

La chirurgie de réassignation sexuelle dans le cadre des troubles de l'identité de genre

Olivier Bauquis^a, François Pralong^b, Friedrich Stiefel^c

Quintessence

● La chirurgie de réassignation sexuelle représente bien d'avantage qu'une procédure de performance prétentieuse pour l'opérateur, il s'agit d'un acte médico-chirurgical approuvé et reconnu au sein d'une équipe multidisciplinaire universitaire formée de chirurgiens, psychothérapeutes et d'endocrinologues spécialisés.


● La phalloplastie chez les patients transsexuels reste un défi permanent quant à la fonction et à l'aspect esthétique visant à créer une verge. Malgré les nombreuses techniques proposées, la reconstruction du pénis par le lambeau libre radial reste la méthode de choix pour satisfaire les faits suivants: obtenir un urètre fonctionnel permettant une miction en station debout, une esthétique la plus proche possible d'un pénis normal, une sensibilité tactile et érogène, ainsi qu'une efficacité mécanique autorisant une activité sexuelle.

● La vaginoplastie consiste en l'inversion de la peau pénienne, parfois associée à une greffe de peau, ou à la transplantation d'un pédicule rectosigmoïdien. Il est important de créer un vagin qui soit fonctionnel, sexuellement sensible et acceptable sur le plan esthétique.

● Un suivi à vie avec le médecin prescrivant les hormones de substitution est indispensable pour assurer un résultat optimal et contrôler l'apparition éventuelle d'effets secondaires. Finalement, le suivi avec le professionnel en santé mentale peut aider le patient à ajuster les difficultés rencontrées même dans la phase postopératoire, qui est souvent le moment où le patient décide de s'autonomiser complètement tant sur le plan social que psychologique.

Perspective historique

Le transsexualisme est la situation dans laquelle une personne a la conviction d'une identité de genre psychologique et sociale à l'opposé de l'apparence de ses organes sexuels externes. Contrairement aux idées préconçues de nombreuses personnes, le transsexualisme n'est ni récent, ni un phénomène exclusif au monde occidental.

Depuis l'Antiquité [1], des identités sexuelles transgenres sont apparues dans de nombreuses cultures (fig. 1 ). Maintes sociétés ont ainsi inclus un sexe tiers permettant d'intégrer des personnes transsexuelles. La caste des Hijras par exemple, regroupe des hommes qui ont subi une émasculatation complète, et qui s'habillent et vivent en femmes. Ils représentent une part essentielle de certains rites à la base de la société indienne.

Pourtant, la première approche médico-chirurgicale (Christine [George] Jorgensen opérée au Danemark) n'a été réalisée et publiée dans un journal scientifique médical [2] qu'au milieu du XX^e siècle.

Certaines personnes transsexuelles commencent leurs parcours d'exploration et d'acceptation d'elles-mêmes en se travestissant (*cross-dressers*). Elles ne représentent qu'une forme non spécifique du trouble de l'identité de genre, à ne pas confondre avec les personnes qui ressentent le besoin impératif d'être en cohérence physique avec le sexe opposé, et pour qui le traitement psychiatrique et hormonal associé à l'opération chirurgicale reste le seul moyen de mettre leur corps en conformité avec le genre spécifique auquel elles s'identifient.

Par conséquent depuis 1973, le terme de «dysphorie de genre» a été introduit par Fisk [3] pour les patients transsexuels demandeurs d'une chirurgie de réassignation, concept accepté par la 4^e version du DSM en 1994, sous le chapitre de trouble de l'identité de genre:

«Ceux qui présentent «un fort désir persistant de s'identifier à l'autre sexe et un inconfort durable avec leur propre sexe anatomique donnant la sensation d'être inapproprié dans ce rôle sexuel», sont diagnostiqués de Trouble de l'identité de genre de l'enfance (302.6), de l'adolescence ou de l'âge adulte (302.85).

Le premier ouvrage clinique traitant des personnes transsexuelles fut publié par Harry Benjamin [4] en 1966. Il y décrit son expérience dans l'accompagnement de ces patients, ouvrage scientifique utilisé encore de nos jours pour évaluer un patient transsexuel selon les critères cliniques bien définis suivants:

- la conviction qu'il/elle possède une identité de genre à l'opposé du sexe anatomique présent à sa naissance;
- un intérêt pour entrer en relation en tant que la femme ou l'homme que l'on est déjà vraiment ou en devenir;
- l'absence de tendances homosexuelles refoulées, mais bien plutôt le désir d'une relation sexuelle en tant que femme ou homme à part entière (même si en fin de parcours, il arrive aussi que des personnes transsexuelles se découvrent en plus homosexuelles);
- un désir actif pour une chirurgie de réassignation.

