



© Siriporn Kaenseeya / Dreamstime

Les personnes ayant une incongruence de genre seront à l'avenir la règle plutôt que l'exception dans les cabinets de médecine de premier recours.

Les principales mesures de transition médicale

Possibilités de traitement de réassignation sexuelle en cas d'incongruence de genre

Le nombre de personnes qui se présentent en médecine pour entamer une transition ne cesse de croître. Alors que l'article précédent* a mis en lumière le changement de paradigme en la matière, le présent article décrit les principales mesures de transition médicale.

Dr méd. David Garcia Nuñez^{a,b,1}, lic. phil. Hannes Rudolph^{c,d,1,2}, Dr méd. Niklaus Flütsch^{a,1}, Prof. Dr méd. Christian Meier^{a,f}, Dr méd. Franziska Wenz^{a,g}, Dr méd. Alina Müller^{a,g}, Prof. Dr méd. Claudio Storck^{a,h}, Dr méd. Barbara Mijuskovic^{a,b,1}

^a Innovations-Focus Geschlechtervarianz, Universitätsspital Basel, Basel; ^b Klinik für Plastische, Rekonstruktive, Ästhetische und Handchirurgie, Universitätsspital Basel, Basel;

^c HAZ – Queer Zürich, Zürich; ^d vormalis Fachstelle für trans Menschen, Zürich, Zürich; ^e Praxis Flütsch, Zug; ^f Klinik für Endokrinologie, Universitätsspital Basel, Basel;

^g Klinik für Dermatologie, Universitätsspital Basel, Basel; ^h Hals-Nasen-Ohren-Klinik, Universitätsspital Basel, Basel

* «De la psychopathologisation à l'approche affirmative de la diversité des genres», voir p. 856–860 dans ce numéro.

¹ Membre du groupe de travail Fachgruppe Trans

² Membre de Transgender Network Switzerland

Introduction

En Suisse, il n'existe pas de données sur le nombre de processus médicaux de réassignation sexuelle chez les personnes présentant une incongruence de genre (IG) [1]. Les auteures et auteurs estiment toutefois qu'il pourrait être de l'ordre de 500–600 cas par an. Les raisons de

l'augmentation de ces traitements ne sont pas totalement élucidées. Il y a toutefois lieu de penser que l'ouverture sociale et la dépsychiatriation du phénomène de l'IG ont entraîné une réduction des obstacles au traitement. Dans ces conditions améliorées, les personnes en quête de traitement osent parler plus tôt et

plus précisément de leur situation par rapport à leur propre genre.

Cette évolution positive se heurte à une méconnaissance structurelle de la part des thérapeutes. Malgré l'importance du «genre» en tant que paramètre médical, celui-ci n'est guère abordé pendant les études ou dans les cursus de forma-

tion postgraduée. Cela est problématique dans la mesure où, dans de nombreux cas, les personnes ayant une IG ou une dysphorie de genre (DG) ne peuvent pas être traitées de manière compétente. De plus, les personnes en quête de traitement perdent ainsi des interlocutrices et interlocuteurs essentiels proches de leur domicile.

Il faut bien entendu partir du principe que toutes les personnes en quête de traitement ne recourent pas à toutes les mesures. À l'inverse, il existe des cas où les résultats thérapeutiques ne sont pas à la hauteur des attentes, raison pour laquelle le plan de traitement initial peut, voire doit, être modifié à tout moment. Cette flexibilisation et cette individualisation des traitements, qui vont par ailleurs de soi, représentent l'un des progrès les plus importants de ces dernières années dans la prise en charge des personnes présentant une IG. Désormais, les personnes en quête de traitement sont (à nouveau) au centre de la démarche: elles sont les mieux placées pour juger si les interventions mises en œuvre jusqu'alors ont réduit – ou non – les tensions de genre décrites.

