

# Chirurgie d'affirmation de genre

## Métaiodoplastie

---

Résumé à l'intention des prestataires de soins de santé



rainbow health ontario  
santé arc-en-ciel ontario

SHERBOURNE HEALTH

**Santé arc-en-ciel Ontario**  
[rainbowhealthontario.ca](http://rainbowhealthontario.ca)

**Santé arc-en-ciel Ontario**  
**Rainbow Health Ontario**  
333 Sherbourne St  
Toronto, ON M5A 2S5  
[rainbowhealthontario.ca](http://rainbowhealthontario.ca)

## AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ

Les renseignements figurant dans le présent document sont d'ordre général et ne constituent pas un avis médical. Il est conseillé à toute personne de prendre rendez-vous avec son chirurgien pour une consultation préopératoire afin d'obtenir des renseignements personnalisés – notamment sur la technique employée et le taux de complications – ainsi que des recommandations. Cette fiche d'information est un document dynamique susceptible d'être actualisé pour tenir compte de l'évolution des connaissances en matière de chirurgies d'affirmation de genre.

## CONDITIONS D'UTILISATION

Cette ressource gratuite peut être réimprimée ou distribuée sans autorisation, y compris en ligne, à condition qu'elle ne soit pas vendue, modifiée ou utilisée à des fins commerciales et que Santé arc-en-ciel Ontario soit dûment crédité.

## REMERCIEMENTS

Ce document a été créé par des clinicien·nes de Sherbourne Health et du Women's College Hospital à partir d'une documentation actualisée et d'informations adaptées du Transgender Health Information Program of British Columbia, de la clinique GRS Montréal et de la clinique d'identité de genre du Centre de toxicomanie et de santé mentale.

**Travail original publié le 20 septembre 2024.**

**Traduit le 30 mai 2025.**

Ce résumé contient des informations destinées à faciliter la discussion sur les chirurgies d'affirmation de genre entre les patient-e-s et les prestataires de soins de santé en Ontario. Il n'est pas exhaustif et ne doit pas remplacer le processus de consentement éclairé entre le chirurgien et la personne désirant se faire opérer.

## DESCRIPTION

L'objectif principal de la métoidioplastie est de créer un phallus de petite dimension avec une sensation complète. Il existe de nombreuses techniques chirurgicales complémentaires différentes qui peuvent être réalisées dans le cadre de cette opération. Il est très important de prendre en compte les objectifs et les souhaits de la personne patiente plutôt que de se fier à une terminologie chirurgicale spécifique, car il existe une grande variabilité en termes de langage, de termes et de sens accordé aux mots.

Si la taille du phallus et la possibilité d'avoir des rapports sexuels insertifs sont une priorité, la phalloplastie doit être envisagée. Voir la fiche d'information portant sur la phalloplastie.

## RÉSULTATS ESCOMPTÉS

- Alignement de l'anatomie sur l'identité de genre
- Réduction de la dysphorie de genre et/ou de l'incongruité de genre
- Amélioration de la santé mentale et du bien-être
- Création d'un petit phallus (2-12 cm; avec une moyenne de 5-7 cm)
- Permettre une érection visible
- Conservation intégrale de la sensation érogène

### Peut se faire avec ou sans :

- **Allongement urétral** : prolongement de l'urètre jusqu'à l'extrémité du phallus afin de pouvoir uriner debout
- **Scrotoplastie** : création d'un scrotum derrière le phallus

**Remarque importante :** la métoidioplastie peut être réalisée en une seule intervention chirurgicale et n'implique pas de cicatrice importante/risque de morbidité comme pour la phalloplastie

## AUTRES OPTIONS DE TRAITEMENT

- « Packing » (placement de rembourrage ou d'une prothèse phallique dans le pantalon/les sous-vêtements)
- Dispositifs permettant d'avoir des rapports sexuels insertifs
- Dispositifs de type « pissoir-debout »
- Utilisation de testostérone pour développer une clitoromégalie (élargissement du clitoris)
- Phalloplastie

