

Augmentation mammaire

Résumé pour les professionnels de la santé

Ce document présente des renseignements qui servent à favoriser des conversations sur les interventions chirurgicales possibles au sujet de la transition, entre les intervenants en soins de santé et les patients. Ce document n'est pas exhaustif et ne remplace pas le processus de consentement éclairé entre un chirurgien et un patient.

DESCRIPTION

Des implants sont insérés sous le tissu mammaire existant afin d'augmenter le volume des seins d'une personne.

TECHNIQUES ET OPTIONS CHIRURGICALES

- Les implants sont placés sous les muscles pectoraux (pectoralis, sous-musculaires) ou simplement sous le tissu mammaire existant (sous-glandulaire).
- Les décisions concernant la taille, la forme, la texture et le type remplissage (silicone ou solution saline) de l'implant seront discutées et effectuées avec le chirurgien.
- Différents points d'incision sont possibles : périaréolaire (autour de l'aréole), inframammaire (sous les seins), transaxillaire (dans la région de l'aisselle).
- Parfois, une chirurgie d'expansion tissulaire doit précéder une intervention d'implantation mammaire (c.-à-d. en raison d'une insuffisance de tissu mammaire ou de croissance après la prise d'hormones).
- Le mamelon et l'aréole peuvent être reconstruits.
- Dans de rares cas, certains chirurgiens sont capables d'utiliser des implants autologues (transplantation dans la région de la poitrine de tissu adipeux extrait d'une autre partie du corps).

RÉSULTATS ESCOMPTÉS

- ✓ Réduire la dysphorie de genre en harmonisant l'anatomie avec l'identité de genre
- ✓ Une poitrine plus volumineuse, qui n'imité pas parfaitement les seins adultes
- ✓ Réduire la nécessité de recourir à un soutien-gorge rembourré ou à une prothèse mammaire

EFFETS SECONDAIRES

- Irréversible : tout changement apporté à la poitrine et à la peau dans le cadre d'une intervention d'implantation mammaire sera permanent, sans possibilité de retour en arrière. En cas de retrait des implants, la peau pourrait être ridée ou étirée de façon permanente
- Les implants ont une durée de vie limitée – il faudra probablement répéter l'intervention dans l'avenir (pour remplacer l'implant ou en changer la taille, la forme ou l'emplacement, ou pour enlever les cicatrices)
- Les implants compliquent la mammographie de dépistage du cancer et désensibilisent les seins; la mammographie nécessitera plus de prises de vue qu'une mammographie de dépistage ordinaire. D'autres modalités sont parfois nécessaires
- La cicatrice, habituellement située de manière à être la plus discrète possible, est parfois visible sous les seins en cas d'incision inframammaire

AUTRES OPTIONS DE TRAITEMENT

- Coussinets externes, soutien-gorge rembourré ou pigeonnant, prothèse mammaire
- Hormonothérapie pour stimuler la croissance des seins

RISQUES ET COMPLICATIONS LIÉS À UNE INTERVENTION D'AUGMENTATION MAM-

- **Insatisfaction quant à l'apparence:** asymétrie des seins/mamelons, plissement/ondulation de la peau
- **Contracture capsulaire** (formation de tissu cicatriciel autour de l'implant qui devient serré/ferme/douloureux). La forme de la poitrine peut changer et nécessiter un retrait chirurgical du tissu cicatriciel capsulaire et le retrait ou le remplacement de l'implant. Cette situation est moins fréquente avec des implants sous-musculaires
- **Les implants mammaires n'ont pas une durée de vie infinie.** La durée de vie moyenne des implants mammaires est estimée à environ 10 à 15 ans. Certains montreront rapidement des signes de défaillance (en 5 ans) et d'autres dureront plus longtemps (20 à 30 ans). Il est difficile de prédire le moment où les implants d'une personne montreront des signes de défaillance nécessitant leur retrait ou leur remplacement. Il est important que les patientes comprennent bien que les implants mammaires ne sont pas des dispositifs qui durent indéfiniment et qu'après un certain temps, il faudra les retirer ou les remplacer
- **Défaillance d'un implant** (p. ex. rupture, fuites, dégonflement; moins probable avec les implants remplis de gel de silicone de 5e génération)
- **Migration/déplacement de l'implant, nécrose cutanée** (mort de la peau), **extrusion** (rupture de la peau laissant apparaître l'implant)
- **Des calcifications** se forment parfois dans le sein, qui pourraient être prises à tort pour des lésions suspectes liées à un cancer du sein durant une mammographie
- **Engourdissement/perte de sensation** autour de la zone opérée, souvent temporaire
- **Lymphome anaplasique à grandes cellules** (rare lymphome de type non hodgkinien, qui n'est pas un cancer du sein). Risque très faible, mais accru de ce type de cancer du tissu près de l'implant (signalé par la FDA à raison de 60 cas sur 5 à 10 millions, et par Santé Canada, de 3 cas sur 100 millions). Il est pour le moment impossible de confirmer l'accroissement du risque sur le fondement d'une certitude statistique; des recherches sont en cours à la FDA
- **Maladie de Mondor** (0.63%) – thrombophlébite superficielle (inflammation des vaisseaux) dans les veines épigastriques sous les cicatrices inframammaires; souvent temporaire

RISQUES/COMPLICATIONS POTENTIELS COMMUNS À LA PLUPART DES INTERVEN-

! Les risques sont plus élevés en cas de tabagisme, de prise de médicaments immunosuppresseurs, de troubles de la coagulation, d'affections qui nuisent à la guérison, d'IMC < 18,5 ou > 30

Risques généraux liés à la chirurgie

- Saignement, pourrait nécessiter une transfusion sanguine, si excessif
- Thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire (caillots de sang dans les jambes, les poumons)
- Endommagement des structures anatomiques proximales (organes, nerfs, vaisseaux sanguins)
- Hématome (accumulation de sang)/sérome (accumulation de liquide)
- Infection/abcès (accumulation de pus)
- Déhiscence de la plaie (ouverture de la plaie), retard de guérison
- Lésion nerveuse, perte de sensation, hypersensibilité, douleur neuropathique (nerf)
- Douleur chronique
- Cicatrisation (peut être proéminente, surtout en cas d'antécédents de chéloïde)

- Insatisfaction à l'égard de l'apparence/du fonctionnement
- Besoin de correction(s)
- Regret postopératoire

Risques généraux liés à l'anesthésie

- Insuffisance respiratoire
- Insuffisance/arrêt cardiaque
- Mort
- Endommagement des dents
- Pneumonie de déglutition
- Nausées/vomissements

SOINS PRÉ ET POSTOPÉRATOIRES

SOINS

ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER AVANT

- Envisagez une référence au Sherbourne Health ARC (Acute Respite Care ou soins de répit de courte durée) en cas d'isolement social ou si le client est sans-abri. Services d'interprétation disponibles sur demande.
- Il est fortement recommandé de cesser de fumer avant et après l'intervention afin d'optimiser la guérison de la plaie et de réduire les risques de complications
- Suivez les conseils quant aux périodes où éviter l'usage du tabac, la consommation d'alcool et d'autres substances
- Antécédents de cicatrices chéloïdes
- Afin d'être admissible au financement, le MSSLD de l'Ontario exige l'observance pendant 12 mois d'une estrogénothérapie (à moins de contre-indication) sans augmentation mammaire (défini comme le stade 1 de Tanner, qui doit être documenté dans le formulaire d'approbation préalable)
- Contre-indications : cancer du sein non traité, maladie précancéreuse du sein
- Une augmentation mammaire peut être pratiquée concurremment avec une vaginoplastie (nécessite une anesthésie générale)

Puisque chaque centre chirurgical a son processus préopératoire régulier, il faut demander au chirurgien à quoi s'attendre.

Les hôpitaux tendent à avoir des processus préopératoires standards qui comprennent, entre autres:

- Une visite préalable à l'admission pour examiner l'anamnèse et expliquer les soins pré et postopératoires
- Une consultation auprès de l'anesthésiste ou du médecin est parfois nécessaire, selon l'anamnèse
- L'anesthésiste discutera:
 - des médicaments à cesser de prendre et du moment pour le faire
 - de l'approche anesthésique et des risques
 - des mesures d'atténuation de la douleur

SOINS IMMÉDIATEMENT AVANT

- Certains chirurgiens font un marquage chirurgical de la peau lorsque les patients sont debout, assis ou couchés
- Des antibiotiques par voie IV sont parfois administrés avant une intervention pour réduire les risques d'infection

SOINS POSTOPÉRATOIRES

SOINS IMMÉDIATEMENT APRÈS L'INTERVENTION

- Soulagement de la douleur (un ensemble d'activités légères est conseillée, comme la marche)
- Des ecchymoses, de l'enflure, un engourdissement ou une douleur aiguë/brûlante peuvent apparaître
- L'application de sacs de glace fera diminuer

l'enflure

- Suivez les directives postopératoires du chirurgien pour les drains, les pansements, les sutures et les bandelettes adhésives
- Suivez les directives du chirurgien concernant le type de soutien-gorge et de vêtements de soutien à porter

SOINS INTERMÉDIAIRES APRÈS

L'INTERVENTION

- Suivez les recommandations du chirurgien concernant les restrictions sur les activités
- Suivez les directives du chirurgien à propos de l'initiation au massage des seins, à la fréquence et à la technique de massage
- Voici quelques-unes des lignes directrices générales:
 - Évitez les mouvements de balayage très amples de vos bras pendant quelques semaines
 - Évitez de conduire pendant au moins 2 semaines, jusqu'à ce que vous puissiez utiliser vos bras de façon sécuritaire et indépendante

- Congé de maladie – au moins 3 semaines (selon le type de travail)
- Évitez de forcer, de lever des objets lourds (max 4,5 kg, ou 10 lb) et de faire de l'exercice pendant 4 semaines
- Aucune activité intense pendant 6 semaines; les activités légères sont conseillées
- Ne vous étendez pas sur le ventre/les seins pendant 3 mois

SOINS MÉDICAUX DE LONGUE DURÉE

- Informations importantes à connaître en mammographie que vous avez des implants mammaires, afin qu'elles prennent les prises de vue appropriées pour réduire les risques de rupture
- Avec des implants remplis de silicone: suivez les directives du chirurgien concernant la nécessité de subir des examens périodiques en imagerie pour dépister une éventuelle rupture silencieuse

- En Ontario, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fournit un financement pour des corrections par le biais du *formulaire d'approbation préalable pour le financement d'une chirurgie de réassignation sexuelle*

Augmentation mammaire - Résumé pour les professionnels de la santé

RÉFÉRENCES

1. Bowman C, Goldberg J. Care of the Patient Undergoing Sex Reassignment Surgery. International Journal of Transgenderism [Internet]. 2006 [cited 21 November 2016];9(3-4):135-165. Accessible à cette adresse (en anglais seulement): <http://www.amsa.org/wp-content/uploads/2015/04/CareOfThePatientUndergoingSRS.pdf>
2. Breast Augmentation [Internet]. Smart Beauty Guide. 2016 [cité le 21 novembre 2016]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement) : <http://www.smartbeautyguide.com/procedures/breast/breast-augmentation>
3. Breast Construction (Breast Augmentation) - Trans Care BC Provincial Health Services Authority [Internet]. [cité le 28 novembre 2018]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement): <http://www.phsa.ca/transcarebc/surgery/gen-affirming/feminizing/breast-construction>
4. Gouvernement du Canada, Santé. Implants mammaires [Internet]. [mis à jour le 23 février 2016; cité le 21 novembre 2016] Accessible à cette adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-et-appareils-medicaux/implants-mammaires.html>
5. Kanhai R, Hage J, Asscheman H, Mulder J. Augmentation Mammoplasty in Male-to-Female Transsexuals. Plastic & Reconstructive Surgery. 1999;104(2):542-549
6. Kanhai R, Hage J, Karim R, Mulder J. Exceptional Presenting Conditions and Outcome of Augmentation Mammoplasty in Male-to-Female Transsexuals. Annals of Plastic Surgery. 1999;43(5):476-483.
7. MtF Breast Augmentation (Saline) [Internet]. Toby R Meltzer MD, PC - Plastic and Reconstructive Surgery 2016 [cité le 21 novembre 2016]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement) : <http://www.tmeltzer.com/mtf-breast-aug-saline.html>
8. Nahabedian M. Complications of reconstructive and aesthetic breast surgery [Internet]. UpToDate 2016 [cité le 21 novembre 2016]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement) : http://www.uptodate.com/contents/complications-of-reconstructive-and-aesthetic-breast-surgery?source=search_result&search=breast+augmentation&selectedTitle=4%7E46
9. Nahabedian M. Implant based breast reconstruction and augmentation [Internet]. UpToDate 2016 [cité le 21 novembre 2016]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement) : http://www.uptodate.com/contents/implant-based-breast-reconstruction-and-augmentation?source=search_result&search=breast+augmentation&selectedTitle=1%7E46
10. U.S. Food and Drug Administration, Medical Devices. Risks of Breast Implants [Internet]. Silver Spring (MD): U.S. Food and Drug Administration; 2013 [cité le 21 novembre 2016]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement) : <http://www.fda.gov/MedicalDevices/ProductsandMedicalProcedures/ImplantsandProsthetics/BreastImplants/ucm064106.htm>
11. Weigert R, Frison E, Sessiecq Q, Al Mutairi K, Casoli V. Patient Satisfaction with Breasts and Psychosocial, Sexual, and Physical Well-Being after Breast Augmentation in Male-to-Female Transsexuals. Plastic & Reconstructive Surgery. 2013;132(6):1421-

AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ

Les renseignements fournis dans la présente sont généraux et ne constituent pas un avis médical. Nous recommandons à tous les patients de consulter leur chirurgien avant l'intervention afin de recevoir des renseignements personnalisés, notamment la technique particulière du chirurgien, les taux de complication et les recommandations. Il s'agit d'un document évolutif qui peut être modifié en tout temps, à mesure que les connaissances sur les interventions liées à une transition s'enrichissent.