Considérations épidémiologiques et cadre légal

La fréquence de survenue de cette maladie est estimée à environ 1 homme pour 35 000 et 1 femme pour

CHUV, Lausanne

^aService de chirurgie plastique et reconstructive

^bService d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme

^cService de psychiatrie de liaison



Olivier Bauquis

Les auteurs certifient qu'aucun conflit d'intérêt n'est lié à cet article.

100 000 habitants. En l'état actuel de nos connaissances, il s'agit d'un trouble psychique dont le diagnostic spécifique reste difficile à affirmer. Il est plus basé sur une évaluation clinique que sur des investigations scientifiques, même si des hypothèses étiopathogéniques ont été évoquées: possible mutation génétique, un rôle de l'imprégnation hormonale durant la grossesse, particulièrement dans la survenue du transsexualisme primaire (où les signes existent depuis l'enfance).

Là où le(s) cause(s) de cette anomalie qui touche l'identité de genre étant peu claire pour l'instant, seule l'approche psychothérapeutique standardisée par des critères bien distincts aux deux sexes permet de reconnaître le trouble de l'identité de genre spécifique. Par la suite, c'est le professionnel en santé mentale qui recommande l'accès à la transformation «hormono-chirurgicale».

Malgré les nombreuses fausses idées qui circulent sur le sujet du transsexualisme, il a été observé avec le recul que l'équilibre et la qualité de vie de ces patients ont été considérablement améliorés par cette prise en charge multidisciplinaire.

En Suisse, l'accès au traitement, et surtout les opérations de réattribution de sexe, est remboursé au titre de l'assurance maladie de base pour autant que les conditions suivantes soient remplies: l'opération est autorisée par un médecin psychiatre, elle est effectuée en hôpital public, la personne a 25 ans révolus, et elle est suivie et traitée régulièrement pendant au moins deux ans avant l'opération.

La rectification d'état civil interviendra après l'opération et nécessitera un certificat du chirurgien.

Critères médicaux pour la prise en charge chirurgicale des patients

Les médecins psychiatres, chirurgiens, et endocrinologues se réunissent collégialement pour évaluer les patients qui feront l'objet d'une demande de réassignation sexuelle. Cette réunion multidisciplinaire est une instance décisionnelle formée par des professionnels compétents et spécialisés dans les troubles de l'identité de genre. Elle offre la démarche thérapeutique, éthique et légale la plus adaptée pour le patient, afin qu'il puisse vivre dans le rôle sexuel souhaité, bénéficier d'une prise d'hormones du genre désiré, et avoir la possibilité de modifier chirurgicalement ses organes génitaux.

Ces patients qui sont souvent au bénéfice d'un suivi psychiatrique, parfois pour des troubles d'anxiété ou des traits dépressifs, sont finalement diagnostiqués comme transsexuels spécifiques, ce qui leur permet d'initier une médication hormonale (la décision de prescrire des hormones ou antihormones doit être considérée comme aussi importante que celle d'opérer). En effet, le traitement de substitution hormonale (androgènes aux femmes biologiques, œstrogènes et progestérones aux hommes biologiques) permet au patient de se sentir et paraître plus semblable au genre désiré, s'il respecte le dosage prescrit pour en voir les effets souhaités comme le développement ou l'atrophie des seins, l'augmentation ou la diminution de la pilosité.



Figure 1
Dieu égyptien.

Lorsque le patient réussit avec succès sa capacité d'expérience de vie réelle (étape essentielle d'une année minimale, et qui est souvent associée à des conséquences familiales, sociales et professionnelles parfois dramatiques à gérer), alors on peut envisager de passer à l'étape suivante: l'intervention chirurgicale, qui fait l'objet d'une demande écrite à l'assurance maladie, approuvée et reconnue au sein d'une équipe multidisciplinaire qui participe tous au processus thérapeutique.

En raison de sa responsabilité, le chirurgien doit comprendre le diagnostic qui a conduit à recommander la chirurgie, collaborer avec ses collègues des autres spécialités sous forme de colloques réguliers au service du patient permettant de fournir des lettres de recommandation aux médecins conseils des assurances en vue de l'intervention, en association à l'accord écrit d'un professionnel en santé mentale qualifié dans les troubles de genre (qui peut en tout temps retarder le passage à la chirurgie).

Souvent la chirurgie des seins est la première intervention courante pour permettre rapidement l'expérience de vie réelle: pour les femmes biologiques, la mastectomie, puisque le traitement à base de testostérone n'a que peu d'influence sur la diminution du volume mammaire. L'inverse est également souhaité pour le patient biologiquement homme, soit une augmentation mammaire (attendre tout de même un minimum de 2 ans d'imprégnation hormonale).

