

Congrès AIME

Table ronde sur la transidentité et la non-binarité

D'après les communications des Drs Jonathan Rausky, Catherine de Goursac, Gérald Franchi et Patrick Bui.



COMPTE RENDU RÉDIGÉ PAR Y. POIROT

Service de Chirurgie plastique et maxillo-faciale, Hôpital Henri Mondor, CRÉTEIL.

Encore marginale il y a quelques décennies, la chirurgie du transgenre est en plein essor. Au-delà de la chirurgie de réassignation sexuelle consistant au changement des organes sexuels principaux (phallopoïèse pour F[emale] To M[ale], vaginoplastie pour M[ale] To F[emale]), la chirurgie du transgenre englobe toute la transformation du corps et notamment du visage. Le visage est un réel "passeport social", le reflet du genre désiré par le patient. Parallèlement, les canons de la mode se tournent vers la neutralisation du genre (*a new fashionable way of life*) et la demande de chirurgie faciale est au premier plan.

Transidentité

L'identité de genre correspond à l'expérience intime et personnelle de son genre vécue par chacun et chacune, indépen-

damment de ses caractéristiques biologiques. Les personnes transgenres sont des personnes dont le genre ne correspond pas à celui qui leur a été assigné à la naissance. Aujourd'hui, il n'est donc plus question de parler de "transsexuel" ou "d'identité sexuelle" mais bien "d'identité de genre" et de "personne transgenre", car la transidentité est une expérience indépendante de la morphologie et donc du sexe des personnes.

Ces personnes peuvent, à tout moment au cours de leur vie, décider de s'engager dans un parcours de transition. Les parcours des différents patients sont uniques et propres à chacun. Il existe 3 types de transition :

- la transition sociale qui consiste à modifier l'apparence physique ou utiliser un autre prénom/pronom pour les faire coïncider avec leur identité de genre ;
- la transition médicale pour ceux qui décident d'avoir recours aux traitements hormonaux ou aux interventions chirurgicales ;
- la transition juridique pour ceux qui décident de modifier leur prénom ou la mention de leur sexe à l'état civil.

Ce n'est que depuis 2010 que "les troubles précoces de l'identité de genre" ne font plus partie de la liste des affectations psychiatriques de longue durée. La transidentité ou dysphorie de genre a été reclassée dans la catégorie des affections de longue durée dites "hors liste" (ALD HL ou ALD 31), assurant ainsi la dépsychiatriation du parcours de soins des personnes transgenres tout en leur garantissant une prise en charge à 100 % de leur transition médicale par les organismes de Sécurité sociale.

Le protocole de soins établi par la Sécurité sociale est fondé sur les dispositions du protocole de la Haute Autorité de santé (HAS) de 1989, repris dans son rapport du mois de novembre 2009. Ce protocole impose notamment le suivi pendant au moins deux ans par une équipe spécialisée composée d'un psychiatre, d'un endocrinologue et si possible d'un chirurgien, et la rédaction d'un certificat co-signé justifiant la réalisation de ces actes.

Même dans le cadre d'un parcours protocolaire, plusieurs soins associés à la

1. Une dysphorie de genre persistante et bien documentée.
2. La capacité pour la personne concernée, après information complète, de prendre une décision et de consentir au traitement.
3. Avoir l'âge de la majorité légale.
4. Un bon contrôle des éventuels problèmes médicaux associés, somatiques ou psychiques.
5. En l'absence de contre-indication, être depuis 12 mois consécutifs sous hormonothérapie appropriée au sexe désiré, dans le but d'entraîner un blocage hormonal réversible des hormones du sexe d'origine.

Tableau 1 : Critères d'éligibilité pour la chirurgie de transformation génitale selon la *World Professional Association for Transgender Health (WPATH)*.

Congrès AIME

transition ne sont pas clairement pris en charge comme les chirurgies associées (abrasion de la pomme d'Adam, rhinoplastie, blépharoplastie...) et la rééducation orthophonique. Ce protocole est encore recommandé pour la chirurgie de transformation génitale, mais l'accès aux autres chirurgies de changement de genre tend à se faciliter aujourd'hui, ne nécessitant parfois qu'un suivi psychologique et un traitement hormonal d'un an. Toutes ces chirurgies nécessitant cependant un accord préalable de la Sécurité sociale par un expert, la diversité des interprétations retenues par les organismes de Sécurité sociale concernant le remboursement des frais médicaux pour les personnes transgenres est à l'origine d'une véritable cartographie médicale [1] (**tableau 1**).