# TECHNIQUES ET OPTIONS CHIRURGICALES

- Dégagement du clitoris
- Métaiodoplastie avec scrotoplastie
- Métaiodoplastie avec allongement urétral, vaginectomie +/- scrotoplastie

- Les techniques opératoires varient selon le chirurgien et les objectifs de la personne patiente
- Une hystérectomie avec ou sans salpingo-ovariectomie bilatérale (SOB) est nécessaire avant la vaginectomie
- **Vaginectomie** : ablation du vagin (colpectomie) et fermeture de l'orifice vaginal (colpocléisis). Peut être nécessaire en cas d'allongement urétral et de scrotoplastie.
- Un clitoris plus gros au stade préopératoire améliore la longueur du phallus
- **Élargissement du clitoris** :
  - Usage de testostérone systémique, dihydrotestostérone topique ou pompe à succion
  - Dégagement chirurgical des ligaments du clitoris pour le libérer du pubis
  - Le tissu labial peut être utilisé pour élargir le phallus
- **Plastie du pubis** : réduction des tissus adipeux recouvrant l'os pubien afin d'améliorer la proéminence du phallus. Non recommandé si une phalloplastie est envisagée plus tard.
- **Allongement urétral** : construction d'un nouvel urètre pour prolonger l'urètre natif et permettre la miction par l'extrémité du phallus. Les tissus utilisés pour prolonger l'urètre peuvent varier, mais il s'agit généralement de la muqueuse vaginale, de la muqueuse buccale (intérieur de la joue) et des petites lèvres.
- **Scrotoplastie** : création d'un scrotum à partir des grandes lèvres
- **Implants testiculaires** : peuvent être insérés dans le néoscrotum

## EFFETS SECONDAIRES

- Infertilité si l'opération comprend une hystérectomie et SOB et une vaginectomie (généralement nécessaire en cas d'allongement urétral)
- Incapacité à avoir des rapports sexuels vaginaux réceptifs en cas de vaginectomie
- Protubérance apparente minimale avec des vêtements
- Le phallus est généralement trop petit pour permettre d'avoir des rapports sexuels insertifs

# RISQUES/COMPLICATIONS POTENTIELLES COMMUNES À LA PLUPART DES PROCÉDURES CHIRURGICALES



Les risques sont plus élevés en cas de tabagisme, de prise de médicaments immunsupresseurs, de troubles de la coagulation, de conditions qui nuisent à la guérison et d'IMC inférieur à 18,5 ou supérieur à 30

## RISQUES GÉNÉRAUX LIÉS À LA CHIRURGIE

- Saignement qui, s'il est excessif, peut nécessiter une transfusion sanguine
- Thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire (caillots sanguins dans les jambes et les poumons, respectivement)
- Endommagement des structures anatomiques avoisinantes (organes, nerfs, vaisseaux sanguins)
- Hématome (accumulation de sang) / sérome (accumulation de fluide)
- Infection/abcès (accumulation de pus)
- Déhiscence (ouverture) de la plaie, retard de guérison
- Lésions nerveuses, perte de sensation, hypersensibilité, douleur neuropathique (nerveuse)
- Douleur chronique
- Cicatrisation (peut être prononcée, surtout en cas d'antécédents de chéloïdes)
- Insatisfaction quant à l'apparence/le fonctionnement
- Besoin de révision(s) chirurgicale(s)
- Regret postopératoire

## RISQUES GÉNÉRAUX LIÉS À L'ANESTHÉSIE

- Insuffisance respiratoire
- Insuffisance/arrêt cardiaque
- Mort
- Endommagement des dents
- Pneumonie par aspiration
- Nausées/vomissements
- Besoin de révision(s) chirurgicale(s)