REMERCIEMENTS

Ce document, créé par des cliniciens du Sherbourne Health, s'inspire de renseignements tirés du programme d'information sur la santé transgenre (Transgender Health Information Program) de la Colombie-Britannique, de la Clinique de chirurgie de changement de sexe GRS de Montréal et de la Clinique d'identité de genre du Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Reconstruction de torse

Résumé pour les professionnels de la santé

Ce document présente des renseignements qui servent à favoriser des conversations sur les interventions chirurgicales possibles au sujet de la transition, entre les intervenants en soins de santé et les patients. Ce document n'est pas exhaustif et ne remplace pas le processus de consentement éclairé entre un chirurgien et un patient.

DESCRIPTION*

- Mastectomie bilatérale et construction du torse
- Retire le tissu mammaire et sculpte le tissu restant en une forme considérée comme typiquement masculine

Dans le présent document:

- Le « **mamelon** » est la portion centrale et surélevée de tissu pigmenté
- L'« **aréole** » est le tissu pigmenté de forme circulaire qui entoure directement le mamelon
- Le « **complexe mamelon-aréole** » (CMA) est l'ensemble du complexe tissulaire qui comprend le mamelon et l'aréole

AUTRES OPTIONS DE TRAITEMENT

- Compression de la poitrine
- Port de vêtements qui cachent le tissu mammaire
- Perte de poids pour réduire le tissu mammaire

* Adapté de Trans Care BC [Internet]. Trans Care BC Provincial Health Services Authority. [cité le 28 novembre 2018]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement) : <http://www.phsa.ca/transcarebc>

TECHNIQUES ET OPTIONS CHIRURGICALES*

Il existe plusieurs techniques applicables. Le type recommandé par le chirurgien dépend de la taille du bonnet, de l'élasticité de la peau et de la taille/position du CMA. Voici trois techniques courantes :

1. KEYHOLE/SOUS-CUTANÉE (Recommandée pour les personnes ayant un bonnet A et la peau des seins très élastique)

- Une petite incision est faite au bas de l'aréole
- Le CMA reste attaché au corps par un pédicule (brin de tissu) afin de conserver la sensibilité
- Le tissu mammaire est retiré à l'aide d'une aiguille de liposuction glissée dans l'incision
- L'incision est refermée. Habituellement, le CMA ne change ni de taille ni de position

RÉSULTATS ESCOMPTÉS

- ✓ Réduire la dysphorie de genre en harmonisant l'anatomie avec l'identité de genre
- ✓ Réduire le profil de la poitrine pour un torse d'apparence plus plat
- ✓ Souvent, éliminer le besoin de porter un compresseur (binder)

EFFETS SECONDAIRES

- Irréversible
- Réduit la capacité de lactation/allaitement mammaire
- Engourdissement des mamelons/aréoles/torse – risque plus élevé avec double incision/mastectomie bilatérale
- Cicatrisation: petites cicatrices autour de l'aréole avec la technique sous-cutanée périaréolaire; de larges cicatrices linéaires avec la double incision/mastectomie bilatérale
- Peut réduire la capacité à dépister le cancer du sein, puisque les tests de dépistage peuvent être moins efficaces

2. INCISION PÉRIARÉOLAIRE (Recommandée pour les personnes ayant un bonnet B ou C et la peau du torse moyennement élastique)

- Une incision est faite suivant la ligne du contour de l'aréole
- Le CMA reste habituellement attaché au corps par un pédicule (brin de tissu) afin de conserver la sensibilité
- Le tissu mammaire est retiré à l'aide d'un scalpel ou par liposuction
- L'aréole peut être rognée pour en réduire la taille
- La peau excédentaire autour de l'aréole peut également être enlevée
- La peau est retendue autour de l'aréole, comme en tirant sur un lacet pour refermer les bords
- Le CMA est rattaché à la peau
- Le CMA pourrait être légèrement repositionné, selon la taille du torse et la peau disponible
- Des drains peuvent être placés dans le torse pour permettre

Reconstruction du torse - Résumé pour les professionnels de la santé

TECHNIQUES ET OPTIONS CHIRURGICALES*

3. DOUBLE INCISION/MASTECTOMIE BILATÉRALE (Recommandée pour les personnes ayant un bonnet C et la peau du torse peu élastique, ou un bonnet D)

- De larges incisions sont faites horizontalement à travers le torse, habituellement sous l'aréole
- La peau est décollée. Les glandes mammaires et le tissu adipeux sont retirés à l'aide d'un scalpel
- Une partie du tissu adipeux peut être retirée par liposuction
- L'excès de peau de la poitrine est enlevé
- Les incisions sont rapprochées et laissent deux cicatrices sous les lignes du muscle pectoral
- Dans la technique de la « greffe du mamelon détaché », le CMA est complètement retiré
- L'aréole est rognée pour en réduire la taille, et le CMA est greffé à un emplacement plus élevé sur le sein
- Dans la technique du pédicule, le CMA reste partiellement attaché (pour tenter de maintenir la sensibilité), repositionné, rogné pour en réduire la taille, puis rattaché
- Deux drains (longs tubes minces) sont placés le long de chaque incision pour permettre l'évacuation du sang/liquide

RISQUES ET COMPLICATIONS LIÉS À LA RECONSTRUCTION DU TORSE

- **Changement au niveau de la sensibilité** (perte de sensation ou hypersensibilité) du CMA et du torse (plus fréquent avec la greffe de mamelon détaché)
- **Échec partiel ou total de la greffe du mamelon**, c.-à-d. nécrose du mamelon (le tissu meurt et se détache). Le CMA doit être remplacé, reconstruit ou tatoué (complication rare)
- **Changement de couleur du CMA**
- **CMA asymétrique**
- **Grandes cicatrices**
 - Cicatrices proéminentes en cas de double incision
 - Peuvent se couvrir par des poils du torse, des muscles pectoraux développés, des tatouages
- **Irrégularité du contour de la peau** (excès de peau, gonflements, formation de plis)
- **Hématome/sérome/abcès**

RISQUES/COMPLICATIONS POTENTIELS COMMUNS À LA PLUPART DES

! Les risques sont plus élevés en cas de tabagisme, de prise de médicaments immunosuppresseurs, de troubles de la coagulation, d'affections qui nuisent à la guérison, d'IMC < 18,5 ou > 30

Risques généraux liés à la chirurgie

- Saignement
- Thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire (caillots de sang dans les jambes, les poumons)
- Endommagement des structures anatomiques proximales (organes, nerfs, vaisseaux sanguins)
- Hématome (accumulation de sang)/sérome (accumulation de liquide)
- Infection/abcès (accumulation de pus)
- Déhiscence de la plaie (ouverture de la plaie), retard de guérison
- Lésion nerveuse, perte de sensation, hypersensibilité, douleur neuropathique (nerf)
- Douleur chronique
- Cicatrisation (peut être proéminente, surtout en cas d'antécédents de chéloïde)
- Insatisfaction à l'égard de l'apparence/du fonctionnement
- Besoin de correction(s)
- Regret postopératoire

Risques généraux liés à l'anesthésie

- Insuffisance respiratoire
- Insuffisance/arrêt cardiaque
- Mort
- Endommagement des dents
- Pneumonie de déglutition
- Nausées/vomissements

SOINS PRÉ ET POSTOPÉRATOIRES

SOINS

ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER AVANT L'INTERVENTION

- Envisagez une référence au Sherbourne Health ARC (Acute Respite Care ou soins de répit de courte durée) en cas d'isolement social ou si le client est sans-abri. Services d'interprétation disponibles sur demande
- Il est fortement recommandé de cesser de fumer avant et après l'intervention afin d'optimiser la guérison de la plaie et de réduire les risques de complications
- Suivez les conseils du quant aux périodes où éviter l'usage du tabac, la consommation d'alcool et d'autres substances
- Antécédents de cicatrices chéloïdes

Puisque chaque centre chirurgical a son processus préopératoire régulier, il faut demander au chirurgien à quoi s'attendre.

Les hôpitaux tendent à avoir des processus préopératoires standards qui comprennent, entre autres:

- Une visite préalable à l'admission pour examiner l'anamnèse et expliquer les soins pré et postopératoires
- Une consultation auprès de l'anesthésiste ou du médecin est parfois nécessaire selon l'anamnèse
- L'anesthésiste discutera:
 - des médicaments à cesser de prendre et du moment pour le faire
 - de l'approche anesthésique et des risques
 - des mesures d'atténuation de la douleur
- La personne devrait demander à son médecin s'il y aura des frais non remboursés par l'Assurance-Santé de l'Ontario

SOINS IMMÉDIATEMENT AVANT L'INTERVENTION

- La personne doit suivre les directives recommandées par le chirurgien pour l'épilation
- Certains chirurgiens font un marquage chirurgical de la peau lorsque les patients sont debout, assis ou couchés
- Des antibiotiques par voie IV sont parfois administrés avant une intervention pour réduire les risques d'infection

SOINS POSTOPÉRATOIRES

SOINS IMMÉDIATEMENT APRÈS L'INTERVENTION

- Des drains chirurgicaux (de type Jackson Pratt) sont parfois nécessaires pour une durée maximale d'une semaine
- Suivez les directives postopératoires du chirurgien pour les drains, les pansements, les sutures et les bandelettes adhésives
- Suivez les recommandations du chirurgien à propos du port d'une sangle de compression (parfois recommandé jusqu'à 1 mois après l'intervention)

SOINS INTERMÉDIAIRES APRÈS L'INTERVENTION

- Suivez les recommandations du chirurgien concernant les restrictions des activités
- Voici quelques-unes des lignes directrices générales:
 - Obtenez l'aide de quelqu'un durant la période postopératoire pour les AVQ et les AIVQ (nettoyage, lavage, épicerie)
 - Limitez les mouvements des bras à de petits gestes sous l'épaule pendant plusieurs semaines (c.-à-d. évitez les grands mouvements pour ne pas exercer de tension sur les sutures et étirer les cicatrices)
 - Évitez de conduire pendant au moins 2 semaines, jusqu'à ce que vous puissiez utiliser vos bras de façon confortable pour la conduite
 - Évitez de forcer, de lever des objets lourds (max 4,5 kg, ou 10 lb) et de faire de l'exercice pendant 3 à 4 semaines
 - Réduisez les activités et prenez un congé de maladie d'au moins 3 semaines (selon le type de travail)
 - Echelonnez la reprise de vos activités quotidiennes sur 4 à 6 semaines

SOINS MÉDICAUX DE LONGUE DURÉE

- Une enflure est normale pendant 4 à 6 mois et se résorbera avec le temps
- Évitez d'exposer vos cicatrices au soleil pendant au moins 1 an après l'intervention afin de réduire au minimum les changements de couleur de la cicatrice
- Puisque les trois techniques conservent une partie du tissu mammaire original, il est recommandé de poursuivre les dépistages du cancer du sein, la meilleure méthode est inconnue
- En Ontario, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fournit un financement pour des corrections par le biais du *formulaire d'approbation préalable pour le financement d'une chirurgie de réassignation sexuelle*

Reconstruction du torse - Résumé pour les professionnels de la santé

RÉFÉRENCES

1. Masculinisation du torse ou mastectomie [Internet]. GRS Montréal. [cité le 21 novembre 2016]. Accessible à cette adresse: <https://www.grsmontreal.com/fr/chirurgies/femme-a-homme/14-masculinisation-du-torse-ou-mastectomie.html>
2. Trans Care BC Provincial Health Services Authority [Internet]. [cité le 28 novembre 2018]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement): <http://www.phsa.ca/transcarebc>

AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ

Les renseignements fournis dans la présente sont généraux et ne constituent pas un avis médical. Nous recommandons à tous les patients de consulter leur chirurgien avant l'intervention afin de recevoir des renseignements personnalisés, notamment la technique particulière du chirurgien, les taux de complication et les recommandations. Il s'agit d'un document évolutif qui peut être modifié en tout temps, à mesure que les connaissances sur les interventions liées à une transition s'enrichissent.