À cet effet, il est recommandé que les personnes en quête de traitement soient accompagnées, du moins au début, par une personne disposant d'une expertise suffisante. Cette personne peut, mais ne doit pas nécessairement, être titulaire d'un titre de médecin. Il existe aujourd'hui des approches innovantes (conseil par les pairs, infirmière/infirmier de pratique avancée [«advanced practice nurse»]) qui peuvent assumer cette tâche ainsi que la communication entre les différentes disciplines spécialisées.

Les interventions énumérées ci-après ont toutes une efficacité clinique éprouvée depuis de nombreuses années. Pour la plupart d'entre elles, cette efficacité est en outre étayée par des données basées sur l'évidence, raison pour laquelle elles figurent également dans les lignes directrices internationales [2, 3]. Elles remplissent ainsi tous les critères pour que leurs coûts soient pris en charge par l'assurance obligatoire des soins [4]. Enfin, il convient de souligner que la liste n'est pas exhaustive et qu'elle n'indique pas non plus l'ordre dans lequel les mesures doivent être prises. Seuls les personnes en quête de traitement et leurs thérapeutes peuvent décider, dans le cadre d'un processus de «shared decision making» [5, 6], de la tournure que doit prendre le parcours individuel de transition médicale.

Interventions psychosociales

Conseils par les pairs

En Suisse, des offres de conseil par les pairs ont été mises en place, notamment par le Transgen-

der Network Switzerland (www.tgns.ch) et les Checkpoints dans différentes grandes villes. La possibilité d'obtenir des conseils et une première orientation de la part de professionnels ayant eux-mêmes vécu une transition réduit les obstacles à la sollicitation d'un traitement et a un effet positif sur l'image que les personnes avec IG ont d'elles-mêmes. En même temps, ces offres aident à mettre en réseau les personnes ayant une IG et à les aiguiller vers des offres d'entraide, ce qui augmente de façon avérée l'acceptation de soi et diminue la trans-négativité internalisée [7].

Accompagnement par une infirmière/un infirmier de pratique avancée

En raison de l'ancienne classification de l'IG, la coordination des différentes mesures médicales était principalement du ressort des psychiatres. Compte tenu du changement de paradigme intervenu, les grands centres de traitement (universitaires) ont désormais tendance à confier cette tâche à une infirmière/un infirmier de pratique avancée. Cela permet d'abaisser le seuil d'accès à l'équipe soignante. De même, les personnes en quête de traitement peuvent ainsi disposer d'une interlocutrice ou d'un interlocuteur pendant et après la transition médicale [8].

Conseil et traitement psychiatriques et psychothérapeutiques

Dans la plupart des cas, les psychiatres et les psychologues ne sont plus nécessaires pour la pose du diagnostic et la planification du traitement de l'IG [9]. Néanmoins, un conseil et un traitement psychiatriques ou psychothérapeutiques peuvent s'avérer utiles lorsqu'une personne éprouve le besoin d'être accompagnée dans sa transition, lorsqu'elle présente des troubles psychiques concomitants ou lorsque ses proches ont besoin de soutien [10].

Médecine de la reproduction

Avant le début de l'hormonothérapie ou la réalisation d'une opération touchant les organes génitaux primaires, les possibilités de préservation de la fertilité sont discutées et des mesures de préservation de la reproduction (par exemple cryoconservation des spermatozoïdes, vitrification des ovocytes) sont éventuellement mises en œuvre [11]. En raison des problématiques médicales et juridiques complexes qui peuvent se poser dans ce domaine, il est recommandé que ces conseils soient prodigués par des centres spécialisés en médecine de la reproduction (comme par exemple l'Innovations-Focus Geschlechtervarianz de l'Hôpital universitaire de Bâle).