La chirurgie génitale dans le sens femme-homme

Dans le cadre de la prise en charge chirurgicale d'une phalloplastie, il est important d'obtenir des résultats satisfaisants tant sur le plan urinaire (miction par la verge en position debout), que fonctionnel par l'obtention d'une sensibilité tactile, permettant la mise en place d'une prothèse érectile.

La première intervention de type reconstruction complète pénienne fut rapportée par Borgoras [5] employant un lambeau abdominal tubulaire pédiculé, contenant un cartilage costal autologue. Maltz [6] fut le premier à reconstruire une verge avec un urètre fonctionnel, mais c'est durant les trente années qui suivirent, que la technique d'urétroplastie de Gillies [7] de-

Tableau 1. Complications du lambeau libre après 15 cas de phalloplastie (2008–2009).

Complication	N	%
Sténoses (néourètre)	0	0
Fistules (néourètre)	4	26
Infections	2	13
Thromboses artérielles	0	0
Thromboses veineuses	1	7

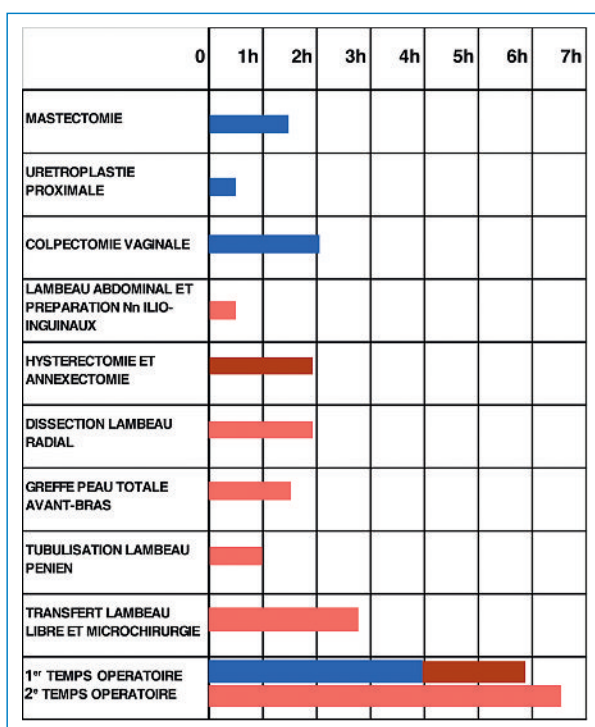


Figure 2

Technique chirurgicale et durée opératoire effectuée par le chirurgien. Temps opératoire par collègue gynécologue: ■

vint la plus satisfaisante sur le plan mictionnel avec un urètre s'abouchant à l'extrémité de la verge.

Dans les années 70, l'introduction du lambeau inguinal a permis d'apporter une méthode alternative pour la construction du phallus, dont le site donneur peut être suturé directement. Il ne faut cependant pas négliger le fait que l'uréthroplastie devient particulièrement difficile avec tout type de lambeau pédiculé, car l'urètre est souvent laissé en nourrice sur le lambeau pour être tubulisé dans un deuxième temps opératoire. Pourtant, ces différents lambeaux pédiculés sont aujourd'hui remis au goût du jour par certains milieux universitaires, sous prétexte de gains de temps et d'argent pour les assurances maladies.

Dans les années 80, les progrès effectués dans le domaine de la microchirurgie ont permis de confirmer le choix du lambeau libre radial pour la phalloplastie. Une technique initialement décrite par Chang et Hwang [8], méthode la plus utilisée aujourd'hui dans la reconstruction du pénis.

Cette technique a été adoptée au CHUV, puisqu'elle permet l'apport d'un urètre fonctionnel sur toute la lon-

gueur du pénis dans le même temps opératoire. Un choix important et fiable en termes de complications potentielles pour le néourètre, car même si certains auteurs parlent d'un taux de fistules urétrales entre 5,1 et 30%, ainsi qu'un taux de sténose de 20 à 40%, dans notre expérience, le taux de fistule et de sténose urétrale se situe nettement en deçà (tab. 1 [4]).

Ces dix dernières années, la littérature scientifique sur la phalloplastie n'a cessé d'abonder en nouvelles techniques: de l'érection permanente par un greffon osseux incorporé dans le lambeau jusqu'à la glanduloplastie associé ou non au sillon balanopréputial. Malheureusement, ces nouvelles procédures opératoires ne sont représentées que sur des petites séries de patients, avec leurs avantages et désavantages bien connus ne permettant pas leur reproduction à grande échelle en milieu universitaire. En effet, certains auteurs ont proposé la réalisation d'un lambeau libre dit «en raquette» [9], afin de fabriquer un «gland». Une technique élégante, mais parfois coûteuse en termes de taux de complications potentielles comme les nécroses partielles ou totales du lambeau pénien (de par la nécessité d'interposer un greffon veineux dans les anastomoses microchirurgicales), ou la survenue plus élevée de fistules et/ou nécroses du néourètre (dû à une double suture du corps pénien, ventral et dorsal, par enroulement de l'urètre en position centrale dans le lambeau libre).