REMERCIEMENTS

Ce document, créé par des cliniciens du Sherbourne Health, s'inspire de renseignements tirés du programme d'information sur la santé transgenre (Transgender Health Information Program) de la Colombie-Britannique, de la Clinique de chirurgie de changement de sexe GRS de Montréal et de la Clinique d'identité de genre du Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Dégagement du clitoris

Résumé pour les professionnels de la santé

Ce document présente des renseignements qui servent à favoriser des conversations sur les interventions chirurgicales possibles au sujet de la transition, entre les intervenants en soins de santé et les patients. Ce document n'est pas exhaustif et ne remplace pas le processus de consentement éclairé entre un chirurgien et un patient.

DESCRIPTION

Un pénis est créé à partir du tissu clitoridien allongé. Les ligaments qui entourent le clitoris sont sectionnés, ce qui allonge le clitoris pour créer un pénis. Aucun changement n'est apporté à l'urètre natal (c.-à-d. qu'il n'est pas allongé).

Certains chirurgiens parleront de « **métaiodoplastie sans allongement de l'urètre** » au lieu de « **dégagement du clitoris** ».

RÉSULTATS ESCOMPTÉS

- ✓ Réduction de la dysphorie de genre en harmonisant l'anatomie avec l'identité de genre
- ✓ Création d'un pénis, +/- scrotum et implants testiculaires
- ✓ Moins de complications/moins de cicatrices qu'une phalloplastie (p. ex. pas de cicatrice sur l'avant-bras)
- ✓ Meilleure chance de conserver une sensation érogène dans le nouveau pénis comparativement à une phalloplastie
- ✓ Ne permet pas d'uriner debout

EFFETS SECONDAIRES

- Avec la demande d'une vaginectomie et d'une scrotoplastie, il faut procéder à une hystérectomie + SOB, ce qui entraîne l'infertilité
- Le pénis est habituellement trop petit pour effectuer une pénétration lors des relations sexuelles
- Si une vaginectomie est pratiquée, il est impossible de recevoir une pénétration vaginale lors des relations sexuelles

TECHNIQUES ET OPTIONS CHIRURGICALES

- Le clitoris grossit grâce à la prise de testostérone
- Les ligaments du clitoris sont sectionnés, ce qui le dégage du pubis et l'allonge, ce qui crée un pénis
- Certains chirurgiens offrent de procéder à une vaginectomie, à une scrotoplastie et à la pose d'implants testiculaires dans les grandes lèvres, selon la préférence de la personne, et le statut de l'hystérectomie + SOB (selon le chirurgien, ces interventions se feront conjointement ou par étapes)
- **Vaginectomie:** ablation du vagin (colpectomie) ou oblitération du vagin (colpocléisis)
- **Scrotoplastie:** création d'un scrotum et insertion d'implants testiculaires
- L'urètre n'est pas allongé – l'urètre d'origine reste inchangé
- Les techniques chirurgicales varient selon le chirurgien

RISQUES ET COMPLICATIONS LIÉS À UNE INTERVENTION DU DÉGAGEMENT DU

- **Changements de sensation du pénis:** moins de sensibilité, sensibilité ou hypersensibilité
- **Avec scrotoplastie et implants testiculaires:** infection, extrusion, positionnement erroné/inconfortable
- **Insatisfaction quant à l'apparence ou au fonctionnement des organes génitaux** (taille, forme, fonctionnement du pénis, scrotum)

AUTRES OPTIONS DE TRAITEMENT

- Métaiodoplastie avec allongement du clitoris et extension de l'urètre (permet d'uriner debout)
- Phalloplastie

Dégagement du clitoris - Résumé pour les professionnels de la santé

RISQUES/COMPLICATIONS POTENTIELS COMMUNS À LA PLUPART DES INTERVEN-

! Les risques sont plus élevés en cas de tabagisme, de prise de médicaments immunosuppresseurs, de troubles de la coagulation, d'affections qui nuisent à la guérison, d'IMC < 18,5 ou > 30

- Saignement
- Thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire (caillots de sang dans les jambes, les poumons)
- Endommagement des structures anatomiques proximales (organes, nerfs, vaisseaux sanguins)
- Hématome (accumulation de sang)/ sérome (accumulation de liquide)
- Infection/abcès (accumulation de pus)
- Déhiscence de la plaie (ouverture de la plaie), retard de guérison
- Lésion nerveuse, perte de sensation, hypersensibilité, douleur neuropathique (nerf)
- Douleur chronique
- Cicatrisation (peut être proéminente, surtout en cas d'antécédents de chéloïde)
- Insatisfaction à l'égard de l'apparence/du fonctionnement
- Besoin de correction(s)
- Regret postopératoire

Risques généraux liés à l'anesthésie:

- Insuffisance respiratoire
- Insuffisance/arrêt cardiaque
- Mort
- Endommagement des dents
- Pneumonie de déglutition
- Nausées/vomissements

SOINS PRÉ ET POSTOPÉRATOIRES

SOINS

ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER AVANT

- Envisagez une référence au Sherbourne Health ARC (Acute Respite Care ou soins de répit de courte durée) en cas d'isolement social ou si le client est sans-abri. Services d'interprétation disponibles sur demande.
- Un allongement du clitoris nécessite l'administration de testostérone (la plupart des chirurgiens exigeront au moins 1 à 2 ans)
- Pour procéder à une scrotoplastie, il faudra d'abord pratiquer une hystérectomie totale avec SOB pour permettre la vaginectomie
- Il est fortement recommandé de cesser de fumer avant et après l'intervention afin d'optimiser la guérison de la plaie
- Suivez les conseils du quant aux périodes où éviter l'usage du tabac, la consommation d'alcool et d'autres substances
- Congé de maladie de plusieurs semaines (selon le type de travail)
- Limitez vos activités physiques pendant 6 semaines
- Il faudra compter jusqu'à 3 mois pour un rétablissement complet

Puisque chaque centre chirurgical a son processus préopératoire régulier, il faut demander au chirurgien à quoi s'attendre.

Les hôpitaux tendent à avoir des processus préopératoires standards qui comprennent, entre autres:

- Une visite préalable à l'admission pour examiner l'anamnèse et expliquer les soins pré et postopératoires
- Une consultation auprès de l'anesthésiste ou du médecin est parfois nécessaire, selon l'anamnèse
- L'anesthésiste parlera:
 - des médicaments à cesser de prendre et du moment pour le faire
 - de l'approche anesthésique et des risques
 - des mesures d'atténuation de la douleur

SOINS

SOINS INTERMÉDIAIRES APRÈS L'INTERVENTION

Suivez les recommandations du chirurgien concernant les restrictions sur les activités. Voici quelques-unes des lignes directrices générales:

- Congé de maladie de plusieurs semaines (selon le type de travail)
- L'application périodique de glace pendant 10 minutes permettra de contrôler l'enflure et la douleur
- La pratique d'activités légères (marche) est conseillée
- Évitez la levée de poids lourds/activité exténuante pendant 6 semaines
- Il faudra compter jusqu'à 3 mois pour un rétablissement complet
- Continuer d'éviter de fumer et de consommer de l'alcool, conformément aux directives du médecin, pour optimiser la guérison

SOINS MÉDICAUX DE LONGUE DURÉE

- En Ontario, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fournit un financement pour des corrections par le biais du *formulaire d'approbation préalable pour le financement d'une chirurgie de réassignation sexuelle*

Dégagement du clitoris - Résumé pour les professionnels de la santé

RÉFÉRENCES

1. Bowman, C., and Goldberg, J. Care of the Patient Undergoing Sex Reassignment Surgery (SRS). Vancouver Coastal Health, Transcend Transgender Support & Education Society, and the Canadian Rainbow Health Coalition. 2006.
2. Crane C. Phalloplasty and metaoidioplasty - overview and postoperative considerations [Internet]. Phalloplasty and metaoidioplasty - overview and postoperative considerations. [cité le 21 novembre 2016]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement) : <http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=guidelines-phalloplasty>
3. Djordjevic, M.L., Bizic, M., Stanojevic, D., Bumbasirevic, M., Kojovic, V., Majstorovic, M., et al. Urethral Lengthening in Metoidioplasty (Female-to-male Sex Reassignment Surgery) by Combined Buccal Mucosa Graft and Labia Minora Flap. *Urology*. 2009;74:349-353.
4. Djordjevic, M.L. et Bizic, M.R. Comparison of Two Different Methods for Urethral Lengthening in Female to Male (Metoidioplasty) Surgery. *J Sex Med*. 2013;10:1431-1438.
5. FtM Metoidioplasty [Internet]. Toby R Meltzer - Plastic and Reconstructive Surgery. [cité le 21 novembre 2016]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement) : <http://www.tmeltzer.com/ftm-metoidioplasty.html>
6. Hage, J.J., et Van Turnhout, A.W.M. Long Term Outcome of Metoidioplasty in 70 Female-to- Male Transsexuals. *Annals of Plastic Surgery*. 2006;57(3):312-316.
7. Métaiodoplastie [Internet]. GRS Montréal. [cité le 21 novembre 2016]. Accessible à cette adresse : <https://www.grsmontreal.com/fr/chirurgies/femme-a-homme/12-metaiodoplastie.html>
8. Metoidioplasty [Internet]. Metoidioplasty Surgery Guide: Types of Meta, Metoidioplasty Surgeons, Photos, Costs & more. [cité le 21 novembre 2016]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement) : <http://www.metoidioplasty.net>
9. Metoidioplasty Surgery [Internet]. Brownstein and Crane - Surgical Services. [cité le 21 novembre 2016]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement) : <http://brownsteincrane.com/metoidioplasty>
10. Metoidioplasty - Trans Care BC Provincial Health Services Authority [Internet]. [cité le 28 novembre 2018]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement): <http://www.phsa.ca/transcarebc/surgery/gen-affirming/masculinizing/metoidioplasty#Surgery>
11. Stojanovic, B. et Djordjevic, M.L. Anatomy of the Clitoris and its Impacts on Neophalloplasty (Metoidioplasty) in Female Transgenders. *Clinical Anatomy*. 2015;28:368-375.

AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ

Les renseignements fournis dans la présente sont généraux et ne constituent pas un avis médical. Nous recommandons à tous les patients de consulter leur chirurgien avant l'intervention afin de recevoir des renseignements personnalisés, notamment la technique particulière du chirurgien, les taux de complication et les recommandations. Il s'agit d'un document évolutif qui peut être modifié en tout temps, à mesure que les connaissances sur les interventions liées à une transition s'enrichissent.

REMERCIEMENTS

Ce document, créé par des cliniciens du Sherbourne Health, s'inspire de renseignements tirés du programme d'information sur la santé transgenre (Transgender Health Information Program) de la Colombie-Britannique, de la Clinique de chirurgie de changement de sexe GRS de Montréal et de la Clinique d'identité de genre du Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Hystérectomie et salpingo-ovariectomie bilatérale (SOB)

Résumé pour les professionnels de la santé

Ce document présente des renseignements qui servent à favoriser des conversations sur les interventions chirurgicales possibles au sujet de la transition, entre les intervenants en soins de santé et les patients. Ce document n'est pas exhaustif et ne remplace pas le processus de consentement éclairé entre un chirurgien et un patient.