Endocrinologie

Traitement masculinisant

L'efficacité du traitement masculinisant par androgènes est bien documentée cliniquement chez les personnes présentant une IG/DG et ce traitement entraîne une nette virilisation du corps (comme par exemple une augmentation de la masse musculaire ou de la pilosité faciale). Les personnes transmasculines sous traitement à base de testostérone sont perçues comme «masculines» par les personnes extérieures au bout de six mois à deux ans [12–16]. L'épaississement des cordes vocales provoque une mue de la voix similaire à celle de la population masculine cisgenre. Il en résulte une baisse de la hauteur de la voix d'environ 8–10 demi-tons. Cet effet est irréversible et persiste même après l'arrêt éventuel d'un traitement androgénique. Dans la plupart des cas, une administration suffisante de testostérone supprime l'ovulation, de sorte que le cycle menstruel s'arrête généralement après quelques semaines.

Aujourd'hui, la forme d'administration parentérale est privilégiée, car l'administration orale entraîne des taux hormonaux très fluctuants et le foie est inutilement sollicité par l'effet de premier passage. Outre les symptômes acnéiques initiaux, les effets indésirables les plus fréquents sont la calvitie et, parfois, la prise de poids. Une augmentation de la libido et de l'intérêt sexuel est souvent signalée. Dès le début du traitement, des contrôles de laboratoire réguliers doivent être convenus. L'objectif thérapeutique est d'atteindre un taux de testostérone correspondant à celui de la population masculine cisgenre.

Traitement féminisant

Le traitement féminisant comprend à la fois la substitution des œstrogènes et la suppression des androgènes. En effet, l'œstrogénothérapie seule ne permet pas de supprimer de manière suffisante la production gonadique de testostérone. L'objectif est d'atteindre des taux d'hormones sexuelles comparables à ceux observés chez les femmes cis. Le blocage des androgènes se fait par la prise d'acétate de cyprotérone et parfois aussi d'inhibiteurs spécifiques de la 5 α -réductase, qui empêchent la transformation de la testostérone en dihydrotestostérone, plus puissante.

Sous hormonothérapie féminisante suffisante, il se produit une redistribution des graisses et une diminution de la masse musculaire. La croissance mammaire débute, mais dans de nombreux cas, elle n'atteint pas un niveau suffisant pour stopper les symptômes de l'IG/la DG. Le blocage de la testostérone entraîne une diminution de la libido et des érections et une disparition des éjaculations. Si

la voix a déjà mué, l'hormonothérapie féminisante n'a plus d'influence sur la hauteur de la voix. Si une suppression des androgènes est effectuée avant la mue, la voix conserve toutefois sa hauteur actuelle.

L'augmentation du risque d'évènement thromboembolique souvent décrite lors de traitements féminisants semble clairement liée à la prise de préparations à base d'œstrogènes de synthèse, qui ne sont plus recommandées [17]. Par conséquent, on constate un recul de cette problématique depuis l'utilisation de préparations transdermiques [18, 19]. Actuellement, en présence d'une constellation à risque, il est en outre recommandé de procéder à un bilan de thrombophilie avant le début de l'hormonothérapie. De même, des contrôles de laboratoire réguliers doivent être effectués après la mise en place des traitements hormonaux.

Dermatologie

Traitements masculinisants

Comme le taux d'androgènes est associé à la production de sébum et à la croissance des cheveux, la substitution de la testostérone peut conduire à une survenue accrue d'acné vulgaire et d'alopécie androgénétique [20]. La prise en charge de l'acné s'effectue selon les lignes directrices générales sous forme de traitement par paliers [21].

Les opérations de réassignation sexuelle peuvent laisser des cicatrices stigmatisantes. Les traitements au laser fractionné (non) ablatif ou vasculaire permettent de les aplanir et de les rendre plus pâles [22, 23].

Traitements féminisants

En particulier la pilosité apparente du visage et du décolleté est gênante pour les femmes trans. Les traitements à la lumière intense pulsée (LIP) ou au laser sont des méthodes bien établies pour éliminer durablement la pilosité indésirable, avec un taux de succès de 90% et plus [24, 25]. Pour l'élimination permanente des poils blancs, gris ou roux, il est possible de recourir à l'épilation à l'aiguille.