Différences homme/femme au niveau de la face

Il existe des différences notables entre les hommes et les femmes. Tout d'abord, la peau est plus épaisse chez l'homme (+10 %). Le derme présente une épaisseur moyenne de 2,3 mm chez l'homme *versus* 1,8 mm chez la femme. Cette différence est induite par une densité de collagène plus forte chez l'homme, consécutive à l'imprégnation de testostérone [2]. Le pH est moins acide (4,5 pour l'homme et 5,3 pour la femme), influençant la fonction de barrière de l'épiderme et la flore cutanée [3], expliquant la fréquence plus élevée de folliculite de la barbe ainsi que de l'acné [4]. Les glandes sébacées sont plus nombreuses et larges. De même pour les glandes sudoripares entraînant une transpiration plus importante et odorante [5, 6].

La vascularité de la face est plus développée chez les hommes, en lien avec l'importance de la pilosité. De nombreuses études ont montré par Doppler que le flux vasculaire plus important chez les hommes serait dû au plus grand nombre de microvaisseaux. D'où le risque de rhinophyma [7].

Avec l'âge, la chute de la testostérone induit moins de séborrhée, un film hydrolipidique plus pauvre et donc une protection plus faible contre les agressions. Les hormones androgènes (la prégnénolone, la DHEA, la testostérone) et la mélatonine présentent une action sur la peau et les cheveux. Leur chute rapide avec l'âge entraîne un déclin de la peau. Par ailleurs, le poids en excès engendre, par l'aromatisation de la testostérone, une plus grande quantité d'œstrogène et donc une féminisation de la peau. Celle-ci sera plus fine et plus sèche. C'est aussi un des effets recherchés de l'hormonothérapie [8].

>>> Chez l'homme jeune [9] : le tiers supérieur du visage présente un front plat voire concave et rectangulaire. Il est massif. Il présente des bosses frontales importantes, des reliefs sinusiens et des arcades sourcilières marqués. Les tempes sont facilement creuses. Le sourcil est bas situé, sous le rebord orbitaire, horizontal sans être arqué comme chez la femme. Au tiers moyen, les pommettes sont plates, sans convexité. Le nez est plus puissant et les creux jugaux plus prononcés. Au tiers inférieur, le menton est puissant, carré et l'angle mandibulaire est particulièrement marqué.

>>> Chez l'homme plus âgé [10] : le front devient irrégulier, accentué par les rides, mais reste rectangulaire. La ligne des cheveux recule et les golfes s'accroissent. Les sourcils vont encore descendre et leur pilosité devient fournie et trop longue en général. Les tempes peuvent se creuser encore et faire saillir les veines péri-orbitaires. Le nez, lui, s'allonge par impression visuelle due à la résorption osseuse. Au tiers inférieur apparaît une lourdeur, un ovale un peu plus rond donnant un aspect de féminisation (**fig. 1**).

>>> Chez la femme jeune [11] : au tiers supérieur, le front est bombé, convexe sur le plan sagittal et également frontal. Il est tout rond. Le sourcil est au-dessus du rebord orbitaire et bien arqué. Les tempes, elles, sont bien remplies et harmonieuses. Au tiers moyen, les pommettes sont bombées et étirées. Le nez est plus fin et les creux jugaux sont peu marqués. Au tiers inférieur, le menton est rond dans son ensemble. C'est le socle du visage. Les lignes mandibulaires sont rectilignes et la mâchoire est fine. Le visage féminin tend vers une triangulation de l'ensemble de l'ovale qui est très recherché.