En résumé, la procédure chirurgicale comprend la mastectomie, la colpectomie vaginale totale, et l'hystérectomie associée à l'annexectomie bilatérale (fig. 2 [4]). La préparation de l'urètre proximal consiste en une vulvectomie avec conservation des grandes lèvres, et excision partielle des petites lèvres en préservant un lambeau urétral tubulisé sur une sonde urinaire. Le clitoris est désépithélialisé, permettant son enfouissement à la base de la phalloplastie pour préserver la sensibilité érogène.

Puis, l'on prélève le lambeau de l'avant-bras non dominant du patient (vérification de la bonne perméabilité de l'artère ulnaire par le test d'Allen). Les dimensions du lambeau sont dessinées en préopératoire: le bord cubital est destiné à l'uréthroplastie pénienne, zone tubulisée sur une sonde urinaire; le côté radial du lambeau est prélevé et enroulé autour de l'urètre qui devient le corps pénien (fig. 3 [4]). Le temps microchirurgical correspond dans un premier temps à la fixation du lambeau tubulé pénien par une suture uréthro-urétrale entre l'urètre pénien distal et «l'urètre bulbaire» proximal, et par la mise en place d'une sonde urinaire siliconée, laissée après l'intervention. Ensuite, la réalisation des différentes anastomoses vasculaires (entre artère fémorale et veines saphènes du site receveur, et artère radiale et veine céphalique du lambeau), et nerveuses (entre les nerfs ilio-inguinaux et antébrachiaux) est effectuée (fig. 4 [4]). On ferme le site donneur de l'avant-bras par une greffe peau mince sur une feuille de collagène de synthèse, maintenue en place par un système de pansement sous aspiration, avec un résultat esthétique à long terme plus que satisfaisant (fig. 5 [4]). A signaler, que la glanduloplastie peut être réalisée par la création d'un gland à l'aide d'un lambeau de peau locale pénienne, et pigmentation de la verge. La réali-

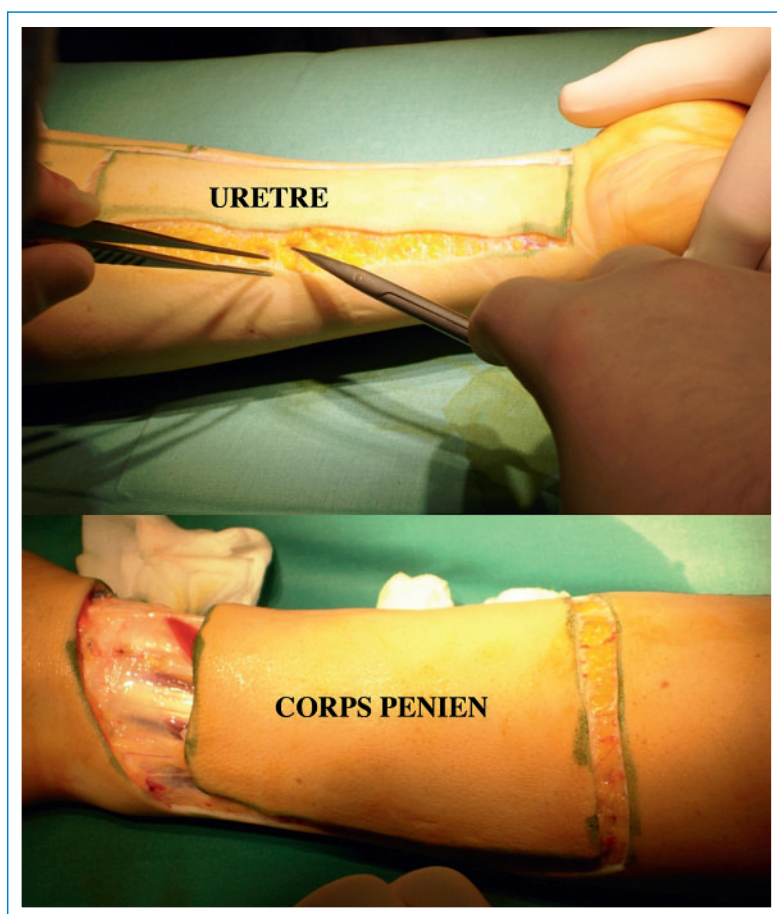



Figure 3
Lambeau radial avant-bras. Bord cubital destiné à la création de l'urètre et un bord radial destiné au corps pénien.