L'alopécie androgénétique représente un défi pour les femmes trans (et certains hommes trans). Selon la littérature récente, le traitement de premier choix réside dans l'application topique de minoxidil 5% [26]. Un traitement systémique par spironolactone ou finastéride est également envisageable [27], mais ce dernier est parfois controversé, car il pourrait notamment avoir une influence sur l'apparition des caractères sexuels secondaires souhaités chez les hommes trans [28].

Chirurgie

Interventions masculinisantes

Mastectomie

L'ablation des seins est souvent la première étape chirurgicale chez les personnes transmasculines, car une poitrine perçue comme féminine peut déclencher une IG/DG prononcée. Jusqu'à l'opération, ces personnes portent souvent ce que l'on appelle des «binders» afin de dissimuler le plus possible la poitrine. Selon la taille des seins, différentes techniques de mastectomie sont indiquées [29]. Si les seins sont volumineux, on procède généralement à une mastectomie avec greffe de mamelon libre; si les seins sont de petite taille ou de taille moyenne, on utilise une mastectomie sous-cutanée avec ou sans lifting cutané péri-aréolaire [29]. La mastectomie est la seule opération qui peut être indiquée avant l'âge de 18 ans selon les lignes directrices internationales [30]. Des études montrent que cette intervention est extrêmement efficace. Les personnes opérées font état d'une amélioration considérable de leur qualité de vie et ne rencontrent pratiquement pas de problèmes postopératoires [31].

Hystérectomie/annexectomie

L'ablation de l'utérus et des ovaires est généralement pratiquée, mais pas uniquement, chez les personnes transmasculines qui souffrent de saignements vaginaux malgré un traitement suffisant à base de testostérone. Ces interventions ne présentent pas de risques supplémentaires par rapport à celles pratiquées chez les femmes cis [32]. Selon la situation individuelle, ces opérations peuvent être combinées avec la mastectomie. Après une annexectomie, une substitution androgénique à vie est indiquée [15].

Phalloplastie

La création d'un pénis est un besoin important pour de nombreuses personnes transmasculines souffrant d'une IG/DG liée aux organes génitaux. Certaines personnes en quête de traitement expriment ce souhait très tôt. D'autres ne le font qu'après avoir constaté que les autres moyens auxiliaires (comme les épithèses péniennes et testiculaires) n'ont pas contribué à une réduction permanente de l'IG/la DG. Les interventions sont complexes, car elles nécessitent entre autres des transferts tissulaires microchirurgicaux et doivent parfois se dérouler en plusieurs étapes. En règle générale, le vagin est également retiré lors de cette réassignation génitale (colpectomie). Le plus souvent, la phalloplastie est réalisée avec du tissu provenant de l'avant-bras, ce qui correspond à une phalloplastie par lambeau radial de type «tube dans un tube» [33]. Une méthode alter-

native (appelée phalloplastie «anterolateral thigh flap» [ALT]) consiste à prélever le tissu pour le phallus au niveau de la cuisse [34]. Des conseils individuels minutieux, également en fonction des particularités physiques de la personne concernée, sont particulièrement importants pour cette dernière technique. Pour les deux techniques, une épilation au laser des zones de prélèvement est indiquée au préalable afin d'éviter la pousse de poils, notamment dans l'urètre. Des complications, telles que les fistules et les sténoses de l'urètre, peuvent survenir dans les deux types d'opération et parfois nécessiter plusieurs révisions chirurgicales. Dans la littérature, l'incidence des fistules et des sténoses est estimée à 48% à travers le monde [35]. En conséquence, la consultation préopératoire devrait également aborder ces risques de manière exhaustive. Les dernières étapes de la réassignation génitale sont la construction du gland ainsi que la mise en place de prothèses érectiles et d'implants testiculaires [36]. Des études montrent que les personnes transmasculines sont très satisfaites du résultat de l'opération [37].