DESCRIPTION

Hystérectomie: ablation de l'utérus

- **Hystérectomie totale** = ablation de tout l'utérus, y compris le col
- **Hystérectomie subtotale** = ablation de la majeure partie de l'utérus, mais non du col

Salpingo-ovariectomie bilatérale (SOB):

- **Salpingo-ovariectomie bilatérale** = ablation des deux trompes de Fallope
- **Ovariectomie bilatérale** = ablation des deux ovaires

RÉSULTATS ESCOMPTÉS

- ✓ Réduire la dysphorie de genre en harmonisant l'anatomie avec l'identité de genre
- ✓ Mettre fin aux menstruations, à la métrorragie, aux douleurs menstruelles
- ✓ Avec l'hystérectomie totale (sans antécédents de cancer gynécologique), le test Pap n'est plus nécessaire
- ✓ L'ablation des ovaires cause une réduction importante d'estrogène
- ✓ Après l'intervention, il sera possible de réduire la dose de testostérone chez certaines personnes
- ✓ Permettre une vaginectomie et une scrotoplastie

TECHNIQUES ET OPTIONS CHIRURGICALES

1. **Hystérectomie vaginale:** une incision est pratiquée dans le vagin par laquelle sont retirés l'utérus, les trompes et les ovaires
2. **Hystérectomie par laparoscopie:** 3 ou 4 petites incisions d'environ 1 cm sont pratiquées, par lesquelles sont retirés l'utérus, les trompes et les ovaires
3. **Hystérectomie vaginale assistée par laparoscopie (HVAL):** une incision est pratiquée dans le vagin par laquelle sont retirés l'utérus, les trompes et les ovaires, avec l'aide de la laparoscopie
4. **Hystérectomie abdominale:** ablation de l'utérus grâce à une large incision pratiquée sur l'abdomen

EFFETS SECONDAIRES

- Irréversible
- Infertilité permanente (la production d'ovules est terminée)
- Ablation permanente de l'utérus (impossibilité d'utiliser l'utérus pour porter un embryon)
- Production d'estrogène presque nulle (la personne est à risque d'ostéoporose sans la prise d'une forme exogène d'hormone sexuelle)

AUTRES OPTIONS DE TRAITEMENT

- Hystérectomie seulement (sans SOB)
- Hormonothérapie (testostérone) pour arrêter les menstruations
- Analogues de la GnRH pour freiner l'ovulation et les menstruations
- DIU hormonal pour induire l'aménorrhée/oligoménorrhée (freiner ou alléger les menstruations)

RISQUES ET COMPLICATIONS LIÉS À UNE HYSTÉRECTOMIE ET UNE SOB

- Endommagement accidentel de tissus proximaux, comme la perforation de l'intestin ou des lésions à la vessie, au rectum ou à d'autres organes internes
- Endommagement accidentel de vaisseaux sanguins qui sont nécessaires à la future phalloplastie (épigastrique inférieur, circonflexe iliaque)
- Lésion ou infection du tractus urinaire
- Prolapsus vaginal (la paroi vaginale glisse de sa position initiale)
- Fistules (communication anormale qui permet à des liquides/solides de passer entre deux structures qui ne devraient pas être reliées)
 - Uro-vaginal (communication anormale entre la vessie et le vagin)
 - Recto-vaginal (communication anormale entre le rectum et le vagin)
 - Ano-vaginal (communication anormale entre l'anus et le vagin)
- Changements de la sensation sexuelle ou baisse d'intensité de l'orgasme
- Baisse de la libido
- Syndrome des ovaires restants (douleur et saignement en présence de tissu ovarien laissé en place)
- Saignement du dôme vaginal (saignement provenant de la section supérieur du vagin qui n'est pas fermée)
- Bouffées de chaleur/sueurs nocturnes et autres symptômes de l'ovariectomie sans la prise d'hormones sexuelles exogènes

RISQUES/COMPLICATIONS POTENTIELS COMMUNS À LA PLUPART DES INTERVEN-

! Les risques sont plus élevés en cas de tabagisme, de prise de médicaments immunosuppresseurs, de troubles de la coagulation, d'affections qui nuisent à la guérison, d'IMC < 18,5 ou > 30

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Saignement, pourrait nécessiter une transfusion sanguine si excessif• Caillots de sang (thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire)• Endommagement des structures anatomiques proximales (organes, nerfs, vaisseaux sanguins)• Hématome (accumulation de sang)/ sérome (accumulation de liquide)• Infection/abcès (accumulation de pus) | <ul style="list-style-type: none">• Déhiscence de la plaie (ouverture de la plaie), retard de guérison• Lésion nerveuse, perte de sensation, hypersensibilité, douleur neuropathique (nerf)• Douleur chronique• Cicatrisation (peut être proéminente, surtout en cas d'antécédents de chéloïde)• Insatisfaction à l'égard de l'apparence/du fonctionnement• Regret postopératoire | Risques généraux liés à l'anesthésie: <ul style="list-style-type: none">• Insuffisance respiratoire• Insuffisance/arrêt cardiaque• Mort• Endommagement des dents• Pneumonie de déglutition• Nausées/vomissements |
|--|--|--|

SOINS PRÉ ET POSTOPÉRATOIRES

SOINS

ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER AVANT

- Envisagez une référence au Sherbourne Health ARC (Acute Respite Care ou soins de répit de courte durée) en cas d'isolement social ou si le client est sans-abri. Services d'interprétation disponibles sur demande.
- Consultation en fertilité pour la préservation des ovules, puisqu'une hystérectomie + SOB mènent à une perte permanente de la fertilité
- Après une ovariectomie, il est recommandé de prendre des hormones sexuelles exogènes de façon continue pour réduire les risques accrus d'ostéoporose, et ce, aussi longtemps que le traitement est jugé sûr et bénéfique
- Il est fortement recommandé de cesser de fumer avant et après l'intervention afin d'optimiser la guérison de la plaie
- Suivez les conseils du quant aux périodes où éviter l'usage du tabac, la consommation d'alcool et d'autres substances
- Si vous prévoyez subir une métaiodoplastie (plus qu'un simple dégagement du clitoris) ou une phalloplastie, la plupart des chirurgiens exigeront que l'hystérectomie + SOB soient pratiquées au moins 6 mois avant
- Si vous envisagez une phalloplastie avec lambeau au bas-ventre, évitez l'hystérectomie abdominale qui nécessite la pratique d'une incision
- pubienne transversale, car celle-ci peut perturber la vascularisation du lambeau. Les incisions abdominales verticales sont préférables.

Puisque chaque centre chirurgical a son processus préopératoire régulier, il faut demander au chirurgien à quoi s'attendre.

Les hôpitaux tendent à avoir des processus préopératoires standards qui comprennent, entre autres:

- Une visite préalable à l'admission pour examiner l'anamnèse et expliquer les soins pré et postopératoires
- Une consultation auprès de l'anesthésiste ou du médecin est parfois nécessaire, selon l'anamnèse
- L'anesthésiste discutera:
 - des médicaments à cesser de prendre et du moment pour le faire
 - de l'approche anesthésique et des risques
 - des mesures d'atténuation de la douleur

Discutez de la planification des soins postopératoires et des supports sociaux. Un rétablissement typique nécessite 2 semaines de repos, le rétablissement complet suite à une HVAL nécessite 4 à 6 semaines et le rétablissement complet suite à une hystérectomie abdominale est de 6 à 8 semaines.

SOINS POSTOPÉRATOIRES

SOINS IMMÉDIATEMENT APRÈS

- Surveiller tout saignement vaginal abondant
- Surveiller les signes d'infection
- Soins de la plaie
- Soulagement de la douleur

Suivez les recommandations du chirurgien concernant les restrictions des activités.

Voici quelques-unes des lignes directrices générales:

- Ne rien lever pendant 2 semaines (lavage), éviter de s'étirer ou de se pencher pendant 2 semaines
- Aucune levée de poids lourds (maximum 4,5 kg, ou 10 lb) ni d'activités exigeantes pendant 6 semaines
- Aucun exercice modéré à intense pendant 3 mois

SOINS MÉDICAUX DE LONGUE DURÉE

Dose de testostérone après l'ovariectomie:

Celle-ci dépend de la dose de testostérone avant l'ovariectomie; une réduction de la dose peut être envisagée, mais celle-ci doit suffire au maintien de la densité osseuse. Il faut informer les patients qu'une dose plus faible de testostérone peut réduire la masse musculaire, l'énergie et la libido.

Afin d'établir le dosage adéquat pour les personnes ayant une faible dose de testostérone après une ovariectomie, on peut procéder à une analyse des taux de LH et de FSH et ajuster l'hormonothérapie de manière à maintenir ces taux dans les normes précédant la ménopause.

Réduire au minimum les risques d'ostéoporose:

- Obtenir un traitement de remplacement par des hormones sexuelles exogènes (testostérone)
- Surveiller les taux de LH et de FSH pour évaluer l'adéquation de la dose d'hormone (testostérone) pour la santé osseuse
- Calcium et vitamine D
- Réduire le tabagisme
- Activité de mise en charge
- Évaluer la DMO de toute personne ayant subi une ovariectomie et n'ayant pas pris d'hormones depuis 5 ans, peu importe l'âge

RÉFÉRENCES

1. Bogliolo S, Cassani C, Babilonti L, Gardella B, Zanellini F, Dominoni M, et al. Robotic Single-Site Surgery for Female-to-Male Transsexuals: Preliminary Experience. *The Scientific World Journal*. 2014;2014:1–4.
2. CAMH: Gender Identity Clinic: Criteria for Those Seeking Surgery [Internet]. Camh.ca. 2016 [cité le 21 novembre 2016]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement) : http://2017.camh.ca/en/hospital/care_program_and_services/specialty_clinics/Pages/Criteria-and-information-for-those-seeking-surgery.aspx
3. Deutsch M, éditeur. Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People [Internet]. UCSF Center of Excellence for Transgender Health. 2016 [cité le 21 novembre 2016]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement) : <http://transhealth.ucsf.edu/protocols>
4. Ergenli, M.H., Duran, E.H., Ozcan, G., et Erdogan, M. Vaginectomy and laparoscopically assisted vaginal hysterectomy as adjunctive surgery for female-to-male transsexual reassignment: preliminary report. *Obstetrics & Gynecology*. 1999;87:35-37.
5. Hysterectomy & Bilateral Salpingo-Oophorectomy - Trans Care BC Provincial Health Services Authority [Internet]. [cité le 28 novembre 2018]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement): <http://www.phsa.ca/transcarebc/surgery/gen-affirming/masculinizing/hysterectomy-bilateral-salpingo-oophorectomy>
6. O'Hanlan K, Dibble S, Young-Spint M. Total Laparoscopic Hysterectomy for Female-to-Male Transsexuals. *Obstetrics & Gynecology*. 2007;110(5):1096-1101.
7. Ott J, van Trotsenburg M, Kaufmann U, Schrögendorfer K, Haslik W, Huber J., et al. Combined Hysterectomy/Salpingo-Oophorectomy and Mastectomy is a Safe and Valuable Procedure for Female-to-Male Transsexuals. *The Journal of Sexual Medicine*. 2010;7(6):2130-2138.
8. Simpson A, Mira Goldberg J. Gender Transition. Surgery: A Guide for FTMs [Internet]. 1re édition. Vancouver: Vancouver Coastal Health, Transcend Transgender Support & Education Society and Canadian Rainbow Health Coalition; 2006 [cité le 21 novembre 2016]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement) : http://www.rainbowhealthontario.ca/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2014/08/Surgery-FTM.pdf

AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ

Les renseignements fournis dans la présente sont généraux et ne constituent pas un avis médical. Nous recommandons à tous les patients de consulter leur chirurgien avant l'intervention afin de recevoir des renseignements personnalisés, notamment la technique particulière du chirurgien, les taux de complication et les recommandations. Il s'agit d'un document évolutif qui peut être modifié en tout temps, à mesure que les connaissances sur les interventions liées à une transition s'enrichissent.

REMERCIEMENTS

Ce document, créé par des cliniciens du Sherbourne Health, s'inspire de renseignements tirés du programme d'information sur la santé transgenre (Transgender Health Information Program) de la Colombie-Britannique, de la Clinique de chirurgie de changement de sexe GRS de Montréal et de la Clinique d'identité de genre du Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Métaiodoplastie

Résumé pour les professionnels de la santé

Ce document présente des renseignements qui servent à favoriser des conversations sur les interventions chirurgicales possibles au sujet de la transition, entre les intervenants en soins de santé et les patients. Ce document n'est pas exhaustif et ne remplace pas le processus de consentement éclairé entre un chirurgien et un patient.

DESCRIPTION

Un pénis est créé à partir du tissu clitoridien allongé. Les ligaments entourant le clitoris sont sectionnés, ce qui allonge le clitoris pour créer un pénis. L'urètre est allongé jusqu'à l'extrémité du pénis.

