

Chirurgie d'affirmation de genre

Phalloplastie

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

Santé arc-en-ciel Ontario
Rainbow Health Ontario
333 Sherbourne St
Toronto, ON M5A 2S5
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

La phalloplastie consiste à créer un phallus (c.-à-d. un pénis) en prélevant des tissus corporels, tels que la peau, la graisse, les nerfs, les veines et les artères, et en les greffant sur la région pubienne.

Outre la formation du phallus et selon les objectifs de la personne patiente et les exigences du chirurgien, cette opération peut comporter certaines des procédures suivantes :

- **Hystérectomie totale avec ou sans salpingo-ovariectomie bilatérale (SOB)**
- **Vaginectomie** : ablation du vagin (colpectomie) et fermeture de l'orifice vaginal (colpocléisis)
- **Allongement urétral** : création d'un urètre qui traverse le phallus et se raccorde à l'urètre natif
- **Enfouissement du clitoris** : positionnement du clitoris à la base du phallus
- **Plastie du gland** : création du gland du pénis en sculptant la tête du phallus
- **Plastie du pubis** : ablation des tissus prépubiens saillants
- **Scrotoplastie/reconstruction périnéale** : création du scrotum
- Implants :
 - **Implants testiculaires** : insertion de prothèses testiculaires dans le nouveau tissu scrotal
 - **Dispositif érectile** : insertion d'un dispositif dans le phallus afin de permettre l'érection

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
- Avoir un pénis et un scrotum
- Conservation de la sensation érogène et maintien de la capacité à atteindre l'orgasme
- En fonction des procédures effectuées :
 - Phallus permettant la sensation sexuelle
 - Capacité à avoir des rapports sexuels insertifs
 - Pouvoir uriner debout

EFFETS SECONDAIRES

- **Irréversible**
- **Impact sur la fertilité** : En cas d'hystérectomie, il sera impossible de porter un embryon; si une SOB est pratiquée, il n'y aura plus d'ovules disponibles à des fins de fertilité

AUTRES OPTIONS DE TRAITEMENT

- « Packing » (placement de rembourrage ou d'une prothèse phallique dans le pantalon/les sous-vêtements)
- Dispositifs de type « pisse-debout »
- Dispositifs permettant d'avoir des rapports sexuels insertifs
- Utilisation de testostérone pour développer une clitoromégalie (élargissement du clitoris)
- Métaiodoplastie et les diverses options chirurgicales qui s'y rattachent

TECHNIQUES ET OPTIONS CHIRURGICALES

Les techniques chirurgicales varient d'un chirurgien à l'autre. Les deux paramètres principaux qui différencient les techniques chirurgicales sont le site de prélèvement des tissus pour le phallus et la manière dont le corps de ce dernier est créé.

OPTIONS POUR LA CONSTRUCTION DU CORPS DU PHALLUS

- **Phallus seul** : Le corps du phallus est construit sans allongement de l'urètre (l'urètre conserve sa position d'origine). Cette option ne permet pas d'uriner debout. La vaginectomie et la scrotoplastie demeurent possibles.
- **Phallus avec urètre** : Une seule pièce de tissu est utilisée afin de former deux tubes, ou un « tube dans un tube ». L'un a la peau à l'extérieur pour former le corps du phallus et l'autre a la peau à l'intérieur pour former l'urètre.

SITES DE PRÉLÈVEMENT POSSIBLES

Deux sites de prélèvement sont couramment utilisés en raison de leur apport sanguin fiable et de leur sensibilité accrue :

- **Lambeau radial libre de l'avant-bras** : La peau, les vaisseaux sanguins et les nerfs de l'avant-bras sont utilisés pour construire le phallus.
- **Lambeau antéro-latéral de la cuisse** : La peau, les vaisseaux sanguins et les nerfs du côté de la cuisse sont utilisés pour construire le phallus. Lorsque que cela est possible, l'approvisionnement en sang est laissé intact (lambeau pédiculé) et seuls les nerfs sont sectionnés et reconnectés.