>>> Chez la femme plus âgée : le front se squelettise, avec un aspect de double S

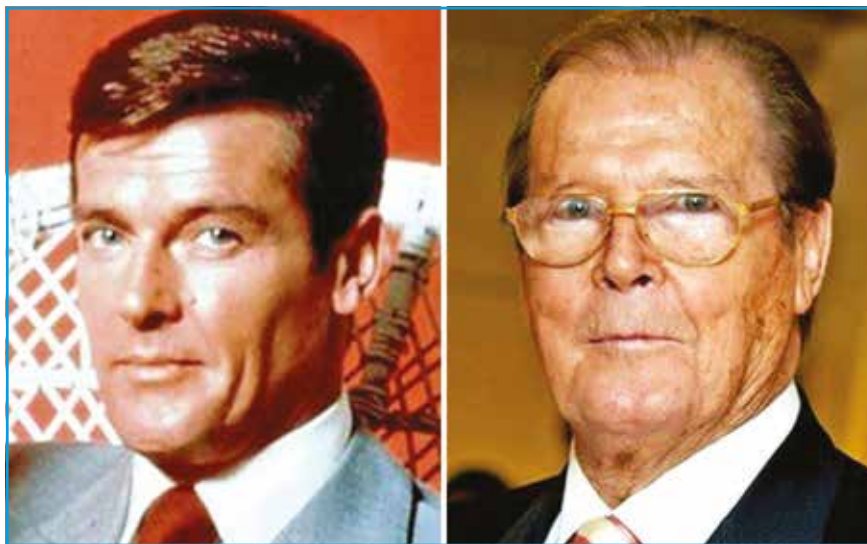


Fig. 1 : Évolution du visage avec l'âge chez Roger Moore.



Fig. 2 : Évolution du visage avec l'âge chez Annie Girardot.

(creux sur la partie centrale du front) corrigeable avec des fillers ou du lipo-filling pour redonner l'aspect rond de jeune femme. Les tempes se creusent. Les sourcils deviennent plus masculins en descendant sous le rebord orbitaire et en s'horizontalisant. La queue du sourcil tombe encore plus, donnant un regard triste. La vallée des larmes affaisse les lignes du nez et des pommettes. Le nez devient irrégulier par squelettisation. Les pommettes s'aplatissent. Enfin, les

bajoues, les angles mandibulaires qui deviennent plus lourds et le menton qui se creuse et part en galoche masculinisent le visage en rendant l'ovale un peu carré (fig. 2 et 3).

Il existe une féminisation du visage de l'homme avec l'âge et au contraire une masculinisation du visage chez la femme. Il paraît donc plus facile de féminiser un patient transgenre à un âge plus avancé. Cependant, la demande est

souvent couplée à un rajeunissement associé toutefois peu aisé.

■ Demandes

Les hommes cisgenres cherchent en général principalement à masculiniser leur visage. Parallèlement, les femmes cisgenres veulent féminiser leur, surtout avec l'âge. Les patientes qui présentent un visage rond ("à la coréenne") souhaitent triangulariser leur visage (notamment grâce à la toxine botulique sur les masséters) et rendre le menton plus pointu. Les femmes occidentales cherchent à combler la partie prétragienne, arrondir les pommettes, affiner les joues et gommer les bajoues. La demande des hommes, lorsqu'ils souhaitent masculiniser leur visage, se traduit plutôt par l'augmentation des angles mandibulaires, la recherche d'un menton plus puissant et des creux jugaux atténués sans féminiser le visage.

Mais il existe aussi une augmentation croissante de demande de neutralisation du visage. Ces patients recherchent souvent une originalité personnelle. C'est la "personnalisation du genre" qui est à la mode ces derniers temps. Les demandes ciblent notamment les lèvres, les pommettes et les sourcils chez l'homme sans féminiser. Les femmes souhaitent des angles mandibulaires plus marqués.

■ Féminisation du visage

La féminisation concerne les patientes transgenres mais également certaines femmes cisgenres souhaitant un embellissement de leur visage. Il y a 30 ans, la chirurgie faciale arrivait en fin de parcours dans la chirurgie du transgenre. Aujourd'hui, c'est la chirurgie "starter" car indispensable pour l'acceptation sociale.

Dans l'expérience du Dr Franchi, 90 % des patients ayant choisi cette chirurgie sont des patientes transgenres. Dans la