RÉSULTATS ESCOMPTÉS/AVAN-

- ✓ Réduire la dysphorie de genre en harmonisant l'anatomie avec l'identité de genre
- ✓ Création d'un pénis, +/- scrotum et implants testiculaires
- ✓ Permet d'uriner debout
- ✓ Meilleure chance de conserver une sensation érogène dans le pénis comparativement à une phalloplastie
- ✓ Moins de cicatrices qu'avec une phalloplastie (p. ex. pas de cicatrice sur l'avant-bras)

TECHNIQUES ET OPTIONS CHIRURGICALES

- Le clitoris grossit grâce à la prise de testostérone
- Les ligaments du clitoris sont sectionnés, ce qui le dégage du pubis allongée, ce qui crée un pénis" should be "Les ligaments du clitoris sont sectionnés, ce qui le dégage du pubis et l'allonge, ce qui crée un pénis
- Parfois, le tissu labial sert à augmenter la circonférence du pénis
- L'urètre est allongé (urétroplastie à l'aide de tissu sécrétant du mucus extrait du vagin ou de l'intérieur de la joue) pour permettre d'uriner par l'extrémité du pénis
- Certains chirurgiens offrent de procéder à une vaginectomie, à une scrotoplastie et à la pose d'implants testiculaires dans les grandes lèvres, selon la préférence de la personne, et le statut de l'hystérectomie + SOB

Vaginectomie: ablation du vagin (colpectomie) ou oblitération du vagin (colpocléisis)

Scrotoplastie: création d'un scrotum et insertion d'implants testiculaires

AUTRES OPTIONS DE TRAITEMENT

- Dégagement du clitoris, avec allongement du clitoris, mais sans extension de l'urètre
- Dispositifs qui aident à uriner debout
- Phalloplastie

EFFETS SECONDAIRES

- Si la vaginectomie et la scrotoplastie sont désirées, l'hystérectomie + SOB sont obligatoires et entraînent l'infertilité
- Le pénis est habituellement trop petit pour effectuer une pénétration lors des relations sexuelles
- Si une vaginectomie est pratiquée, il est impossible de recevoir une pénétration vaginale lors des relations sexuelles

RISQUES POTENTIELS/COMPLICATIONS COMMUNES À LA PLUPART DES

! Les risques sont plus élevés en cas de tabagisme, de prise de médicaments immunosuppresseurs, de troubles de la coagulation, d'affections qui nuisent à la guérison, d'IMC < 18,5 ou > 30

- Saignement
- Thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire (caillots de sang dans les jambes, les poumons)
- Endommagement des structures anatomiques proximales (organes, nerfs, vaisseaux sanguins)
- Hématome (accumulation de sang)/sérôme (accumulation de liquide)
- Infection/abcès (accumulation de pus)
- Déhiscence de la plaie (ouverture de la plaie), retard de guérison
- Lésion nerveuse, perte de sensation, hypersensibilité, douleur neuropathique (nerf)
- Douleur chronique
- Cicatrisation (peut être proéminente, surtout en cas d'antécédents de chéloïde)
- Insatisfaction à l'égard de l'apparence/du fonctionnement
- Besoin de correction(s)
- Regret postopératoire

Risques généraux liés à l'anesthésie:

- Insuffisance respiratoire
- Insuffisance/arrêt cardiaque
- Mort
- Endommagement des dents
- Pneumonie de déglutition
- Nausées/vomissements

RISQUES ET COMPLICATIONS LIÉS À UNE INTERVENTION DE MÉTAIODOPLASTIE

- Même si une urétroplastie est pratiquée, certaines personnes ne pourront uriner debout en raison d'une modification du jet urinaire (jaillissement, égouttement) ou d'un pénis insuffisamment long
- **Complications urinaires:** fistule, rétrécissement, sténose, infections urinaire
- **Fistules urétrales:** urocutané (communication anormale entre l'urètre et la peau)
- **Sténose urétrale:** rétrécissement de l'urètre qui entraîne de la difficulté à uriner
- **Strictions urétrales:** urètre complètement obstrué, incapacité à uriner, nécessite l'insertion d'une sonde (jusqu'à la correction chirurgicale)
- **Croissance de poils dans l'urètre:** peut causer une ITU, une sténose, un rétrécissement, des calculs intra-urétraux
- Les complications urétrales peuvent nécessiter une correction chirurgicale
- **Changements de sensation du pénis:** moins de sensibilité, sensibilité ou hypersensibilité
- **Complications liées aux implants testiculaires:** infection, extrusion, positionnement erroné/inconfortable
- **Insatisfaction quant à l'apparence ou au fonctionnement des organes génitaux** (taille, forme, fonctionnement du pénis, scrotum)

SOINS PRÉ ET POSTOPÉRATOIRES

SOINS

ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER AVANT

- Envisagez une référence au Sherbourne Health ARC (Acute Respite Care ou soins de répit de courte durée) en cas d'isolement social ou si le client est sans-abri. Services d'interprétation disponibles sur demande.
 - Un allongement du clitoris nécessite l'administration de testostérone (la plupart des chirurgiens exigent au moins 1 à 2 ans)
 - Pour procéder à une scrotoplastie, il faudra d'abord pratiquer une hystérectomie totale avec SOB pour permettre la vaginectomie
 - Il est fortement recommandé de cesser de fumer avant et après l'intervention afin d'optimiser la guérison de la plaie
 - Suivez les conseils du quant aux périodes où éviter l'usage du tabac, la consommation d'alcool et d'autres substances
 - Congé de maladie d'au moins 4 semaines (selon le type de travail)
 - Limitez vos activités physiques pendant 6 semaines
 - Il faudra compter jusqu'à 3 mois pour un rétablissement complet
 - Envisagez la nécessité d'avoir l'aide de quelqu'un durant la période postopératoire pour les AVQ et les AIVQ (nettoyage, lavage, épicerie)
- Puisque chaque centre chirurgical a son processus préopératoire régulier, il faut demander au chirurgien à quoi s'attendre.**
- Les hôpitaux tendent à avoir des processus préopératoires standards qui comprennent, entre autres:**
- Une visite préalable à l'admission pour examiner l'anamnèse et expliquer les soins pré et postopératoires
 - Une consultation auprès de l'anesthésiste ou du médecin est parfois nécessaire, selon l'anamnèse
 - L'anesthésiste discutera:
 - des médicaments à cesser de prendre et du moment pour le faire
 - de l'approche anesthésique et des risques
 - des mesures d'atténuation de la douleur

SOINS POSTOPÉRATOIRES

SOINS IMMÉDIATEMENT APRÈS

- Une sonde urinaire est généralement maintenue en place plusieurs semaines après l'intervention
- Sonde sus-pubienne peut-être nécessaire

SOINS MÉDICAUX DE LONGUE

- En présence de strictions ou de fistules, des réparations du tractus urinaire s'imposeront pour le réparer
- Une dilatation au ballonnet est parfois efficace en cas de striction urétrale
- En Ontario, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fournit un financement pour des corrections par le biais du *formulaire d'approbation préalable pour le financement d'une chirurgie de réassignation sexuelle*

SOINS INTERMÉDIAIRES APRÈS

Suivez les recommandations du chirurgien concernant les restrictions des activités. Voici quelques-unes des lignes directrices générales:

- Congé de maladie d'au moins 4 semaines (selon le type de travail)
- L'application périodique de glace pendant 10 minutes permettra de contrôler l'enflure et la douleur
- Évitez de conduire pendant au moins 2 semaines (ou jusqu'à ce que vous puissiez conduire en toute sécurité)
- La pratique d'activités légères (marche) est conseillée
- Évitez les activités physiques modérées à intenses et la musculation pendant 6 semaines
- Un rétablissement complet nécessite au moins 3 mois
- Continuer d'éviter de fumer et de consommer de l'alcool, conformément aux directives du chirurgien, pour optimiser la guérison

RÉFÉRENCES

1. Bowman, C., and Goldberg, J. Care of the Patient Undergoing Sex Reassignment Surgery (SRS). Vancouver Coastal Health, Transcend Transgender Support & Education Society, et Canadian Rainbow Health Coalition. 2006.
2. Crane C. Phalloplasty and metaoidioplasty - overview and postoperative considerations [Internet]. Phalloplasty and metaoidioplasty - overview and postoperative considerations. [cité le 21 novembre 2016]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement) : <http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=guidelines-phalloplasty>
3. Djordjevic, M.L., Bizic, M., Stanojevic, D., Bumbasirevic, M., Kojovic, V., Majstorovic, M., et al. Urethral Lengthening in Metoidioplasty (Female-to-male Sex Reassignment Surgery) by Combined Buccal Mucosa Graft and Labia Minora Flap. *Urology*. 2009;74:349-353.
4. Djordjevic, M.L. et Bizic, M.R. Comparison of Two Different Methods for Urethral Lengthening in Female to Male (Metoidioplasty) Surgery. *J Sex Med*. 2013;10:1431-1438.
5. FtM Metoidioplasty [Internet]. Toby R Meltzer - Plastic and Reconstructive Surgery. [cité le 21 novembre 2016]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement) : <http://www.tmeltzer.com/ftm-metoidioplasty.html>
6. Hage, J.J., et Van Turnhout, A.W.M. Long Term Outcome of Metoidioplasty in 70 Female-to- Male Transsexuals. *Annals of Plastic Surgery*. 2006;57(3):312-316.
7. Métaiodoplastie [Internet]. GRS Montréal. [cité le 21 novembre 2016]. Accessible à cette adresse : <https://www.grsmontreal.com/fr/chirurgies/femme-a-homme/12-metaiodoplastie.html>
8. Métaiodoplastie [Internet]. Metoidioplasty Surgery Guide: Types of Meta, Metoidioplasty Surgeons, Photos, Costs & more. [cité le 21 novembre 2016]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement) : <http://www.metoidioplasty.net>
9. Metoidioplasty Surgery [Internet]. Brownstein and Crane - Surgical Services. [cité le 21 novembre 2016]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement) : <http://brownsteincrane.com/metoidioplasty>
10. Metoidioplasty - Trans Care BC Provincial Health Services Authority [Internet]. [cité le 28 novembre 2018]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement): <http://www.phsa.ca/transcarebc/surgery/gen-affirming/masculinizing/metoidioplasty#Surgery>
11. Stojanovic, B. et Djordjevic, M.L. Anatomy of the Clitoris and its Impacts on Neophalloplasty (Metoidioplasty) in Female Transgenders. *Clinical Anatomy*. 2015;28:368-375.

AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ

Les renseignements fournis dans la présente sont généraux et ne constituent pas un avis médical. Nous recommandons à tous les patients de consulter leur chirurgien avant l'intervention afin de recevoir des renseignements personnalisés, notamment la technique particulière du chirurgien, les taux de complication et les recommandations. Il s'agit d'un document évolutif qui peut être modifié en tout temps, à mesure que les connaissances sur les interventions liées à une transition s'enrichissent.

REMERCIEMENTS

Ce document, créé par des cliniciens du Sherbourne Health, s'inspire de renseignements tirés du programme d'information sur la santé transgenre (Transgender Health Information Program) de la Colombie-Britannique, de la Clinique de chirurgie de changement de sexe GRS de Montréal et de la Clinique d'identité de genre du Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Orchidectomie

Résumé pour les professionnels de la santé

Ce document présente des renseignements qui servent à favoriser des conversations sur les interventions chirurgicales possibles au sujet de la transition, entre les intervenants en soins de santé et les patients. Ce document n'est pas exhaustif et ne remplace pas le processus de consentement éclairé entre un chirurgien et un patient.

DESCRIPTION

L'orchidectomie consiste en l'ablation des testicules et du cordon spermatique.

TECHNIQUES ET OPTIONS CHIRURGICALES

- Incision scrotale (la plus fréquente) ou inguinale (aine)
- Peut être pratiquée avec ou sans strotectomie (ablation du sac scrotal)
- Anesthésie générale, rachidienne ou locale
- Chirurgie d'un jour
- La prostate est conservée

RÉSULTATS ESCOMPTÉS

- ✓ Réduire la dysphorie de genre en harmonisant l'anatomie avec l'identité de genre
- ✓ Éliminer la principale source de production de testostérone endogène et ses effets
- ✓ Possibilité chez certaines personnes de réduire considérablement la prise d'inhibiteurs d'androgènes ou de cesser de les prendre
- ✓ Possibilité chez certaines personnes de diminuer la dose d'œstrogène

EFFETS SECONDAIRES

- Irréversible
- Infertilité permanente (la production de sperme cesse)
- Production de testostérone presque nulle (la personne est à risque d'ostéoporose sans la prise d'une d'hormone sexuelle)
- Les effets secondaires d'un faible taux de testostérone comprennent une dysfonction érectile, une baisse de libido et une perte d'énergie

AUTRES OPTIONS DE TRAITEMENT

- Dissimuler les organes génitaux («Tucking»)
- Médicaments: inhibiteurs d'androgènes, analogues de la GnRH
- Vaginoplastie (construction chirurgicale du vagin et de la vulve qui comprend une orchidectomie simultanée)

RISQUES ET COMPLICATIONS LIÉS À UNE ORCHIDECTOMIE

- Avec une scrotectomie (ablation du tissu scrotal), le chirurgien retire le tissu qui sert souvent à créer la paroi vaginale durant la vaginoplastie. Selon la technique de vaginoplastie utilisée, d'autres greffes de peau (p. ex. de lambeaux des cuisses) sont parfois nécessaires
- Hématome scrotal ou rétropérinéal
- Engourdissement/perte de sensation dans certaines régions entourant la zone opérée, souvent temporaire
- Les segments amputés des cordons spermatiques sont parfois palpables