AUTRES SITES DE PRÉLÈVEMENT POSSIBLES

- **Lambeau abdominal** : Un lambeau de peau est prélevé sur la partie inférieure de l'abdomen pour une phalloplastie sans allongement urétral. Cette technique n'implique pas de raccordement nerveux et la sensibilité peut être limitée. Elle ne permet pas d'uriner debout.
- **Lambeau de muscle grand dorsal** : Les tissus, y compris la peau, la graisse, les muscles, les veines et les artères, sont prélevés sur le côté du torse (sous l'aisselle).

La phalloplastie est une intervention qui comporte trois étapes clés :

1. **Préparation** : Hystérectomie et épilation
2. **Création du phallus** avec ou sans allongement urétral
3. **Implants** érectiles et testiculaires



Il est important de noter qu'une phalloplastie ne se limite pas nécessairement à 3 interventions chirurgicales. En effet, d'autres procédures peuvent s'avérer nécessaires en fonction de la manière dont l'intervention est planifiée et en cas de complications. Le processus peut durer 2 à 3 ans, voire plus.

LA PREMIÈRE ÉTAPE

La première étape implique des procédures qui doivent être effectuées avant de passer à l'étape suivante. La plupart des chirurgiens exigeront la réalisation d'une hystérectomie totale avant toute procédure initiale de phalloplastie. Il s'agit d'un aspect important à prendre en compte si une vaginectomie et/ou un allongement urétral sont envisagés. Une épilation permanente est nécessaire si l'urètre est créé à partir de peau pileuse, et ce processus peut prendre jusqu'à un an.

LA DEUXIÈME ÉTAPE

La deuxième étape consiste en la construction primaire du phallus. C'est à ce moment que le phallus est créé à partir d'un lambeau de tissu prélevé ailleurs sur le corps – lequel comprend de la peau, de la graisse, des nerfs, des veines et des artères – et fixé à la région pubienne. Une greffe de peau, ou encore une peau artificielle, sera utilisée pour recouvrir le site de prélèvement du lambeau.

Une microchirurgie est réalisée pour raccorder les vaisseaux sanguins et les nerfs du néophallus aux vaisseaux sanguins et aux nerfs génitaux. En cas d'allongement urétral, un urètre est créé à l'intérieur du phallus selon le modèle du « tube dans un tube ». D'autres interventions, à savoir une vaginectomie, une plastie du gland, une scrotoplastie, une reconstruction périnéale et un enfouissement du clitoris peuvent également être pratiquées. En cas de phalloplastie avec allongement urétral (lorsque l'urètre est prolongé jusqu'à l'extrémité du phallus), une vaginectomie est généralement nécessaire en raison du risque accru de fistule urétrovaginale.

(exigeant des interventions chirurgicales additionnelles aux résultats incertains). La vaginectomie n'est pas nécessaire lors d'une phalloplastie sans allongement urétral.

Cette deuxième étape peut se dérouler en une ou deux phases (une ou deux procédures) et dépendra de la construction de l'urètre en cas d'allongement urétral. Le prolongement urétral comprend trois segments distincts : l'urètre natif (l'urètre qui était déjà là et qui reste en place), l'urètre pénien qui s'étend le long du phallus, et une région appelée « urètre fixe » qui les relie.

Avec une approche en une seule étape, tout l'urètre est construit et raccordé de manière à ce que la personne patiente puisse être en mesure d'uriner debout après l'opération.

Une approche en deux temps implique trois procédures courantes :

1. Tout ce qui est fait en une seule étape est complété, mais l'urètre pénien et l'urètre fixe ne sont pas raccordés. Cela sera fait lors d'une deuxième opération qui a généralement lieu plusieurs mois plus tard.
2. La première opération se limite à la création du phallus et de l'urètre pénien. Une procédure subséquente comprendra une vaginectomie, une plastie du gland, une scrotoplastie, une reconstruction périnéale, l'enfouissement du clitoris et le raccordement de l'urètre.
3. La première procédure est essentiellement une métaiodoplastie (voir fiche portant sur la métaiodoplastie) comprenant une vaginectomie, une scrotoplastie, une reconstruction périnéale et un allongement urétral. La deuxième intervention consiste à créer le phallus et l'urètre pénien, en raccordant ce dernier à l'urètre allongé préalablement lors de la métaiodoplastie et en enfouissant le clitoris à la base du phallus.