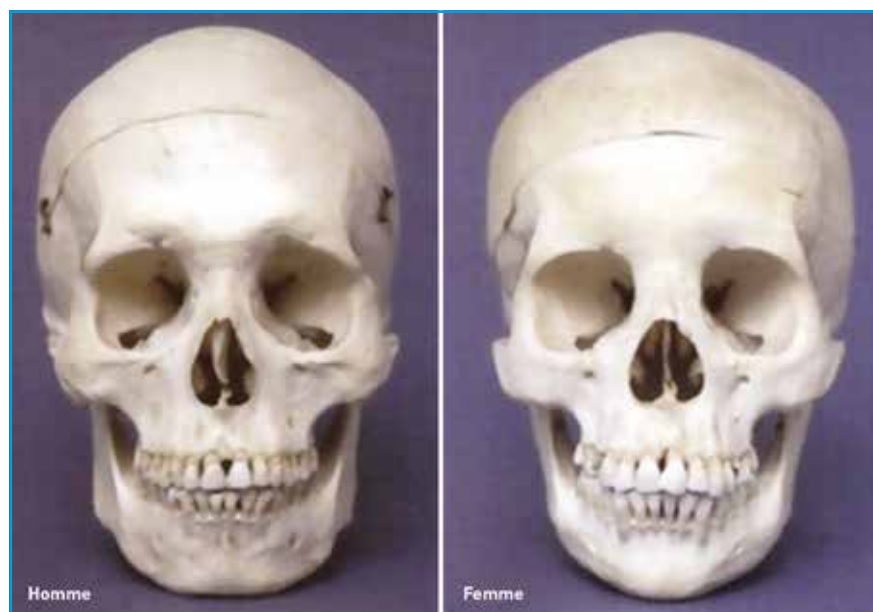


Fig. 3 : Différence des reliefs osseux entre l'homme et la femme.

Congrès AIME

totalité des cas, ces patientes souhaitent réaliser la chirurgie de féminisation du visage en premier avant la chirurgie de la poitrine, de la silhouette et génitale. Le visage est un passeport social : si les patients veulent être identifiés selon le genre qu'ils ont choisi, ils doivent débiter par la chirurgie du visage. Une étude récente de 2010 a d'ailleurs montré que la féminisation faciale améliorait significativement la qualité de vie chez les patientes transgenres [12].

En plus d'une analyse clinique, le bilan préopératoire est indispensable. Il est composé d'une téléradiographie de face et de profil pour l'étude céphalométrique, qui permet d'étudier la projection du menton et les angles mandibulaires, et d'une tomodensitométrie (TDM) avec reconstruction 3D permettant d'évaluer les critères de masculinité et féminité du squelette facial. La simulation 3D est également un outil utile pour informer des possibilités chez la patiente.

Le chirurgien a le devoir d'informer la patiente sur la mesure dans laquelle elle pourra être féminisée pour que ces attentes ne soient pas démesurées et irréalisables, au risque de la décevoir.

Traitement du haut du visage

Le traitement du haut du visage est la partie la plus féminisante, ayant l'effet le plus spectaculaire [13]. Les reliefs et les bosses du front chez l'homme sont notamment dus à une pneumatisation des sinus frontaux, mais aussi aux tissus mous qui sont particulièrement épais. Ces reliefs auraient été sélectionnés par l'évolution pour protéger la cornée des hommes "chasseurs".

Classiquement, il y a 3 méthodes pour améliorer le haut du visage :

- remplir les creux (acide hyaluronique, graisse...);
- reculer un volet osseux frontal fixé ensuite par du matériel d'ostéosynthèse en rentrant dans les sinus frontaux,