Métaidoïoplastie

La métaidoïoplastie, également connue sous le nom de «clitpen» ou «mini-pénis», représente une alternative à la phalloplastie. Elle consiste en un allongement limité de tissus locaux dans la région génitale, de sorte que le clitoris, agrandi par l'utilisation de testostérone, soit mieux mis en valeur. Cette intervention permet aux personnes transmasculines d'uriner en position debout. Une pénétration pendant les rapports sexuels n'est toutefois pas possible au sens traditionnel du terme. Les fistules et les sténoses sont également des complications possibles de la métaidoïoplastie. Des études montrent que les personnes qui optent pour cette intervention sont satisfaites en postopératoire [38].

Interventions féminisantes

Augmentation mammaire

Malgré l'hormonothérapie féminisante, rares sont les personnes qui obtiennent une taille et une forme de seins suffisantes pour éliminer complètement les symptômes d'IG/de DG. C'est pourquoi de nombreuses personnes transféminines ont recours à cette opération. Le plus souvent, l'augmentation mammaire fait appel à des implants en silicone. Alternativement, si les conditions physiques sont optimales, l'augmentation mammaire peut se faire avec de la graisse autologue. Pour ce faire, 2-3 séances sont généralement nécessaires. L'avantage de cette intervention est qu'elle permet d'éviter l'utilisation de corps étrangers. Dans pratiquement tous les

cas, ces interventions améliorent la qualité de vie des personnes concernées [39].

Vaginoplastie

La réassignation génitale comprend l'ablation des testicules et des corps caverneux, la création d'un clitoris sensible avec un faisceau neurovasculaire provenant du gland, ainsi que la construction d'un nouvel orifice urinaire, de petites et de grandes lèvres et d'un vagin. En Suisse, tous les centres de traitement utilisent des modifications de la technique classique d'inversion pénienne, comme par exemple la méthode dite de Preecha [40] ou la méthode d'inversion pénienne combinée avec un recouvrement partiel du vagin par la muqueuse urétrale [41]. Alternativement, le vagin peut être créé à partir d'un segment du côlon (vaginoplastie sigmoïde) [41]. Il est également possible de réaliser une vulve sans vagin ou, comme variante minimale, une orchidectomie isolée, si les personnes ne souhaitent pas se soumettre à une réassignation génitale complète pour diverses raisons. Une épilation permanente au laser ou à l'aiguille doit être évaluée en préopératoire, en fonction de la situation physique et de la technique choisie. Après une vaginoplastie, une dilatation vaginale est nécessaire jusqu'à ce que la dimension du néo-vagin soit stabilisée. Les rétrécissements vaginaux, les problèmes de jet urinaire ou les cicatrices douloureuses peuvent nécessiter des interventions de révision. Depuis des décennies, des études montrent que ces interventions peuvent améliorer la qualité de vie des femmes concernées [42].

Féminisation faciale

Dans notre vie quotidienne, le visage représente l'organe sexuel social par excellence. Bien que les caractéristiques du visage soient soumises à de très grandes variations, les personnes sont classées en quelques millisecondes dans l'une des catégories binaires de genre par leur entourage sur la base des traits du visage «typiques du genre». Les traits du visage qui peuvent entraîner un mégenrage chez les personnes transféminines sont, entre autres, une arcade sourcilière proéminente, un grand nez avec un petit angle nasolabial, un menton large et des angles mandibulaires pointus ou une pomme d'Adam saillante. Ces structures ne sont pas modifiées par un traitement hormonal féminisant et doivent donc être modifiées chirurgicalement [43]. Des interventions supplémentaires telles que le lifting des sourcils, l'augmentation des joues avec de la graisse autologue ou des implants et l'augmentation des lèvres peuvent contribuer à une classification du visage adaptée au genre. Là encore, il convient de souligner que ces

interventions ne sont pas des interventions cosmétiques, mais des interventions de réassignation sexuelle. Par conséquent, l'information préopératoire et la définition correcte de l'objectif de l'opération sont extrêmement importantes. De premières études montrent l'efficacité de ces démarches [44].