# RISQUES ET COMPLICATIONS LIÉS À LA MÉTAIODOPLASTIE

- Pas de prothèse actuelle pour le phallus
- La phalloplastie est possible après une métaiodoplastie, mais cela peut avoir un impact sur l'approche chirurgicale initiale
- L'anatomie préopératoire peut avoir un impact sur les options et les résultats chirurgicaux. La longueur du phallus, la répartition de la graisse corporelle et les tissus labiaux sont pris en compte.
- Les complications fréquentes lors de la guérison comprennent l'ouverture des plaies et l'hypergranulation
- Perte de tissus (p. ex. échec de la greffe ou nécrose tissulaire)
- L'allongement urétral implique souvent une procédure de greffe. En cas d'échec de la greffe, la situation peut se résoudre d'elle-même ou évoluer vers une fistule ou une sténose urétrale.
- La nécrose des tissus peut entraîner une perte tissulaire et, selon l'emplacement, engendrer des complications secondaires ou nécessiter une révision chirurgicale
- Insatisfaction quant à l'apparence et/ou au fonctionnement des organes génitaux (taille, forme et fonction du pénis et du scrotum)
- **Reliquat vaginal ou mucocèle** : des tissus vaginaux peuvent rester après une vaginectomie et entraîner une accumulation de fluides et de cellules au niveau du bassin. S'ils sont reliés à l'urètre, ils peuvent occasionner un écoulement post-mictionnel important ou une incontinence. Une intervention chirurgicale pour retirer les tissus peut alors s'avérer nécessaire.
- **Changements au niveau de la sensibilité du pénis** : sensation réduite, sensibilité ou hypersensibilité
- **Complications liées aux implants testiculaires** : infection, érosion cutanée, mauvais positionnement ou positionnement inconfortable
- Les lésions vésicales ou intestinales sont une complication très rare mais grave qui peut survenir lors d'une hystérectomie, d'une salpingo-ovariectomie ou d'une vaginectomie
- **Effets négatifs de la chirurgie sur la santé mentale** : La métoidioplastie, surtout avec un allongement urétral, comporte un risque élevé de complications. Malgré les effets positifs de la chirurgie sur la qualité de vie et la santé mentale à long terme, il n'est pas rare que certaines personnes patientes éprouvent des difficultés à court terme.
- **Complications urinaires/urétrales** : Les complications urétrales sont fréquentes en cas d'allongement de l'urètre. Une révision chirurgicale peut être nécessaire et il faut se préparer à cette éventualité.
  - **Fistules urétrales** : il s'agit d'ouvertures indésirables dans l'urètre qui laissent fuir l'urine. Elles peuvent survenir n'importe où le long du nouveau conduit urétral, mais sont plus fréquentes au niveau du site de raccordement avec l'urètre natif.
  - **Stricture urétrale** : rétrécissement de l'urètre rendant la miction difficile ou impossible
  - **Sténose du méat urétral** : rétrécissement de l'ouverture de l'urètre

- **Spasmes vésicaux** : peuvent survenir lorsqu'une sonde est placée pour vider la vessie afin de gérer une complication (p. ex. une stricture)
  - **Symptômes des voies urinaires inférieures** : écoulement post-mictionnel, giclement urinaire, infections urinaires, écoulement faible, miction incomplète. Une intervention chirurgicale peut être nécessaire s'ils persistent.
  - Même avec un allongement urétral, uriner debout peut s'avérer impossible en raison d'un changement au niveau du jet ou de la longueur limitée du phallus
- **Révision chirurgicale** : Les révisions chirurgicales peuvent concerner n'importe quel aspect de la procédure, y compris le phallus, le scrotum, l'urètre ou les implants testiculaires. L'allongement urétral s'est associé à un risque accru de complications et de besoin de révision.
- **Les strictures** suite à un allongement urétral ne sont pas rares. La réparation d'une stricture peut impliquer :
- La pose d'une sonde sus-pubienne, c.-à-d. une sonde (tube) insérée par le bas de l'abdomen jusqu'à la vessie;
  - La pose d'une sonde urétrale, c.-à-d. une sonde (tube) insérée dans la vessie par l'urètre;
  - Des dilatations urétrales;
  - Une urétoplastie utilisant une greffe de tissu, généralement prélevé à l'intérieur de la bouche, ou une greffe de peau d'épaisseur totale.
- **Les fistules** pour lesquelles une intervention chirurgicale est requise peuvent nécessiter une petite intervention sans hospitalisation ou une opération plus complexe selon la cause. Les fistules causées par une sténose nécessiteront une réparation de cette dernière pour éviter qu'elles se reproduisent. De manière générale, la réparation chirurgicale consiste à retirer la fistule et à recouvrir la région de nouveaux tissus. Une sonde sus-pubienne ou urétrale sera probablement posée.

