

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.