LA TROISIÈME ÉTAPE

La troisième étape implique l'insertion d'implants testiculaires dans le scrotum et d'un implant érectile dans le phallus afin de permettre des rapports sexuels insertifs. Il existe différents types d'implants, notamment rigides, malléables et gonflables.

RISQUES ET COMPLICATIONS LIÉS À LA PHALLOPLASTIE

COMPLICATIONS URINAIRES/URÉTRALES

Les complications urétrales sont très fréquentes en cas d'allongement urétral jusqu'à l'extrémité du phallus. Une révision chirurgicale peut être nécessaire, et les personnes patientes doivent se préparer à cette éventualité.

- **Fistules urétrales** : provoquent une fuite indésirable entre l'urètre et la peau (urétro-cutanée) ou le vagin (urétro-vaginale)
- **Stricture urétrale** : rétrécissement de l'urètre à n'importe quel endroit du phallus, rendant la miction difficile ou impossible
- **Spasmes vésicaux** : peuvent survenir lorsqu'une sonde est placée pour vider la vessie afin de gérer une complication (p. ex. une stricture)

- **Sténose du méat urétral** : rétrécissement de l'ouverture de l'urètre
- **Diverticule urétral** : formation d'une poche ou d'une cavité le long de l'urètre, ce qui peut entraîner une accumulation d'urine et une incontinence
- **Symptômes des voies urinaires inférieures** : écoulement post-mictionnel, giclement urinaire, infections urinaires, écoulement faible, miction incomplète
- **Croissance de poils dans l'urètre** : peut provoquer des infections urinaires, une sténose, une stricture, des symptômes obstructifs et des calculs intra-urétraux
- Il peut être nécessaire de faire sortir l'urine manuellement après la miction pour vider complètement l'urètre. Cela se fait en appliquant une pression le long du phallus ou au bas du scrotum, et cette situation peut être permanente.

AUTRES COMPLICATIONS

- **Site de prélèvement** : cicatrice permanente de grande taille, engourdissement, raideur, gonflement, affaiblissement, perte de souplesse, douleur et affection générale du site de prélèvement pouvant s'étendre à d'autres parties du même membre (p. ex. la main)
- **Cicatrisation** : au niveau du site de prélèvement et de la région génitale. L'emplacement des cicatrices dépend de la technique chirurgicale (p. ex. une cicatrice importante sur l'avant-bras après une phalloplastie par lambeau libre antébrachial). Elles peuvent être extensives, hypertrophiques, hyper/hypopigmentées ou présenter d'autres caractéristiques esthétiques indésirables
- **Échec de la greffe de peau** : lorsque la peau utilisée pour recouvrir le site de prélèvement du lambeau (avant-bras ou cuisse) se nécrose en partie ou en totalité
- **Échec du lambeau/de la greffe** : lorsque le lambeau (phallus) se nécrose en partie ou en totalité, généralement en raison d'une mauvaise circulation sanguine ou d'une infection
- **Lésions nerveuses** et perte de sensation au niveau du néophallus
- **Diminution de la satisfaction sexuelle** et de la sensation érogène, et incapacité à atteindre l'orgasme
- **Insatisfaction quant à l'apparence** et/ou au fonctionnement des organes génitaux (taille, forme et fonction du pénis et du scrotum)
- **Lésions au niveau de la vessie ou du rectum** (fistules recto-périnéales : du rectum à la peau)
- **Ouverture de la plaie**, cicatrisation lente, hypergranulation et autres complications liées à la guérison cutanée. Les régions les plus communément touchées sont la base du phallus et la jonction périnéo-scrotale
- **Complications liées aux implants testiculaires** : infection, extrusion, mauvais positionnement, douleur, limitations fonctionnelles qui peuvent devenir chroniques sans ablation chirurgicale
- **Complications liées au dispositif érectile** : infection, érosion cutanée, défaillance technique, fuite, mauvais positionnement et douleur
- **Fosse périnéale** : une petite fosse peut se former au-dessus de l'anus, ce qui peut avoir des implications hygiéniques

- **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.
- **Effets négatifs de la chirurgie sur la santé mentale** : 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