RISQUES/COMPLICATIONS POTENTIELS COMMUNS À LA PLUPART DES

- ! Les risques sont plus élevés en cas de tabagisme, de prise de médicaments immunosuppresseurs, de troubles de la coagulation, d'affections qui nuisent à la guérison, d'IMC < 18,5 ou > 30
- Saignement
- Thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire (caillots de sang dans les jambes, les poumons)
- Endommagement des structures anatomiques proximales (organes, nerfs, vaisseaux sanguins)
- Hématome (accumulation de sang)/sérome (accumulation de liquide)
- Infection/abcès (accumulation de pus)
- Déhiscence de la plaie (ouverture de la plaie), retard de guérison
- Lésion nerveuse, perte de sensation, hypersensibilité, douleur neuropathique (nerf)
- Douleur chronique
- Cicatrisation (peut être proéminente, surtout en cas d'antécédents de chéloïde)
- Insatisfaction à l'égard de l'apparence/du fonctionnement
- Besoin de correction(s)
- Regret postopératoire

Risques généraux liés à l'anesthésie:

- Insuffisance respiratoire
- Insuffisance/arrêt cardiaque
- Mort
- Endommagement des dents
- Pneumonie de déglutition
- Nausées/vomissements

SOINS PRÉ ET POSTOPÉRATOIRES

SOINS

ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER AVANT

- Consultation en fertilité +/- banque de spermatozoïdes
- Après une orchidectomie, il est recommandé de prendre des hormones sexuelles exogènes de façon continue pour réduire les risques accrus d'ostéoporose, et ce, aussi longtemps que le traitement est jugé sûr et bénéfique
- Il est fortement recommandé de cesser de fumer avant et après l'intervention afin d'optimiser la guérison de la plaie
- Suivez les conseils du quant aux périodes où éviter l'usage du tabac, la consommation d'alcool et d'autres substances
- Examinez les avantages et inconvénients d'une scrotectomie, puisqu'elle pourrait toucher des tissus qui seront ensuite nécessaires à la vaginoplastie
- L'orchidectomie peut coïncider avec la vaginoplastie plutôt que d'être effectué indépendamment
- La personne devrait demander à son médecin s'il y aura des frais non remboursés par l'Assurance-santé de l'Ontario

Puisque chaque centre chirurgical a son processus préopératoire régulier, il faut demander au chirurgien à quoi s'attendre.

Les hôpitaux tendent à avoir des processus préopératoires standards qui comprennent, entre autres:

- Une visite préalable à l'admission pour examiner l'anamnèse et expliquer les soins pré et postopératoires
- Une consultation auprès de l'anesthésiste ou du médecin est parfois nécessaire, selon l'anamnèse
- L'anesthésiste discutera:
 - des médicaments à cesser de prendre et du moment pour le faire
 - de l'approche anesthésique et des risques
 - des mesures d'atténuation de la douleur

SOINS IMMÉDIATEMENT AVANT

- Consultez votre chirurgien au sujet des médicaments à prendre ou à ne pas prendre avant la procédure (hormones, anticoagulants, aspirine, herbes médicinales)

SOINS POSTOPÉRATOIRES

SOINS IMMÉDIATEMENT APRÈS

- Soins de l'incision
- Des ecchymoses, de l'enflure, un engourdissement ou une douleur aiguë/brûlante peuvent apparaître
- Niveaux d'activité – des activités légères sont conseillées (comme la marche)

SOINS INTERMÉDIAIRES APRÈS

- Aucune levée de poids lourds/activité exigeante pendant 2 à 3 semaines

SOINS MÉDICAUX DE LONGUE DURÉE

- La prise d'inhibiteurs d'androgènes peut cesser ou diminuer au cours des 4 à 6 semaines suivant l'intervention

Dose d'estrogène après une orchidectomie:

- Dépend de la dose d'estrogène avant l'intervention; une réduction de la dose sera envisagée, tant qu'elle convient pour maintenir la densité osseuse. Il faudra procéder à une analyse des taux de LH et de FSH afin d'établir la dose adéquate pour les personnes ayant besoin d'un supplément d'estrogène après l'orchidectomie

Réduire au minimum les risques d'ostéoporose:

- Obtenir un traitement de remplacement par des hormones sexuelles exogènes (estrogène)
- Surveiller les taux de LH et de FSH pour évaluer l'adéquation de la dose d'hormone (estrogène) pour la santé osseuse
- Veiller à ingérer une quantité suffisante de calcium et de vitamine D
- Réduire le tabagisme
- Activité de mise en charge
- Évaluer la densitométrie osseuse de toute personne ayant subi une orchidectomie et n'ayant pas pris d'hormones exogènes depuis 5 ans ou plus, quel que soit son âge

RÉFÉRENCES

1. Bowman C, Goldberg J. Care of the Patient Undergoing Sex Reassignment Surgery. International Journal of Transgenderism [Internet]. 2006 [cité le 21 novembre 2016];9(3-4):135-165. Accessible à cette adresse (en anglais seulement) : <http://www.amsa.org/wp-content/uploads/2015/04/CareOfThePatientUndergoingSRS.pdf>
2. Deutsch M, éditeur. Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People [Internet]. UCSF Center of Excellence for Transgender Health. 2016 [cité le 21 novembre 2016]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement) : <http://transhealth.ucsf.edu/protocols>
3. Lewis S. Medical-Surgical Nursing in Canada. 2e éd. Toronto: Elsevier Moseby; 2010.
4. Orchiectomy - Trans Care BC Provincial Health Services Authority [Internet]. [cité le 28 novembre 2018]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement): <http://www.phsa.ca/transcarebc/surgery/gen-affirming/feminizing/orchiectomy>
5. Papanikolaou F. Radical Orchiectomy: Overview, Perioperative Care, Technique [Internet]. Medscape. 2016 [cité le 21 novembre 2016]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement) : <http://emedicine.medscape.com/article/449033-overview>
6. S Steele GP Richie J. Radical inguinal orchiectomy for testicular germ cell tumors [Internet]. UpToDate. 2016 [cité le 21 novembre 2016]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement) : http://www.uptodate.com/contents/radical-inguinal-orchiectomy-for-testicular-germ-cell-tumors?source=search_result&search=orchiectomy&selectedTitle=1%7E7
7. T'Sjoen, G., and Weyers, S., Taes, Y., Lapauw, B., Toye, K., Goemaere, S., et al. Prevalence of Low Bone Mass in Relation to Estrogen Treatment and Body Composition in Male-to-Female Transsexual Persons. Journal of Clinical Densitometry: Assessment of Skeletal Health. 2009;12(3):306-313.

AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ

Les renseignements fournis dans la présente sont généraux et ne constituent pas un avis médical. Nous recommandons à tous les patients de consulter leur chirurgien avant l'intervention afin de recevoir des renseignements personnalisés, notamment la technique particulière du chirurgien, les taux de complication et les recommandations. Il s'agit d'un document évolutif qui peut être modifié en tout temps, à mesure que les connaissances sur les interventions liées à une transition s'enrichissent.

REMERCIEMENTS

Ce document, créé par des cliniciens du Sherbourne Health, s'inspire de renseignements tirés du programme d'information sur la santé transgenre (Transgender Health Information Program) de la Colombie-Britannique, de la Clinique de chirurgie de changement de sexe GRS de Montréal et de la Clinique d'identité de genre du Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Phalloplastie

Résumé pour les professionnels de la santé

Ce document présente des renseignements qui servent à favoriser des conversations sur les interventions chirurgicales possibles au sujet de la transition, entre les intervenants en soins de santé et les patients. Ce document n'est pas exhaustif et ne remplace pas le processus de consentement éclairé entre un chirurgien et un patient.

DESCRIPTION*

Une chirurgie de masculinisation pour l'affirmation de genre à créer un pénis, un scrotum et des testicules. Elle comprend:

- **Création d'un pénis** (phallus) par greffe de tissus, notamment des artères, des veines et des nerfs
- **Urétroplastie**: création d'un urètre qui traverse le phallus (du tissu cutané, vaginal ou de la muqueuse buccale peut servir à créer l'urètre)
- **Vaginectomie**: ablation du vagin (colpectomie) ou oblitération du vagin (colpocléisis)
- **Plastie du gland**: création du gland du pénis – en sculptant la tête du phallus
- **Scrotoplastie**: création d'un scrotum et insertion d'implants testiculaires
- **Dispositif érectile**: insertion d'un dispositif érectile, si désiré

RÉSULTATS ESCOMPTÉS

- ✓ Réduire la dysphorie de genre en harmonisant l'anatomie avec l'identité sexuelle
- ✓ Permettre d'effectuer une pénétration lors des relations sexuelles
- ✓ Permettre d'uriner debout

EFFETS SECONDAIRES

- Irréversible
- La vaginectomie et la scrotoplastie entraînent l'infertilité
- Cicatrices (cicatrice importante à l'avant- bras en raison du lambeau prélevé pour la phalloplastie). L'emplacement des cicatrices varie en fonction de la technique chirurgicale

* Adapté de Trans Care BC [Internet]. Trans Care BC Provincial Health Services Authority. [cité le 28 novembre 2018]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement) : <http://www.phsa.ca/transcarebc>

TECHNIQUES ET OPTIONS CHIRURGICALES*

Les techniques chirurgicales varient selon le chirurgien. La clinique GRS de Montréal offre une phalloplastie – lambeau libre sur l'avant-bras (aussi appelé lambeau de la face radiale de l'avant-bras), qui comporte habituellement plusieurs composantes, mises en place en 4 ou 5 chirurgies:

1. Prélèvement de peau, de nerfs, de veines et d'artères de l'avant-bras (large région rectangulaire qui comprend l'artère radiale)
2. Une petite partie de la peau de l'avant-bras sert à l'urétroplastie
3. Une grande partie du tissu de l'avant-bras est pliée sous forme de « tube dans un tube » pour créer le corps et le gland du phallus
4. Le phallus est fixé à la région génitale, au-dessus du clitoris. Une microchirurgie est pratiquée pour attacher les vaisseaux sanguins et les nerfs du phallus aux vaisseaux sanguins et aux nerfs de la région génitale
5. L'urètre est d'abord allongé jusqu'à la base du pénis et, plus tard, le traversera
6. La peau de la cuisse est greffée sur l'avant-bras pour favoriser la guérison
7. Les lèvres sont repositionnées et sculptées pour former le nouveau scrotum (scrotoplastie)
8. La paroi vaginale est retirée et le vagin est obstrué (vaginectomie)
9. Les implants testiculaires sont insérés et le dispositif érectile est mis en place, si désiré
10. Cette chirurgie de confirmation de genre exige qu'une hystérectomie + SOB soient pratiquées au moins 6 mois avant la phalloplastie

D'autres techniques de phalloplastie préconisent des zones de prélèvement différentes pour créer le phallus:

- Lambeau libre ou pédiculé de la face antéro-latérale de la cuisse
- Lambeau de muscle grand dorsal – lambeau libre
- Lambeau abdominal/aïne

AUTRES OPTIONS DE TRAITEMENT

- Dégagement du clitoris
- Métaiodoplastie
- Prise de testostérone pour provoquer une hypertrophie clitoridienne (grossissement du clitoris)
- «Packing» (placement d'un coussinet ou d'un objet phallique dans les pantalons/sous-vêtement)
- Dispositifs qui aident à uriner debout

RISQUES ET COMPLICATIONS LIÉS À UNE PHALLOPLASTIE

Complications urinaires/urétrales:

- **Les complications urinaires sont très fréquentes:** fistule, rétrécissement, sténose, infections urinaires
- **Fistules urétrales:** urocutané (communication anormale entre l'urètre et la peau)
- **Sténose urétrale:** rétrécissement de l'urètre qui entraîne de la difficulté à uriner
- **Strictions urétrales:** urètre complètement obstrué, incapacité à uriner, nécessite l'insertion d'une sonde (jusqu'à la correction chirurgicale)
- **Croissance de poils dans l'urètre:** peut causer une ITU, une sténose, un rétrécissement, des calculs intra-urétraux
- **Les complications urétrales nécessitent une correction chirurgicale**

Autres complications:

- **Zone de prélèvement de l'avant-bras:** cicatrice importante permanente, engourdissement/raideur/enflure/douleur au poignet/coude/bras
- **Échec de la greffe:** le tissu du phallus meurt (< 1 % d'échec complet, 6 % d'échec partiel de la greffe)
- **Lésion nerveuse et perte de sensation du phallus**
- **Diminution de la satisfaction sexuelle, incapacité d'atteindre l'orgasme**
- **Insatisfaction quant à l'apparence ou au fonctionnement des organes génitaux (taille, forme, fonctionnement du pénis, scrotum)**
- **Lésion à la vessie ou au rectum (fistules recto-périnéales: du rectum à la peau)**
- **Ouverture de la plaie (fréquente à la base du phallus, jonction périnéo-scrotale)**
- **Complications liées aux implants testiculaires:** infection, extrusion, positionnement erroné/inconfortable
- **Complications liées au dispositif érectile:** infection, érosion cutanée, défectuosité technique, positionnement erroné/inconfortable