Figure 4
Tubulisation du lambeau pénien sur une sonde urinaire, puis suture uréthro-urétrale et temps microchirurgical avec anastomoses vasculaires et nerveuses, et finalement fixation cutanée.


sation de ce geste dans un second temps opératoire permet de minimiser énormément les risques de complications tout en laissant le choix au patient entre une verge avec une résection de prépuce (d'aspect circoncis) ou pas.

Seul un lambeau ayant développé une sensibilité tactile peut recevoir un implant à long terme avec succès. Une raison supplémentaire pour mettre en avant le lambeau radial dont les anastomoses nerveuses ont un taux de retour de sensibilité tactile très importante.

La prothèse pénienne hydraulique est un système de valve avec réservoir, dans lequel se comprime de l'eau physiologique mélangée avec un produit de contraste dans le compartiment central, provoquant une rigidité du pénis, et par conséquent une érection (fig. 6 ). Cette méthode est habituellement utilisée pour des hommes souffrant de dysfonction érectile, et donc conçue pour une utilisation sur un pénis normal. C'est la raison pour laquelle on déplore parfois des défauts du modèle lors d'une utilisation trop intensive chez les patients transsexuels, entraînant des anévrysmes du corps central nécessitant son remplacement en semi-urgence ou l'implant amovible décrit pour la première fois par Millard [10]. Finalement, le scrotum est fabriqué à partir des grandes lèvres dans lesquelles sont introduits un implant siliconé et la pompe de l'implant hydraulique qui donnera un aspect de testicules.

La chirurgie génitale dans le sens homme-femme

Dans les années 50, alors qu'un grand nombre de jeunes adolescents ont encore recours à l'autocastration afin d'éviter de voir leur corps se masculiniser, on voit apparaître les premières vaginoplasties grâce à la chirurgie reconstructive en utilisant des greffons de peau prélevés aux dépens des cuisses, ainsi que des organes génitaux masculins.

La vaginoplastie se fait par retournement de la peau pénienne vers l'intérieur de la nouvelle cavité (fig. 7 ), méthode la plus utilisée actuellement, dont les premières interventions furent rapportées en 1957, par les docteurs Gillies et Millard. L'orchidectomie et la pénectomie sont pratiquées durant l'intervention. A noter, que la clitoroplastie se fait au moyen de la partie dorsale du gland, permettant de préserver la sensibilité tactile et érogène.

Chez certains patients, la longueur de la peau pénienne peut nécessiter le recours à l'utilisation de greffe de peau scrotale pour augmenter la profondeur du nouveau vagin, dont le principal désavantage est de devoir utiliser un conformateur vaginal à demeure pendant presque 6 mois afin d'éviter une rétraction du nouveau vagin.

Finalement, certains auteurs ont démontré les bénéfices de l'utilisation de la partie sigmoïdienne du côlon, permettant aux patients de préserver une bonne longueur de vagin sans devoir recourir aux exercices quotidiens avec un conformateur. Par contre, cette technique peut présenter des complications postopératoires transitoires comme l'obstruction intestinale sur bride nettement diminuée par l'apport de la laparoscopie, ou des complications chroniques comme des sécrétions de mucus dans le «néo-vagin» nécessitant une hygiène régulière. Pour ces raisons, cette méthode est souvent proposée comme un deuxième choix, après pénectomie et castration, et non comme une alternative.



Figure 5

Aspect postopératoire de l'avant-bras à 1 mois, puis à 1 an avec un résultat esthétique plus que satisfaisant.

Comme dans la phalloplastie, les complications majeures restent les infections, les hémorragies, les dégâts à la vessie, l'urètre ou le rectum pouvant entraîner la formation de fistules et de sténoses, dont les conséquences sont parfois le recours à une deuxième intervention de correction. Le suivi postopératoire est aussi important pour le suivi médical et somatique du patient que pour l'expérience du chirurgien qui pourra ainsi mieux connaître les bénéfices et limites de cette chirurgie à long terme.

Malgré l'utilisation des hormones pour féminiser leur corps, certaines patientes ont recours à la chirurgie esthétique pour accentuer leur crédibilité: augmentation mammaire, rhinoplastie, mentoplastie, cranioplastie et lifting. A signaler que l'on peut également réduire la taille de la pomme d'Adam, ainsi que moduler la voix par la chirurgie ou de façon plus conservatrice en ayant recours à l'orthophonie.

Les traitements hormonaux

Les patients transsexuels cherchant à acquérir les caractéristiques physiques du sexe désiré ont besoin d'un traitement hormonal, respectivement antihormonal,

dont les objectifs sont: 1. Supprimer la sécrétion endogène d'hormones déterminée par le sexe génétique/biologique; 2. Obtenir et maintenir des taux d'hormones sexuelles dans les limites de la norme pour une personne du sexe désiré.