RISQUES/COMPLICATIONS POTENTIELLES COMMUNES À LA PLUPART DES PROCÉDURES CHIRURGICALES



Les risques sont plus élevés en cas de tabagisme, de prise de médicaments immunosuppresseurs, 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)
- Douleur chronique
- Lésions nerveuses, perte de sensation, hypersensibilité, douleur neuropathique (nerveuse)
- Déhiscence (ouverture) de la plaie, retard de guérison
- 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

RÉVISION CHIRURGICALE

La phalloplastie est une série d'opérations chirurgicales complexes et exigeantes qui s'effectuent en plusieurs étapes et qui présentent un risque élevé de complications. Les interventions supplémentaires ou « révisions » sont assez courantes. Celles-ci peuvent concerner n'importe quel aspect de la phalloplastie, y compris le phallus, le scrotum, l'urètre, le site de prélèvement et les implants. Les complications courantes lors des révisions chirurgicales incluent ce qui suit :

- **L'infection d'un implant** nécessite généralement son retrait et son remplacement ultérieur
- **Fistules** : Si elles requièrent une prise en charge chirurgicale, elles peuvent exiger 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.
- **Stricture** après l'allongement urétral. 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;
 - L'ablation d'un court segment de l'urètre et sa fermeture directe;
 - Des dilatations urétrales.
- Si le rétrécissement touche une grande partie de l'urètre, une révision chirurgicale en deux temps peut être nécessaire :
 - **Première étape** : Un morceau de tissu est prélevé à l'intérieur de la bouche et utilisé pour créer une nouvelle section urétrale, que l'on laisse ouverte. La personne patiente devra s'asseoir pour uriner;
 - **Deuxième étape** : La région est ensuite refermée autour d'une sonde urétrale. Une sonde sus-pubienne drainera la vessie jusqu'à ce qu'elle soit retirée et qu'il soit à nouveau possible d'uriner via le phallus.

SOINS PRÉOPÉRATOIRES

CONSIDÉRATIONS PRÉOPÉRATOIRES

Encouragez la personne patiente à bien réfléchir à ses objectifs, en tenant particulièrement compte de l'importance des éléments suivants :

- | | |
|--|--|
| • L'apparence du phallus | • L'acceptabilité du site de prélèvement |
| • La sensation tactile ou érogène | • L'ablation du canal vaginal |
| • La capacité à se lever pour uriner | • La préservation de la fertilité |
| • La capacité à avoir des rapports sexuels insertifs | • L'acceptabilité du risque et des complications |

- Considérer l'utilisation des carnets préopératoires disponibles sur le site Web du programme Trans Care BC de la Provincial Health Service Authority : <https://www.transcarebc.ca/surgery/penis-construction> (disponible en anglais seulement)
- Envisagez de référer la personne qui se fait opérer au programme de soins de répit de Sherbourne Health pour un soutien postopératoire si elle est socialement isolée, mal logée ou en situation d'itinérance
- La phalloplastie peut être une procédure chirurgicale très exigeante, impliquant une longue convalescence et plusieurs complications possibles
- Si une vaginectomie est réalisée, une hystérectomie totale (avec ou sans SOB) est nécessaire avant la phalloplastie
- Les sites où de la peau pileuse est prélevée pour former l'urètre nécessitent une épilation permanente méticuleuse (électrolyse ou peut-être laser), laquelle doit être complétée au moins 3 mois avant la phalloplastie
- Une électrolyse du périnée peut également s'avérer nécessaire entre deux étapes chirurgicales si du tissu périnéal pour prolonger l'urètre
- La préparation à la chirurgie doit comprendre l'optimisation de la santé sous tous ses aspects, y compris ses dimensions physique, mentale, spirituelle et sociale
- La phalloplastie implique plusieurs interventions chirurgicales sur une période de 1 à 2 ans ou plus, la durée de la convalescence entre les opérations pouvant varier
- Il est très important d'arrêter de fumer avant une phalloplastie (en raison des greffes de vaisseaux sanguins et du risque connexe d'échec). Il est généralement recommandé de s'abstenir de fumer (ce qui comprend le cannabis) pendant 6 mois avant et 6 mois après la procédure. Suivre les conseils du chirurgien quant aux périodes pendant lesquelles il faut éviter de fumer, boire de l'alcool et consommer d'autres substances.
- Le poids, qu'il soit élevé ou faible, peut avoir un impact considérable sur les options chirurgicales et contribuer aux complications chirurgicales et post-chirurgicales. La stigmatisation liée au poids demeure également un problème répandu. Il est essentiel d'avoir des discussions approfondies sur les enjeux liés au poids. Bien que l'IMC soit une mesure imparfaite pour évaluer la masse grasseuse et la perfusion tissulaire, il peut être corrélé avec l'épaisseur de la peau et affecter la taille du phallus ainsi que les résultats chirurgicaux globaux. Des examens physiques exhaustifs sont essentiels avant la procédure pour évaluer l'éligibilité de la personne patiente et discuter des options chirurgicales.
- Une imagerie préopératoire telle qu'une échographie ou un tomodensitogramme du site de prélèvement peut être conseillée
- Un test d'Allen peut être nécessaire en cas de phalloplastie par lambeau radial libre de l'avant-bras afin d'évaluer la perfusion sanguine