## SOINS PRÉOPÉRATOIRES

### CONSIDÉRATIONS PRÉOPÉRATOIRES

- Considérer l'utilisation des [carnets préopératoires](#) disponibles sur le site Web du programme Trans Care BC de la Provincial Health Service Authority (*disponible en anglais seulement*)
- Envisagez de référer la personne qui se fait opérer au programme de soins de répit (ARC) de Sherbourne Health pour un soutien postopératoire si elle est socialement isolée, mal logée ou en situation d'itinérance
- La prise de testostérone est nécessaire pour agrandir le clitoris (la plupart des chirurgiens exigent au moins 1 à 2 ans d'hormonothérapie)
- La préparation aux complications est un aspect important de la planification préopératoire. Il est recommandé d'assurer la prise en charge de la personne patiente par une équipe d'urologie locale le plus rapidement possible.
- Passer en revue les objectifs de la personne patiente concernant l'utérus, le col de l'utérus, les ovaires et la cavité vaginale

- Une hystérectomie avec ou sans SOB est un prérequis nécessaire à la vaginectomie. Elle est généralement réalisée localement
- Peu de cliniques chirurgicales peuvent réaliser une métoidioplastie avec allongement urétral sans hystérectomie et vaginectomie. Cette procédure est plus complexe et présente un risque accru de complications urétrales.
- La scrotoplastie est possible avec ou sans vaginectomie, mais la technique et les résultats peuvent varier
- Chaque clinique chirurgicale a un protocole préopératoire standard et les personnes patientes doivent s'informer auprès de leur chirurgien pour savoir à quoi s'attendre
- Il est fortement conseillé de cesser de fumer avant et après la procédure afin d'optimiser la guérison des plaies
- Les recommandations habituelles sont d'environ 12 semaines pour la nicotine et d'environ 4 semaines pour le cannabis. Suivre les conseils du chirurgien en ce qui concerne les périodes pendant lesquelles il faut éviter de fumer, de boire de l'alcool et de consommer d'autres substances.
- Prévoir un arrêt de travail de 4 à 8 semaines ou plus (en fonction du type de travail)
- Limiter l'activité physique pendant 6 semaines
- Le plus gros de la guérison a lieu au cours des 3 premiers mois, mais il faut compter entre 12 et 18 mois pour un rétablissement complet
- Demander l'aide d'une personne pendant la période postopératoire pour les activités quotidiennes (p. ex. marcher, s'habiller et se laver) et les tâches ménagères (p. ex. faire le ménage, la lessive et les courses)

## SOINS PRÉOPÉRATOIRES IMMÉDIATS

- Les patient·e·s doivent suivre les instructions d'épilation recommandées par leur chirurgien
- Le chirurgien peut effectuer des tracés sur la peau avec un marqueur chirurgical alors que la personne qui se fait opérer est debout, assise ou couchée
- Des antibiotiques peuvent être administrés par voie intraveineuse en amont de la procédure pour réduire le risque d'infection

## SUJETS ABORDÉS PAR L'ANESTHÉSISTE

- Quels médicaments arrêter et quand
- Approche anesthésique et risques
- Mesures de gestion de la douleur



**Les hôpitaux ont généralement des procédures préopératoires standard pouvant comprendre :**

- Une visite de préadmission pour vérifier les antécédents médicaux et expliquer les soins pré et postopératoires
- Une consultation anesthésique et/ou médicale peut être nécessaire en fonction des antécédents médicaux

