

# 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 TORSER

- **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.