L'indication au traitement hormonal est du ressort du psychiatre, qui a posé le diagnostic et qui est en charge du suivi du patient. Une fois l'indication retenue, il est également indispensable d'évaluer le degré de préparation du patient pour une thérapie hormonale. Celle-ci va rapidement induire des changements importants dans son corps et dans son vécu, et il convient de s'assurer qu'il ou elle a bien consolidé sa nouvelle identité au cours de la prise en charge psychiatrique, et suivra les traitements prescrits de manière responsable. Il n'est pas rare en effet que les patients modifient d'eux-mêmes les traitements afin d'accélérer ou augmenter l'amplitude des changements de leurs caractéristiques sexuelles secondaires. On passe alors de la substitution hormonale à la problématique de l'administration d'hormones à doses pharmacologiques, avec des conséquences potentielles non négligeables en termes d'effets indésirables.

Au moment de débiter un traitement hormonal/anti-hormonal, il est important de s'assurer que le patient a bien compris et intégré les effets réversibles et les effets éventuellement irréversibles liés à la thérapie endocrinienne. Il est notamment recommandé d'apporter l'information la plus complète possible concernant les options pour une éventuelle fertilité, particulièrement dans les cas où un traitement est envisagé avant que la puberté soit terminée. L'exposition prolongée des testicules à de hautes doses d'œstrogènes a été associée avec des dommages testiculaires, mais il n'existe aucune donnée sur la restauration de la spermatogenèse après un traitement prolongé d'œstrogènes. Chez les femmes biologiques, les effets d'un traitement prolongé de testostérone sur la fonction ovarienne sont également peu connus. Ces incertitudes devraient faire proposer, au moins chez les hommes adultes, la cryo-préservation de sperme avant le début du traitement hormonal. Il est également important d'exclure la présence de conditions médicales pouvant être exacerbées par le traitement hormonal envisagé: maladie thromboembolique dans les cas de transsexualisme homme-femme nécessitant un traitement d'œstrogènes; cancer du sein ou de l'utérus et érythrocytose dans les cas de transsexualisme femme-homme nécessitant un traitement de testostérone. D'autres situations cliniques relatives fréquentes constituent des contre-indications relatives: tabagisme actif, présence de diabète sucré, de maladie hépatique. Ces situations doivent faire l'objet d'une discussion approfondie afin de bien balancer les risques et bénéfices potentiels du traitement. Le traitement hormonal des patients transsexuels leur confère à long terme les risques habituellement associés au traitement hormonal substitutif standard de patients biologiquement hommes ou femmes. C'est pour cette raison qu'il est recommandé, une fois la décision de traitement définitivement prise, de viser des taux d'hormones sexuelles du sexe désiré dans les limites de la norme pour ce sexe. Cette attitude permet

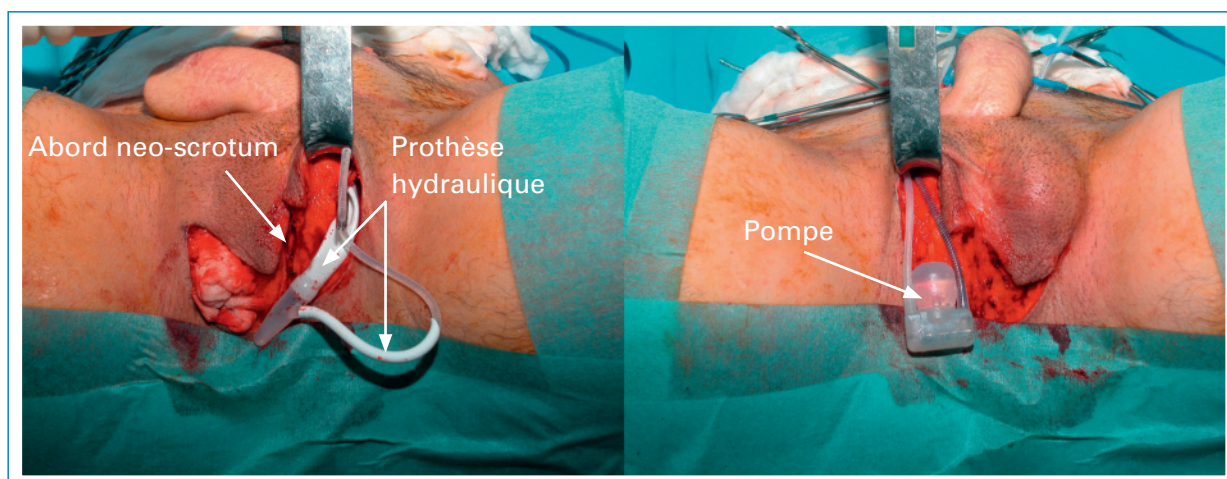


Figure 6

L'abord par le néo-scrotum facilite l'introduction de la prothèse pénienne hydraulique avec sa pompe, par contre son réservoir est placé dans l'espace pré-péritonéal par une incision sus-pubienne.