## SOINS POSTOPÉRATOIRES

### SOINS POSTOPÉRATOIRES IMMÉDIATS

- La sonde urinaire, insérée dans l'urètre, est généralement laissée en place pendant plusieurs semaines après l'opération
  - La sonde sus-pubienne, insérée par le bas de l'abdomen jusqu'à la vessie, doit souvent être laissée en place pendant plusieurs semaines après un allongement urétral
  - Continuer à éviter de fumer et de boire de l'alcool conformément aux directives du chirurgien afin d'optimiser la guérison
  - Une application périodique de glace autour du phallus (et non directement dessus) pendant un maximum de 10 minutes peut aider à contrôler l'enflure et la douleur
- **Activité:**
- La personne patiente doit éviter de conduire si elle prend des opioïdes ou si elle a une sonde urinaire, généralement pendant les 2 premières semaines suivant l'opération
  - Les activités peu exigeantes comme la marche sont encouragées, mais il faut les limiter à moins de 1,5 km/jour
  - Éviter les mouvements amples des jambes, comme les écarter au moment de sortir d'une voiture ou du lit
  - Éviter de soulever des objets lourds (max. 10 lb) pendant les 4 premières semaines et de pratiquer des activités physiques intenses pendant 6 semaines

### SOINS POSTOPÉRATOIRES INTERMÉDIAIRES

Suivre les recommandations du chirurgien concernant les restrictions en matière d'activité. Voici quelques lignes directrices générales :

- Prévoir un arrêt de travail de 4 à 8 semaines ou plus (en fonction du type de travail)
  - Il peut être recommandé de prendre régulièrement une douche, parfois deux fois par jour
- **Pendant les 3 premiers mois :**
- Pas de rapports sexuels anaux, oraux ou vaginaux
  - Éviter toute immersion dans l'eau (p. ex. bain ou piscine)
  - Pas d'activités impliquant de se mettre à califourchon (p. ex. faire du vélo)

- Le plus gros de la guérison a lieu au cours des trois premiers mois, mais il faut compter entre 12 et 18 mois pour un rétablissement complet

## SOINS MÉDICAUX À LONG TERME

Si aucune hystérectomie et/ou vaginectomie n'est pratiquée, les examens de suivi et de dépistage doivent se poursuivre.

## INSTRUCTIONS DE SOINS CONTINUS À L'INTENTION DES PRESTATAIRES

- Les symptômes d'uropathie obstructive suggèrent fortement la présence d'une stricture urétrale et peuvent inclure ce qui suit : diminution de la puissance du jet, écoulement, rétention urinaire, dysurie, besoin fréquent et envie pressante d'uriner. L'évaluation initiale devrait comprendre une analyse complète des antécédents médicaux et un examen clinique.
- Les infections urinaires doivent être traitées comme des cas complexes et avec des antibiotiques appropriés
- En cas d'infections urinaires récurrentes, il convient d'envisager une échographie des voies urinaires supérieures, une mesure du résidu post-mictionnel et/ou une cystoscopie
- Une analyse du résidu post-mictionnel (c.-à-d. une échographie vésicale) doit être réalisée pour évaluer la présence d'une rétention urinaire
- La réalisation d'une uréthrogramme rétrograde ou d'une cysto-uréthrogramme mictionnelle peut permettre d'obtenir des informations importantes sur les caractéristiques d'un rétrécissement ou d'une fistule. Ces examens nécessitent un renvoi vers un urologue.
- La planification d'examens au niveau local, en collaboration et en communication avec l'équipe chirurgicale, peut être très utile et bénéfique
- Les strictures urétrales peuvent être temporairement traitées à l'aide de ballonnets urétraux ou de dilatations régulières avec des sondes ou des cathétères. Une chirurgie urétrale est souvent nécessaire afin de garantir un traitement définitif.
- Les fistules urétrales peuvent être traitées de manière non chirurgicale et/ou par dérivation urinaire à l'aide d'une sonde. Si la fistule persiste, elle est retirée et la région est recouverte de nouveaux tissus. Si la fistule se forme à la suite d'une stricture, elle peut nécessiter une intervention chirurgicale.
- En Ontario, une demande de financement pour des révisions chirurgicales peut être effectuée auprès du ministère de la Santé en remplissant le *Formulaire d'autorisation préalable pour le financement d'une chirurgie de réassignation sexuelle*.