RISQUES/COMPLICATIONS POTENTIELS COMMUNS À LA PLUPART DES

! Les risques sont plus élevés en cas de tabagisme, de prise de médicaments immunosuppresseurs, de troubles de la coagulation, d'affections qui nuisent à la guérison, d'IMC < 18,5 ou > 30

- Saignement
- Thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire (caillots de sang dans les jambes, les poumons)
- Endommagement des structures anatomiques proximales (organes, nerfs, vaisseaux sanguins)
- Hématome (accumulation de sang)/sérome (accumulation de liquide)
- Infection/abcès (accumulation de pus)
- Déhiscence de la plaie (ouverture de la plaie), retard de guérison
- Lésion nerveuse, perte de sensation, hypersensibilité, douleur neuropathique (nerf)
- Douleur chronique
- Cicatrisation (peut être proéminente, surtout en cas d'antécédents de chéloïde)
- Insatisfaction à l'égard de l'apparence/du fonctionnement
- Besoin de correction(s)
- Regret postopératoire

Risques généraux liés à l'anesthésie:

- Insuffisance respiratoire
- Insuffisance/arrêt cardiaque
- Mort
- Endommagement des dents
- Pneumonie de déglutition
- Nausées/vomissements

ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER AVANT

- Une hystérectomie + SOB doivent être pratiquées au moins 6 mois avant la phalloplastie
- Envisagez une référence au Sherbourne Health ARC (Acute Respite Care ou soins de répit de courte durée) en cas d'isolement social ou si le client est sans-abri. Services d'interprétation disponibles sur demande.
- Une chirurgie de confirmation de genre exige une épilation méticuleuse et permanente de la zone de prélèvement de l'avant-bras (électrolyse/laser) à effectuer au moins 6 mois avant la phalloplastie
- Il faudra peut-être réaliser une électrolyse périnéale entre les étapes si le tissu périnéal sert à l'allongement de l'urètre
- L'abandon du tabagisme est particulièrement important pour la phalloplastie (en raison des greffes de vaisseaux sanguins et des risques d'échec de la greffe dû à une vasoconstriction causée par la nicotine). Certains chirurgiens recommandent de cesser de fumer 6 mois avant l'intervention et 6 mois après
- Suivez les conseils du quant aux périodes où éviter l'usage du tabac, la consommation d'alcool et d'autres substances

Une phalloplastie nécessite plusieurs interventions échelonnées sur 1 à 2 ans, parfois plus, selon le temps de rétablissement entre les interventions*.

Prévoir 4 ou 5 voyages à Montréal et considérer les coûts associés à chacun:

La clinique GRS Montreal exige une consultation en personne avant de fixer la date de la phalloplastie, afin de vérifier que la zone de prélèvement est adéquate (vaisseaux sanguins sains dans l'avant-bras).

1. Consultation préopératoire (ambulatoire)
2. Phalloplastie et vaginoplastie, urètre réorienté vers le périnée: 10 jours à Montréal
3. Urètre acheminé dans le pénis : 3 jours à Montréal
4. Scrotoplastie: 3 jours à Montréal
5. Dispositif érectile: 3 jours à Montréal (étapes 4 et 5 pourraient être combinées sous peu)

SOINS IMMÉDIATEMENT AVANT L'INTERVENTION

Puisque chaque centre chirurgical a son processus préopératoire régulier, il faut demander au chirurgien à quoi s'attendre. Les hôpitaux tendent à avoir des processus préopératoires standard qui comprennent, entre autres:

- Une visite préalable à l'admission pour examiner l'anamnèse et expliquer les soins pré et postopératoires
- Une consultation auprès de l'anesthésiste ou du médecin est parfois nécessaire, selon l'anamnèse
- L'anesthésiste discutera :
 - des médicaments à cesser de prendre et du moment pour le faire
 - de l'approche anesthésique et des risques
 - des mesures d'atténuation de la douleur

SOINS IMMÉDIATEMENT APRÈS

- Suivez les directives du chirurgien à propos du positionnement du neophallus après l'intervention
- Suivez les directives du chirurgien pour l'enlèvement de la suture et les pansements
- Suivez les directives du chirurgien à propos des soins à apporter à la sonde urinaire ou sous-pubienne et de son retraitement
- L'abandon du tabagisme et la consommation limitée de caféine sont importants pour améliorer la circulation sanguine et favoriser la guérison

SOINS INTERMÉDIAIRES APRÈS L'INTERVENTION

- Envisagez la nécessité d'avoir l'aide de quelqu'un durant la période postopératoire pour les AVQ et les AIVQ (nettoyage, lavage, épicerie)
- Suivez les directives du chirurgien pour la douche, les pansements et les sous-vêtements
- Suivez les directives du chirurgien pour les exercices relatifs à l'ampleur des mouvements des bras et des jambes, qui débutent habituellement 1 semaine après l'intervention
- Suivez les recommandations du chirurgien concernant les restrictions sur les activités

Voici quelques-unes des lignes directrices générales:

- Évitez de conduire pendant au moins 2 semaines ou jusqu'à ce que vous puissiez utiliser vos bras confortablement pour la conduite
- Évitez de forcer et de lever des objets lourds pendant 6 semaines
- Réduisez les activités et prenez un congé de maladie d'au moins 8 à 12 semaines (selon le type de travail)
- Évitez vos activités physiques pendant 12 semaines
- Le temps de rétablissement dépend de l'étape et de l'intervention chirurgicale. La création d'un phallus, l'urétroplastie et la guérison de la zone de prélèvement sont les étapes qui tendent à prendre plus de temps de rétablissement. L'insertion des implants testiculaires et du dispositif érectile demande moins de temps pour se rétablir.

SOINS MÉDICAUX DE LONGUE DURÉE

- Une fois que la plaie de l'avant-bras est guérie, il faudra porter une manche de compression pour réduire la cicatrice
- Une enflure est normale pendant au moins 4 à 6 mois et se résorbera lentement avec le temps
- Évitez d'exposer vos cicatrices au soleil pendant 1 an après l'intervention afin de réduire au minimum les changements de couleur de la cicatrice
- En Ontario, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fournit un financement pour des corrections par le biais du *formulaire d'approbation préalable pour le financement d'une chirurgie de réassignation sexuelle*

RÉFÉRENCES

1. Adams N, Grenier F. Is it Worth It? What Trans Healthcare Providers Should Know about Phalloplasty [Internet]. Noah J Adams. Université Dalhousie; 2012 [cité le 21 novembre 2016]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement) : <http://www.noahjadams.com/phallostudyposter.pdf>
2. Center of Excellence for Transgender Health, Department of Family and Community Medicine, University of California San Francisco. Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender-Nonconforming People; 2e édition. Deutsch MB, éd. Juin 2016. Accessible à cette adresse (en anglais seulement) : <http://transhealth.ucsf.edu/guidelines>
3. Gender Surgery in San Francisco - Male to Female & Female to Male Surgery [Internet]. Brownstein Crane. [cité le 21 novembre 2016]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement) : <http://brownsteincrane.com/gender-surgery/>
4. Hopwood R. Surgical Gender Affirmation. Proceedings of the 1st Advancing Excellence in Transgender Health Conference [Internet]. LGBT Health Education. The Fenway Institute; 2015. Accessible à cette adresse (en anglais seulement) : <http://www.lgbthealtheducation.org/wp-content/uploads/Surgical-Gender-Affirmation1.pdf>
5. Phalloplastie [Internet]. GRS Montréal. [cité le 21 novembre 2016]. Accessible à cette adresse : <https://www.grsmontreal.com/fr/chirurgies/femme-a-homme/6-phalloplastie.html>
6. Phalloplasty [Internet]. RFF Phalloplasty: Radial Forearm Flap Phalloplasty Surgery. 2016 [cité le 21 novembre 2016]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement) : <http://www.phallo.net/procedures/radial-forearm-flap-phalloplasty.htm>
7. Simpson A, Mira Goldberg J. Gender Transition. Surgery: A Guide for FTMs [Internet]. 1re édition. Vancouver: Vancouver Coastal Health, Transcend Transgender Support & Education Society, et Canadian Rainbow Health Coalition. 2006 [cité le 21 novembre 2016]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement) : http://www.rainbowhealthontario.ca/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2014/08/Surgery-FTM.pdf
8. Trans Care BC [Internet]. Trans Care BC Provincial Health Services Authority. [cité le 28 novembre 2018]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement) : <http://www.phsa.ca/transcarebc>

AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ

Les renseignements fournis dans la présente sont généraux et ne constituent pas un avis médical. Nous recommandons à tous les patients de consulter leur chirurgien avant l'intervention afin de recevoir des renseignements personnalisés, notamment la technique particulière du chirurgien, les taux de complication et les recommandations. Il s'agit d'un document évolutif qui peut être modifié en tout temps, à mesure que les connaissances sur les interventions liées à une transition s'enrichissent.

REMERCIEMENTS

Ce document, créé par des cliniciens du Sherbourne Health, s'inspire de renseignements tirés du programme d'information sur la santé transgenre (Transgender Health Information Program) de la Colombie-Britannique, de la Clinique de chirurgie de changement de sexe GRS de Montréal et de la Clinique d'identité de genre du Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Vaginoplastie

Résumé pour les professionnels de la santé

Ce document présente des renseignements qui servent à favoriser des conversations sur les interventions chirurgicales possibles au sujet de la transition, entre les intervenants en soins de santé et les patients. Ce document n'est pas exhaustif et ne remplace pas le processus de consentement éclairé entre un chirurgien et un patient.

DESCRIPTION*

Chirurgie qui consiste à créer un vagin et une vulve (dont mont de Vénus, lèvres, clitoris et méat urinaire) et à faire l'ablation du pénis, du scrotum et des testicules.

RÉSULTATS ESCOMPTÉS

- ✓ Réduire la dysphorie de genre en harmonisant l'anatomie avec l'identité de genre
- ✓ Éliminer la principale source de production de testostérone endogène et ses effets
- ✓ Possibilité chez certaines personnes de réduire considérablement la prise d'inhibiteurs d'androgènes ou de cesser de les prendre*
- ✓ Possibilité chez certaines personnes de diminuer la dose d'estrogène*
- ✓ Des tissus sensibles à la stimulation sexuelle qui permet, dans de nombreux cas, de conserver la capacité à atteindre l'orgasme
- ✓ Capacité à recevoir une pénétration vaginale lors des relations sexuelles (dans le cas de création d'une cavité vaginale)
- ✓ Capacité d'uriner assis
- ✓ Plus besoin de dissimuler les organes génitaux («Tucking»)

EFFETS SECONDAIRES

- Irréversible
- Infertilité permanente (la production de sperme cesse)**
- Presqu'aucune production de testostérone (la personne est à risque d'ostéoporose sans la prise d'hormones sexuelles exogènes)**
- Les effets d'une réduction du taux de testostérone comprennent une baisse de testostérone une baisse d'énergie**

AUTRES OPTIONS DE TRAITEMENT

- Dissimuler les organes génitaux («Tucking»)
- Orchidectomie +/- scrotoectomie
- Vaginoplastie sans création de cavité vaginale

* Adapté de Trans Care BC [Internet]. Trans Care BC Provincial Health Services Authority. [cité le 28 novembre 2018]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement) : <http://www.phsa.ca/transcarebc>

** En raison d'une orchidectomie

TECHNIQUES ET OPTIONS CHIRURGICALES*

La vaginoplastie comprend:

- Ablation des testicules (orchidectomie)
- Ablation du pénis (pénectomie)
- Création d'une cavité vaginale/vagin (vaginoplastie)
- Création d'un clitoris (clitoplastie)
- Création des lèvres (labioplastie)

Création d'un vagin:

- Différents tissus peuvent servir à créer la paroi vaginale
- Le plus fréquent demeure la peau du pénis et du scrotum
- Parfois le bas-ventre ou d'autres greffes de peau servent de sources de peau additionnelle
- Moins souvent, le côlon recto-sigmoïdien peut servir (pas disponible au Canada)

Vaginoplastie d'inversion pénienne:

L'inversion pénienne est la technique de vaginoplastie la plus fréquente et la clinique GRS Montréal l'offre. La peau du pénis est inversée et utilisée pour recouvrir l'intérieur du vagin nouvellement créé. Si le pénis ne compte pas suffisamment de peau pour créer la profondeur de vagin souhaitée, la peau du scrotum sert habituellement de source de peau additionnelle. L'espace prévu pour le vagin est disséqué entre la vessie et le rectum, à l'arrière de la prostate (qui reste en place). Les testicules sont retirés. Une petite partie innervée du gland servira à créer le clitoris. Le gland demeure enraciné aux nerfs et aux vaisseaux dorsaux péniens, et est façonné de façon à devenir le clitoris. Le capuchon recouvrant le clitoris est fait de tissu pénien. Les petites lèvres sont faites d'une membrane muqueuse tirée de l'urètre et de la peau du pénis, et les grandes lèvres, de la peau du scrotum.