d'éviter les risques à long terme liés à l'administration de doses hormonales pharmacologiques. Différentes préparations d'œstrogènes ou de testostérone peuvent être utilisées avec un bon succès. Dans les situations de transsexualisme homme-femme, un antiandrogène est habituellement ajouté à la substitution en œstrogènes. Finalement, il est recommandé de contrôler ces traitements par un suivi clinique et biologique au long cours, au moins une fois par an (pour des informations détaillées concernant la prise en charge hormonale des patients transsexuels, voir [11]).

Le suivi psychiatrique

Le suivi psychiatrique s'oriente aux différentes phases du processus de la réassignation sexuelle que parcourt le patient. Dans la phase précédant les traitements hormonaux, les entretiens ont comme objectif de poser le diagnostic de transsexualisme, d'identifier et de traiter d'éventuelles comorbidités (tels que des états dépressifs, des abus de substances ou des troubles anxieux) souvent liées à l'isolement, à la honte et au sentiment d'être incompris, d'entendre leurs expériences avant de venir consulter et de désamorcer d'éventuelles dynamiques relationnelles malsaines entre patients et soignants.

Il s'agit également de clarifier avec les patients leur demande: quels traitements envisagent-ils, quelles sont leurs représentations du corps actuel et du corps souhaité, quels sont leurs espoirs et leurs craintes et comment faire face à un corps qui va se transformer sous traitements hormonaux. C'est aussi l'occasion de déconstruire d'éventuelles attentes magiques concernant les aspects physiques ou leur bien-être psychologique après la réassignation sexuelle. Alors qu'il est rare que les traitements ne puissent pas être envisagés à cause de contre-indications psychiatriques, il y a durant toutes les différentes phases de réassignation sexuelle des moments où il est important de repousser les traitements pour attendre l'instauration d'un meilleur équilibre psychique du patient.

Dans la phase des traitements hormonaux, les patients se voient confrontés aux changements de leur corps, changements qui ne peuvent pas seulement induire un soulagement puisque «on passe enfin à l'action» et que le corps se transforme vers le corps souhaité, mais aussi des sentiments d'angoisse ou de déception quant à la rapidité ou aux limites de cette transformation. Les patients sont aussi confrontés au défi de sortir du fantasme pour assumer leurs désirs dans la réalité, accepter les regards et les commentaires de l'entourage et s'adapter à de nouveaux repères biologiques, psychiques et sociaux. Avec la mise en route des traitements, les patients se sentent compris et pris au sérieux, ils sortent de leur isolement au moins dans le contact avec les soignants et la pression intrapsychique, de même que celle qu'ils exercent sur le corps médical (voire le psychiatre) baissent; c'est alors l'occasion de pouvoir explorer davantage l'anamnèse familiale et de mettre en perspective leur développement et leur transsexualisme. Il est rare que les patients transsexuels entrent dans une psychothérapie dans le sens strict; il s'agit plutôt de leur offrir un espace contenant et soutenant sans avoir pour ambition de faire un travail d'introspection pour lequel ils n'ont souvent pas les moyens. Dans la phase préopératoire, le suivi psychiatrique permet d'explorer l'ambivalence et l'angoisse concernant l'intervention chirurgicale; dans cette phase, le psychiatre qui connaît le patient avant l'instauration des traitements représente aussi un élément de la «permanence de soi», puisqu'il reconnaît le patient comme sujet constant à travers les phases de transformation physique. Il contribue ainsi à ce que le patient puisse intégrer l'alternance tout en gardant un sentiment de permanence. Il faut cependant souligner que les patients vivent souvent les transformations de leur corps de manière positive et expriment avoir le sentiment de trouver enfin leur vrai corps. La fonction du thérapeute comme garant de la continuité est donc moins importante que dans d'autres domaines de la psychiatrie de liaison dans lesquels les patients se voient confrontés à des transformations physiques qui sont inattendues, non voulues et menaçantes.



Figure 7
Inversion peau pénienne, aspect postopératoire immédiat, et à 12 mois.

Dans la phase postopératoire, les patients – comme cela est décrit plus haut – s'autonomisent du suivi médical (rendez-vous espacés) et le suivi psychiatrique, imposé pour accéder à la réassignation sexuelle, peut s'espacer également.