## RÉFÉRENCES

- Crane, C. (s. d.). *Phalloplasty and metoidioplasty - overview and postoperative considerations*. Transgender Care. Consulté le 14 février 2024, à l'adresse <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/phalloplasty>
- Crane Center. (s. d.). *Metoidioplasty Surgery*. Consulté le 14 février 2024, à l'adresse <https://cranects.com/metoidioplasty/>
- Djordjevic, M., Bizic, M., Stanojevic, D., Bumbasirevic, M., Kojovic, V., Majstorovic, M., Acimovic, M., Pandey, S., & Perovic, S. V. (2009). Urethral lengthening in metoidioplasty (female-to-male sex reassignment surgery) by combined buccal mucosa graft and labia minora flap. *Urology*, 74(2), 349-353. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2009.02.036>
- Djordjevic, M. L., & Bizic, M. R. (2013). Comparison of two different methods for urethral lengthening in female to male (metoidioplasty) surgery. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(5), 1431-1438. <https://doi.org/10.1111/jsm.12108>
- GRS Montréal. (s. d.). *Métaiodoplastie*. Consulté le 14 février 2024, à l'adresse <https://www.grsmontreal.com/fr/chirurgies/femme-a-homme/12-métaiodoplastie.html>
- Hage, J. J., & Van Turnhout, A. A. M. (2006). Long-term outcome of metoidioplasty in 70 female-to-male transsexuals. *Annals of Plastic Surgery*, 57(3), 312-316. <https://doi.org/10.1097/01.sap.0000219753.95833.7c>
- Jolly, D., Wu, C. A., Boskey, E. R., Taghnia, A. H., Diamond, D. A., & Ganor, O. (2021). Is clitoral release another term for metoidioplasty? A systematic review and meta-analysis of metoidioplasty surgical technique and outcomes. *Sexual Medicine*, 9(1), 100294. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.100294>
- Morrison, S. D., Chen, M. L., & Crane, C. N. (2017). An overview of female-to-male gender- confirming surgery. *Nature Reviews Urology*, 14(8), 486-500. <https://doi.org/10.1038/nrurol.2017.64>
- Oregon Health & Science University. (s. d.). *Phalloplasty and Metoidioplasty*. Consulté le 14 février 2024, à l'adresse <https://www.ohsu.edu/transgender-health/phalloplasty-and-metoidioplasty>
- Ortengren, C. D., Blasdel, G., Damiano, E. A., Scalia, P. D., Morgan, T. S., Bagley, P., Blunt, H. B., Elwyn, G., Nigriny, J. F., Myers, J. B., Chen, M. L., & Moses, R. A. (2022). Urethral outcomes in metoidioplasty and phalloplasty gender affirming surgery (MaPGAS) and vaginectomy: A systematic review. *Translational Andrology and Urology*, 11(12), 1762-1770. <https://doi.org/10.21037/tau-22-174>
- Stojanovic, B., & Djordjevic, M. L. (2015). Anatomy of the clitoris and its impact on neophalloplasty (metoidioplasty) in female transgenders. *Clinical Anatomy*, 28(3), 368-375. <https://doi.org/10.1002/ca.22522>
- Swan, J., Phillips, T. M., Sanders, T., Mullens, A. B., Debattista, J., & Brömdal, A. (2023). Mental health and quality of life outcomes of gender-affirming surgery: A systematic literature review. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 27(1), 2-45. <https://doi.org/10.1080/19359705.2021.2016537>
- Trans Care BC. (s. d.). *Metoidioplasty*. Gender Affirming Surgeries. Consulté le 14 février 2024, à l'adresse <https://www.transcarebc.ca/surgery/penis-construction>
- Waterschoot, M., Hoobeke, P., Verla, W., Spinoit, A.-F., Waterloos, M., Sinatti, C., Buncamper, M., & Lumen, N. (2021). Urethral complications after metoidioplasty for genital gender affirming surgery. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(7), 1271-1279. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.06.023>



rainbow health ontario  
santé arc-en-ciel ontario

SHERBOURNE HEALTH