrale avec la muqueuse des petites lèvres pour autoriser la miction en position debout. Quoique plus faible que dans la phallopoïèse, le risque de fistule urinaire et de sténose existe aussi avec la métaïdoïoplastie, qui par ailleurs ne permet évidemment pas de pénétration.

Après la phallopoïèse ou la métaïdoïoplastie, ou parfois dans le même temps opératoire, il est possible de réaliser une plastie de scrotum pour y introduire des implants testiculaires, des lambeaux ou des greffes de tissu graisseux.

Résultats

Les niveaux de preuve concernant la chirurgie de réassignation du sexe (MtF ou FtM) sont très faibles, en raison du manque d'études contrôlées, du manque d'études prospectives, du grand nombre de patients perdus de vue, et du manque de méthodes de mesure validées. Cette conclusion du travail de recherche bibliographique de Sutcliffe et al. (7) contraste avec la satisfaction générale des patients qui s'exprime dans la majorité des publications, en termes de bien-être, d'esthétique et de fonction sexuelle (1, 2, 8). Les méthodes de l'*evidence-based medicine* ne permettent donc pas actuellement de chiffrer précisément le rapport bénéfice/risque de chaque procédure chirurgicale.

Malgré le faible nombre et/ou l'imprécision des publications qui les concernent, les complications chirurgicales

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

possibles dans ce type d'intervention sont nombreuses et surviennent très fréquemment (9, 10). Les complications de nature psychiatrique (regrets post-opératoires, décompensation d'éventuelles pathologies associées) et/ou juridique (procès) doivent évidemment

être prévenues, ce qui souligne l'importance fondamentale non seulement du travail en équipe et des réunions de concertation pluridisciplinaires avec des médecins expérimentés, mais encore de l'expérience du chirurgien dans ce domaine à très haut risque médico-légal. ■

RÉFÉRENCES

1. Société française d'études et de prise en charge du transsexualisme (SoFECT). Charte (version 2, novembre 2015). www.sofect.org.
2. World Professional Association for Transgender Health (WPATH). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people (7th version, July 2012). www.wpath.org.
3. Revol M. Transformation génitale homme-femme (aïdoïopoièse). EMC. Techniques chirurgicales. Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique 2014;0(0):1-17 [article 45-686].
4. Monstrey S, Selvaggi G, Ceulemans P et al. Chest-wall contouring surgery in female-to-male transsexuals: a new algorithm. *Plast Reconstr Surg* 2008;121(3):849-59.
5. Monstrey S, Hoebeke P, Selvaggi G et al. Penile reconstruction: is the radial forearm flap really the standard technique? *Plast Reconstr Surg* 2009;124(2):510-8.
6. Binder JP, Desgrandchamps F, Revol M. Transformation génitale femme-homme : phallopoièse par lambeau antébrachial radial et phallopoièse par lambeau antérolatéral de cuisse. EMC. Techniques chirurgicales. Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique 2015;0(0):1-10 [article 45-59804].
7. Sutcliffe PA, Dixon S, Akehurst RL et al. Evaluation of surgical procedures for sex reassignment: a systematic review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2009;62(3):294-306.
8. Revol M, Servant JM, Banzet P. Prise en charge chirurgicale des transsexuels masculins : évaluation rétrospective d'une expérience de dix ans. *Ann Chir Plast Esthet* 2006;51(6):499-511.
9. Rossi Neto R, Hintz F, Krege S et al. Gender reassignment surgery: a 13 year review of surgical outcomes. *Int Braz J Urol* 2012;38(1):97-107.
10. Buncamper ME, van der Sluis WB, van der Pas RS et al. Surgical outcome after penile inversion vaginoplasty: a retrospective study of 475 transgender women. *Plast Reconstr Surg* 2016;138(5):999-1007.

Prochain numéro



Parution en octobre

Dossier :

la puberté

Coordonné par Dr Estelle Louiset

Abonnez-vous sur www.edimark.fr