Colovaginoplastie:

Vaginoplastie dans laquelle une partie du gros intestin sert à créer la cavité vaginale. Le segment de côlon conserve son approvisionnement en sang et tend à s'autolubrifier. La procédure, moins invasive, est associée à un risque accru de complications intestinales; elle n'est pas pratiquée au Canada en ce moment.

Vaginoplastie sans création de cavité vaginale:

L'intervention est moins invasive lorsque la cavité vaginale n'est pas souhaitée. Une profonde dépression vaginale le long des structures génitales externes est créée: clitoris, petites et grandes lèvres. Cette option permet d'uriner en position assise. Elle ne permet pas de recevoir une pénétration vaginale lors d'une relation sexuelle et précède la future vaginoplastie d'inversion pénienne.

Vaginoplastie - Résumé pour les professionnels de la santé

RISQUES ET COMPLICATIONS LIÉS À UNE VAGINOPLASTIE

Complications vaginales:

- **Striction ou sténose du vagin** (une dilatation permanente ou l'équivalent est nécessaire pour l'éviter)
- **Prolapsus vaginal** (la paroi vaginale glisse de sa position initiale)
- **Nécrose partielle ou complète du lambeau** (perte du clitoris) *risque accru par le tabagisme
- **Croissance de poils dans le vagin** (causant irritation, inflammation et infection)
- **Granulome dans le vagin** (excroissance de tissu en voie de cicatrisation qui forme une légère bosse)
- **Névrome dans le vagin** (terminaisons nerveuses dénudées qui sont hypersensibles)

Complications urologiques:

- **Sténose urétrale:** rétrécissement de l'urètre qui entraîne de la difficulté à uriner
- **Strictions urétrales:** urètre complètement obstrué, incapacité à uriner, nécessite l'insertion d'une sonde (jusqu'à la correction chirurgicale)
- **Incontinence urinaire**
- **Fistule uréthro-vaginale**
- **Infections urinaires**

Déhiscence de la plaie/retard de guérison:

- La « **fourchette vaginale** », une zone de tension accrue là où les petites lèvres atteignent le périnée, et certaines zones des lèvres prendront peut-être plus de temps à guérir

Complications rectales:

- **Lésion rectale**
- **Fistule recto-vaginale** (communication involontaire entre le rectum et le vagin qui permet aux gaz/émissions ou aux matières fécales de sortir par le vagin; nécessite une correction chirurgicale)

Autres risques

- **Perte de sensation, perte de la fonction sexuelle, incapacité à atteindre l'orgasme**
- **Insatisfaction quant à la taille/forme du vagin, du clitoris ou des lèvres**
- **Cicatrices hypertrophiées**
- **Syndrome des loges et lésion nerveuse aux jambes:** associés au positionnement durant l'intervention chirurgicale

RISQUES/COMPLICATIONS POTENTIELS COMMUNS À LA PLUPART DES

! Les risques sont plus élevés en cas de tabagisme, de prise de médicaments immunosuppresseurs, de troubles de la coagulation, d'affections qui nuisent à la guérison, d'IMC < 18,5 ou > 30

- Saignement
- Thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire (caillots de sang dans les jambes, les poumons)
- Endommagement des structures anatomiques proximales (organes, nerfs, vaisseaux sanguins)
- Hématome (accumulation de sang)/sérome (accumulation de liquide)
- Infection/abcès (accumulation de pus)
- Douleur chronique
- Cicatrisation (peut être proéminente, surtout en cas d'antécédents de chéloïde)
- Besoin de correction(s)
- Regret postopératoire
- Déhiscence de la plaie (ouverture de la plaie), retard de guérison
- Lésion nerveuse, perte de sensation, hypersensibilité, douleur neuropathique (nerf)
- Insatisfaction à l'égard de l'apparence/du fonctionnement

Risques généraux liés à l'anesthésie:

- Insuffisance respiratoire
- Insuffisance/arrêt cardiaque
- mort
- Endommagement des dents
- Pneumonie de déglutition
- Nausées/vomissements

ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER AVANT

- Envisagez une référence au Sherbourne Health ARC (Acute Respite Care ou soins de répit de courte durée) en cas d'isolement social ou si le client est sans-abri. Services d'interprétation disponibles sur demande.
- Consultation en fertilité +/- banque de spermatozoïdes
- Après une orchidectomie, il est recommandé de prendre des hormones sexuelles exogènes de façon continue pour réduire les risques accrus d'ostéoporose, et ce, aussi longtemps que le traitement est jugé sûr et bénéfique
- Il est fortement recommandé de cesser de fumer avant et après l'intervention afin d'optimiser la guérison de la plaie
- Suivez les conseils du quant aux périodes où éviter l'usage du tabac, la consommation d'alcool et d'autres substances
- La clinique GRS préfère qu'une épilation par électrolyse soit réalisée sur la peau du scrotum
- En raison de la fréquence de la dilatation, de nombreuses patientes devront attendre 3 mois avant de retourner au travail. Certaines auront besoin de plus de temps, en fonction des facteurs qui influent sur leur guérison et de leur type de travail
- Nécessité de réduire les activités et de songer à l'importance d'une personne/communauté/équipe de soutien pour aider aux activités quotidiennes, comme les soins personnels, la toilette, la préparation de repas, le lavage et autres, durant la période postopératoire
- Obligation de respecter à la lettre l'horaire des dilatations vaginales postopératoires, les bains de siège et les douches qui prennent beaucoup de temps dans les 3 premiers mois

- Nécessité de faire un suivi régulier auprès durant la période postopératoire
- La vulve évoluera jusqu'à son apparence définitive, après environ 6 à 12 mois

Puisque chaque centre chirurgical a son processus préopératoire régulier, il faut demander au chirurgien à quoi s'attendre. Les hôpitaux tendent à avoir des processus préopératoires standard qui comprennent, entre autres:

- Une visite préalable à l'admission pour examiner l'anamnèse et expliquer les soins pré et postopératoires
- Une consultation auprès de l'anesthésiste ou du médecin est parfois nécessaire, selon l'anamnèse
- L'anesthésiste discutera:
 - des médicaments à cesser de prendre et du moment pour le faire
 - de l'approche anesthésique et des risques
 - des mesures d'atténuation de la douleur

SOINS IMMÉDIATEMENT AVANT L'INTERVENTION

Suivez les directives de votre chirurgien/anesthésiste concernant le moment de cesser de prendre certains médicaments (hormones, anticoagulants, aspirine, herbes médicinales)

SOINS IMMÉDIATEMENT APRÈS

Soins immédiatement après l'intervention (soins de la vaginoplastie):

- Comprendra un moulage vaginal (de Stent) (pour garder la cavité vaginale ouverte) et une sonde urinaire au cours des premiers jours
- Par la suite, le moulage vaginal sera retiré et fera place aux dilatations, aux douches et aux bains de siège
- Suivez les directives de votre chirurgien concernant la fréquence et la durée des dilatations, des douches, des bains de siège et des pansements
 - À titre d'exemple, GRS Montréal recommande une dilatation 4 fois par jour (à raison de 25 minutes chacune), 2 bains de siège par jour et une douche 2 fois par jour, le premier mois
 - Vous trouverez un tableau complet des dilatations sur le site Web de GRS Montréal
- **Activité:** courtes marches de 10 minutes ou moins pour éviter de créer une tension sur le moulage vaginal et les points de suture

- **Médicaments:** un cycle d'antibiotiques oraux est souvent prescrit pour réduire au minimum les risques d'infection

Effets indésirables immédiatement après l'intervention:

- Saignement, démangeaisons, enflure, ecchymoses: habituellement dans les 48 premières heures
- Douleur: soulagée par des médicaments, du repos et de la glace
- Les ecchymoses sont présentes de l'abdomen au bas des cuisses, et prendront de 3 à 4 semaines environ à disparaître
- L'enflure labiale pourrait prendre jusqu'à 6 semaines pour se résorber
- Le jet de l'urine s'améliore avec le temps (habituellement de 3 à 6 mois)
- Présence d'un écoulement vaginal brun/jaune les 6 à 8 premières semaines
- Cicatrices: s'estompent habituellement dans la première année

SOINS MÉDICAUX DE LONGUE DURÉE

- Les patients et leur chirurgien détermineront la nécessité d'une correction chirurgicale. Vous trouverez les types de correction à envisager sur le site web de GRS Montréal
- En Ontario, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fournit un financement pour des corrections par le biais du *formulaire d'approbation préalable pour le financement d'une chirurgie de réassignation sexuelle*
- Les dilatations devront se poursuivre tous les jours pendant au moins un an, puis chaque semaine de façon permanente, à moins d'avoir régulièrement des relations sexuelles avec pénétration
- **Engourdissement:** la sensibilité tend à réapparaître de façon progressive, habituellement dans la première année, une fois les terminaisons nerveuses guéries
- **Sexe:** suivez les directives de votre chirurgien concernant le moment propice pour le début de l'activité sexuelle et la nécessité ou non de se doucher après une relation sexuelle avec pénétration. Le vagin ne se lubrifie pas encore de lui-même et nécessite une lubrification avant une pénétration

- Les examens de la prostate, si indiqués, peuvent se faire par voie vaginale
- Des pertes vaginales sont attendues. Il est habituellement possible de régler les inconvénients d'une augmentation des pertes ou d'une mauvaise odeur en reprenant les douches pendant un temps. Les cas d'infection à levures ou de vaginites bactériennes confirmées en laboratoire se traitent de façon courante
- L'utilisation d'un anoscope au lieu d'un spéculum facilitera l'examen visuel de la cavité vaginale
- **ITSS vaginales:** consultez les *Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender-Nonconforming People* (en anglais seulement) pour de plus amples renseignements
- Puisque l'orchidectomie est pratiquée avant cette procédure ou en même temps que celle-ci, veuillez consulter tous les soins de longue durée mentionnés sur la fiche réservée à l'orchidectomie

Vaginoplastie - Résumé pour les professionnels de la santé

RÉFÉRENCES

1. Bowman C, Goldberg J. Care of the Patient Undergoing Sex Reassignment Surgery. International Journal of Transgenderism [Internet]. 2006 [cité le 21 novembre 2016];9(3-4):135-165. Accessible à cette adresse (en anglais seulement) : <http://www.amsa.org/wpcontent/uploads/2015/04/CareOfThePatientUndergoingSRS.pdf>
2. Center of Excellence for Transgender Health, Department of Family and Community Medicine, University of California San Francisco. Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender-Nonconforming People; 2e édition. Deutsch MB, éd. Juin 2016. Accessible à cette adresse (en anglais seulement) : <http://transhealth.ucsf.edu/guidelines>
3. Simpson A, Mira Goldberg J. Gender Transition. Surgery: A Guide for FTMs [Internet]. 1re édition. Vancouver: Vancouver Coastal Health, Transcend Transgender Support & Education Society, et Canadian Rainbow Health Coalition. 2006 [cité le 21 novembre 2016]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement) : http://www.rainbowhealthontario.ca/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2014/08/Surgery-FTM.pdf
4. Trans Care BC [Internet]. Trans Care BC Provincial Health Services Authority. [cité le 28 novembre 2018]. Accessible à cette adresse (en anglais seulement) : <http://www.phsa.ca/transcarebc>
5. Vaginoplastie [Internet]. GRS Montréal. [cité le 21 novembre 2016]. Accessible à cette adresse : <https://www.grsmontreal.com/fr/chirurgies/homme-a-femme/1-vaginoplastie.html>

AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ

Les renseignements fournis dans la présente sont généraux et ne constituent pas un avis médical. Nous recommandons à tous les patients de consulter leur chirurgien avant l'intervention afin de recevoir des renseignements personnalisés, notamment la technique particulière du chirurgien, les taux de complication et les recommandations. Il s'agit d'un document évolutif qui peut être modifié en tout temps, à mesure que les connaissances sur les interventions liées à une transition s'enrichissent.

REMERCIEMENTS

Ce document, créé par des cliniciens du Sherbourne Health, s'inspire de renseignements tirés du programme d'information sur la santé transgenre (Transgender Health Information Program) de la Colombie-Britannique, de la Clinique de chirurgie de changement de sexe GRS de Montréal et de la Clinique d'identité de genre du Centre de toxicomanie et de santé mentale.