DÉPLACEMENTS

Prévoir 3 à 5 visites à la clinique chirurgicale et tenir compte des frais de déplacement (non couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario) et de la planification nécessaire. Chaque établissement chirurgical a ses propres recommandations concernant la durée de l'hospitalisation et le retour à domicile. Remarque : l'hystérectomie et l'épilation peuvent être effectuées en Ontario

- 1. Consultation préopératoire (ambulatoire).** La plupart des établissements chirurgicaux exigent une consultation en personne avant de planifier une phalloplastie pour s'assurer que le site de prélèvement est adéquat.
- 2. Intervention chirurgicale primaire (phalloplastie).** Cette étape nécessite généralement une hospitalisation de 5 à 7 jours, plus 5 jours dans un centre de convalescence. Les cliniques chirurgicales peuvent demander à ce que la personne patiente reste à proximité pendant les 3 à 6 premières semaines. En cas de procédure en deux temps, une autre intervention sera planifiée pour compléter la chirurgie urétrale. Celle-ci nécessite généralement une nuit d'hospitalisation et une semaine de convalescence à proximité.
- 3. Mise en place des implants testiculaires et pénien.** Cette étape nécessite une nuit d'hospitalisation et le retour à domicile est généralement rapide.

SUJETS ABORDÉS PAR L'ANESTHÉSISTE

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

SOINS POSTOPÉRATOIRES IMMÉDIATS

- Une période d'alitement accompagne souvent la convalescence postopératoire immédiate
- Un écoulement léger d'urine par l'extrémité de l'urètre pénien peut survenir à ce stade
- Si une sonde est en place, sa présence peut entraîner des symptômes (c.-à-d. spasmes de la vessie et hématurie)
 - Suivez les instructions du chirurgien concernant ce qui suit :
 - Positionnement du néophallus
 - Retrait des sutures/pansements
 - Instructions de physiothérapie pour les exercices des jambes et des bras

VOICI QUELQUES CONSEILS GÉNÉRAUX ET DÉLAIS À RESPECTER :

- Éviter de conduire pendant 2 semaines ou plus, jusqu'à ce que l'on soit capable de bouger les bras pour conduire en toute sécurité
- Éviter toute immersion dans l'eau (bain, piscine ou spa) jusqu'à ce que les plaies soient complètement cicatrisées
- L'application de glace nécessite de la prudence car elle peut compromettre la circulation sanguine. Suivre les conseils du chirurgien en la matière.
- Éviter de forcer et de soulever des objets lourds pendant 6 semaines
- Éviter de pratiquer des activités intenses pendant 12 semaines
- Réduire le niveau d'activité et prévoir un arrêt de travail de 8 à 12 semaines (ou plus en fonction du type de travail)

- La durée de la convalescence varie selon l'étape chirurgicale et la procédure. La création du phallus et de l'urètre ainsi que la cicatrisation du site de prélèvement sont généralement les étapes qui nécessitent la période de rétablissement la plus longue. La pose d'implants testiculaires et d'un dispositif érectile nécessitent une convalescence plus courte.