L'approche psychiatrique du transsexualisme demande une connaissance et une expérience spécifique, une ouverture d'esprit et une capacité à contenir des patients qui peuvent soumettre les soignants et les psychiatres à d'importantes pressions. Le fait que le psychiatre endosse à la fois le rôle de thérapeute et d'expert posant l'indication pour les traitements médicaux et chirurgicaux, ne facilite pas son rôle et peut limiter la mise en place d'une relation authentique puisque le patient doit faire «bonne impression» pour obtenir l'aval du psychiatre. Instaurer au fil du temps une relation de confiance qui conduise à un réel lien thérapeutique représente un défi majeur de la prise en charge.

Conclusion

Les interventions chirurgicales de réattribution de sexe se doivent d'être réussies esthétiquement et fonctionnellement en ne présentant que peu ou pas de complications, car le patient est souvent jeune et/ou surtout en bonne santé. Pour cette raison toute personne envisageant une opération de réassignation sexuelle devrait s'adresser aux chirurgiens les plus expérimentés et effectuant régulièrement un certain nombre d'interventions. De plus, il nous semble important que le patient puisse bénéficier d'un suivi postopératoire multidisciplinaire, car le résultat final va également dépendre de la qualité de la prise en charge après avoir quitté l'hôpital.

Etant donné le nombre de plus en plus élevé de patients revenant de l'étranger avec d'importantes complications, il nous paraît indispensable de pouvoir continuer à proposer une prise en charge en milieu universitaire par une équipe multidisciplinaire active dans le domaine.

Correspondance:

Dr Olivier Bauquis

Médecin Agréé

Service de Chirurgie Plastique et Reconstructive; CHUV

Rue du Bugnon 46

CH-1011 Lausanne

olivier.bauquis@chuv.ch

Références recommandées

- Chang TS, Hwang WY. Forearm flap in one-stage reconstruction of the penis. *Plast. Reconstr. Surg.* 1984;74:251.
- Benjamin H. *The Transsexual Phenomenon*. New York: Julian Press, 1966.
- Meyer R, Daverio PJ, Dequesne J. One-stage phalloplasty in transsexuals. *Ann. Plast. Surg.* 1986;16:472–9.
- Laub DR, Laub DR II, Van Maasdam JV. Gender dysphoria syndrome. In Smith JW, Aston S, eds: *Grabb and Smith's Plastic Surgery*, 4th ed. Boston, Little, Brown; 1991:1393–412.
- Wedler V, Meuli-Simmen C, Guggenheim M, Schneller-Gustafsson M, Künzi W. Laparoscopic technique for secondary vaginoplasty in male to female transsexuals using a modified vascularized pedicle sigmoid. *Gynecol. Obstet. Invest.* 2004;57(4):181–5. Epub 2004 Jan 29.

Vous trouverez la liste complète et numérotée des références dans la version en ligne de cet article sous www.medicalforum.ch.

Operative Geschlechtsumwandlung bei Störungen der Geschlechtsidentität /

La chirurgie de réassignation sexuelle dans le cadre des troubles de l'identité de genre

Literatur (Online-Version) / Références (online version)

- 1 Green, R : Mythological, historical and cross cultural aspects of transsexualism. In Green, R., and Money. J.(eds) : Transsexualism and Sex Reassignment. Baltimore, Johns Hopkins, 1969, pp. 13-22.
- 2 Hamburger C, Sturup GK, Dahl-Iversen E : Transvestism. Hormonal, psychiatric, and surgical treatment. JAMA 1953 ; 152 : 391.
- 3 Fisk, N. : Gender dysphoria syndrome----the how, why, and what of a condition. Interdisciplinary Symposium on Transsexualism. Stanford University School of Medicine, Paolo Alto, California. February 2-4, 1973.
- 4 Benjamin, H. The Transsexual Phenomenom. New York : Julian Press, 1966.
- 5 Borgoras, N. : Uber die volle plastische Wiederherstellung eines zum Koitus fahigen Penis (Penioplastica Totalis). Zentralb. Chir. , 63 : 1271, 1936.
- 6 Maltz, M. : Evolution of Plastic Surgery. New York, Frobin Press, 1946, p278.
- 7 Gillies, H. D., and Harrison, R. J. : Congenital absence of the penis. Brit. J. Plast. Surg. ; 1948 : 1 :8.
- 8 Chang, T.S., and Hwang, W.Y. : Forearm flap in one-stage reconstruction of the penis. Plast. Reconstr. Surg 1984 ; 74 : 251.
- 9 Gilbert, DA., Jordan, DH., Devine CJr., Winslow, BH. : Microsurgical forearm « cricket bat-transformer » phalloplasty. Plast. Reconstruct. Surg. 1992 ;90(4) :711-6.
- 10 Millard, D.R. : Scrotal construction and reconstruction. Plast. Reconstruct. Surg. 1966 ; 38 : 10.
- 11 Hembree et al, Endocrine treatment of transsexual persons : an Endocrine society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab 94 :3132; 2009.