Opérations de féminisation de la voix

L'adaptation de la voix nécessaire pour que les personnes transféminines puissent réduire leur IG/DG est délicate. Les circonstances anatomiques influencent la hauteur de la voix, raison pour laquelle un traitement hormonal féminisant n'a aucun effet. Dans un premier temps, un soutien logopédique peut conduire à une modification adaptée au genre des différents paramètres vocaux. Dans de nombreux cas, cette démarche aboutit à ce que la personne ne signale plus de symptômes d'IG/de DG. Cependant, certaines particularités anatomiques (longues cordes vocales, grande cavité de résonance) ou une sensibilité auditivo-perceptive insuffisante peuvent rendre cela impossible. L'élévation permanente de la hauteur de la voix implique un effort des muscles du cou et entraîne un épuisement. Les spécialistes de la voix peuvent alors conseiller les personnes concernées en vue d'une opération d'augmentation tonale. Les cordes vocales peuvent être raccourcies (glottoplastie) [45] ou étirées (cricothyropexie) [46]. La laryngoplastie de féminisation combine les deux techniques [47]. Il faut s'attendre à une augmentation de la hauteur de la voix d'environ 8-12 demi-tons. Les effets indésirables sont rares (entre autres enrrouement) [45]. Le succès de ces interventions est attesté par différentes études [45, 46].

Suivi

Les transitions médicales représentent une situation délicate, mais pratiquement toujours positive, pour les personnes ayant une IG. Ainsi, des études montrent qu'à la fois les traitements hormonaux [48, 49] et les traitements chirurgicaux [50, 51] peuvent réduire les symptômes psychopathologiques associés et améliorer la qualité de vie des personnes présentant une IG. La meilleure façon de réduire les tensions induites par l'IG est d'adapter les mesures aux besoins des personnes en quête de traitement – et non l'inverse comme par le passé. Certaines interventions (par exemple traitement hormonal) doivent être suivies à vie et nécessitent dès lors des contrôles réguliers. Il en va de même, mais à une fréquence moindre, pour les personnes qui ont subi des opérations. Ainsi, les personnes ayant une IG seront à l'avenir la règle plutôt que l'exception dans chaque cabinet de médecine de premier recours.

L'essentiel pour la pratique

- Les personnes présentant une incongruence de genre se présentent de plus en plus souvent dans la médecine de premier recours pour effectuer une transition médicale.
- Alors que les objectifs de la transition et donc du traitement doivent être définis par les personnes en quête de traitement elles-mêmes, les interventions médicales devraient être déterminées au moyen d'un processus de «shared decision».
- Les mesures médicales de réassignation sexuelle présentées ont une efficacité à la fois clinique et basée sur l'évidence.
- La combinaison des différentes interventions se fait dans tous les cas sur la base d'une évaluation individuelle et doit être complétée au fil du temps en fonction de son efficacité, y compris par d'autres mesures non mentionnées ici.
- Certaines interventions médicales requièrent un suivi médical à long terme, ce qui souligne encore davantage la nécessité d'améliorer la prise en charge des personnes présentant une incongruence de genre.

Correspondance

Dr méd. David Garcia Nuñez
Innovations-Focus Geschlechtervarianz
Universitätsspital Basel
Spitalstrasse 21
CH-4056 Basel
david.garcia[at]usb.ch

Disclosure statement

AM a déclaré des subventions de ALK, Galderma et Bencard pour la participation à des événements / frais de voyage. NF a déclaré avoir reçu des honoraires pour un cours destiné aux étudiants sur le thème «Gender Medicine» de la part du Hirslanden Institute for Medical Education, Zurich. Les autres auteures et auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.



Références

La liste complète des références est disponible en ligne sur <https://doi.org/10.4414/fms.2023.09301>.



Dr méd. David Garcia Nuñez
Innovations-Focus Geschlechtervarianz,
Klinik für Plastische, Rekonstruktive,
Ästhetische und Handchirurgie,
Universitätsspital Basel, Basel