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 IMMÉDIATS

- Suivre les recommandations du chirurgien concernant les restrictions en matière d'activité. Voici quelques lignes directrices générales :
- Demander l'aide d'une personne pendant la période postopératoire pour les activités quotidiennes (p. ex. nettoyage, lessive et courses)
- Éviter de conduire pendant 1 semaine ou plus, jusqu'à ce que l'on soit capable de bouger les bras pour conduire en toute sécurité
- Éviter de forcer, de soulever des objets lourds (max. 10 lb) et de faire de l'exercice pendant 4 semaines
- Réduire le niveau d'activité et prévoir un arrêt de travail de 1 semaine ou plus (en fonction du type de travail)
- Reprise progressive des activités quotidiennes sur une période de 4 à 6 semaines

SOINS MÉDICAUX À LONG TERME

- Une fois que le site de prélèvement au niveau de l'avant-bras est complètement guéri, un manchon compressif peut être porté pour réduire l'apparence de la cicatrice
- L'enflure est normale pendant 4 à 6 mois et se résorbera avec le temps
- Éviter d'exposer les cicatrices au soleil pendant au moins 1 an après l'opération afin de minimiser les changements pigmentaires au niveau de la cicatrice
- Ne pas faire tatouer le bras donneur pendant au moins un an après la procédure
- Il est important de cesser de fumer et de limiter la consommation de caféine pour promouvoir la circulation sanguine et favoriser une bonne santé à long terme du corps

INSTRUCTIONS DE SOINS CONTINUS À L'INTENTION DES PRESTATAIRES

- Des complications peuvent survenir à tout moment après une phalloplastie. Par exemple, les sténoses se manifestent généralement plus tard au cours de la période postopératoire (6 à 36 mois).
- 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.
- 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 complète 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 urétrographie rétrograde ou d'une cysto-urétrographie 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'examen au niveau local, en collaboration et en communication avec l'équipe chirurgicale, peut être très utile et bénéfique

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 Center. (s. d.). *Phalloplasty Surgery*. Consulté le 14 février 2024, à l'adresse <https://cranects.com/ftm-phalloplasty>
- GRS Montréal. (s. d.). *Phalloplasty*. Consulté le 14 février 2024, à l'adresse <https://www.grsmontreal.com/en/surgeries/female-to-male/6-phalloplasty.html>
- Heston, A. L., Esmonde, N. O., Dugi, D. D., III, & Berli, J. U. (2019). Phalloplasty: techniques and outcomes. *Translational Andrology and Urology*, 8(3), 254-265. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.05.05>
- Hu, C. H., Chang, C. J., Wang, S. W., & Chang, K. V. (2022). A systematic review and meta-analysis of urethral complications and outcomes in transgender men. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 75(1), 10-24. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2021.08.006>
- Lane, M., Sluiter, E., Morrison, S., Coon, D., Gast, K., Berli, J., & Kuzon, W. (2020). Phalloplasty: understanding the chaos. *Plastic and Aesthetic Research*, 7, 1-12. <https://doi.org/10.20517/2347-9264.2020.106>
- McNichols, C. H. L., O'Brien-Coon, D., & Fischer, B. (2020). Patient-reported satisfaction and quality of life after trans male gender affirming surgery. *International Journal of Transgender Health*, 21(4), 410-417. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1775159>
- 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 and Science University. (s. d.). *Phalloplasty and metoidioplasty*. Consulté le 14 février 2024, à l'adresse <https://www.ohsu.edu/transgender-health/phalloplasty-and-metoidioplasty#section-1754471>
- 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>
- Transgender Health Information Program. (s. d.). Phalloplasty. Consulté le 14 février 2024, à l'adresse <http://www.phsa.ca/transcarebc/surgery/gen-affirming/lower-body-surgeries/phalloplasty>
- Wang, A. M. Q., Tsang, V., Mankowski, P., Demsey, D., Kavanagh, A., & Genoway, K. (2022). Outcomes following gender affirming phalloplasty: A systematic review and meta-analysis. *Sexual Medicine Reviews*, 10(4), 499-512. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2022.03.002>



rainbow health ontario
santé arc-en-ciel ontario

SHERBOURNE HEALTH