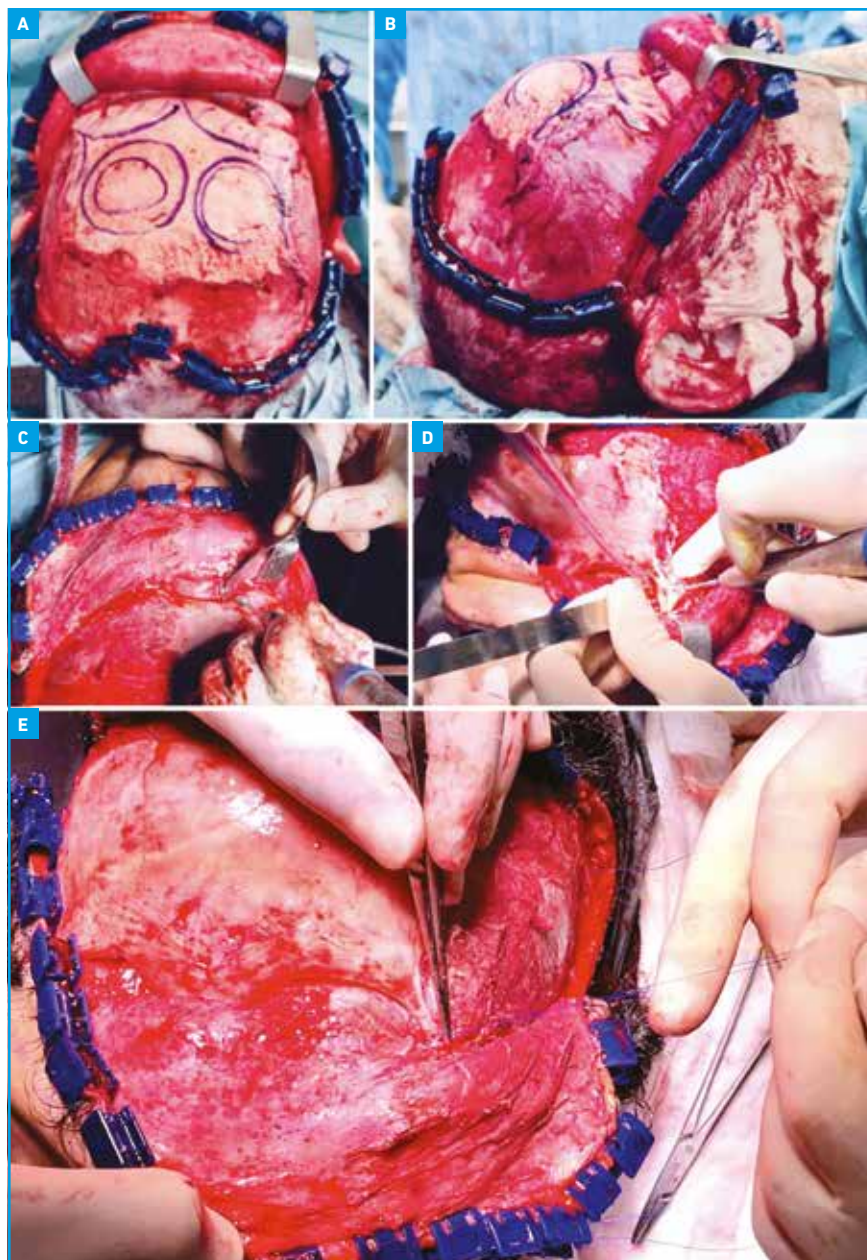


Fig. 4 : Remodelage du tiers supérieur par fraisage des reliefs osseux et canthopexie. **A et B :** reliefs osseux à remodeler (bosses frontales, reliefs sus-orbitaires et crêtes temporales). **C :** fraisage à la fraise boule. **D et E :** canthopexie latérale par des trous transosseux (photos du Dr Eyraud, CHU Henri Mondor, Créteil).

entraînant un risque de complications importantes infectieuses ou de mucocèle. C'est la chirurgie la plus classique et communément pratiquée encore aujourd'hui ;

- pratiquer un lifting du haut du visage avec remodelage osseux : technique de meulage des reliefs osseux sans ostéotomie.

Le lifting du haut du visage avec remodelage osseux sans ostéotomie est une technique moins traumatique et plus sûre que la chirurgie radicale, car facilement reproductible.

>>> 1^{re} étape : on réalise un abaissement du masque facial par une voie bicoronale

(classique de la chirurgie craniofaciale) assez postérieure dans la région temporelle pour la camoufler, décrite pour la première fois par Paul Tessier en 1986. Les incisions temporales se rejoignent le long de la ligne des cheveux lorsque l'on souhaite l'avancer également. Le décollement se fait sous-périosté dans la partie centrale et au contact du fascia temporal profond dans la région temporelle pour épargner la branche frontale du nerf facial. Les insertions antérieures du muscle temporal peuvent être libérées pour dégager la région supéro-latérale de l'orbite et ses reliefs (*fig. 4A et B*).

>>> 2^e étape : il s'agit de réduire les reliefs osseux, qui sont composés des parois antérieures des sinus frontaux, les rebords orbitaires supérieurs et supéro-latéraux, les crêtes temporales et les bosses frontales hautes. La technique consiste à meuler avec une fraise jusqu'à apercevoir par transparence la muqueuse du sinus frontal sans la franchir. Il existe alors une très fine lamelle osseuse qui est malléable. On va venir l'affaisser à l'aide d'un instrument, une rugine par exemple, sans jamais rentrer dans le sinus. On peut faire l'analogie avec une coquille d'œuf que l'on va écraser sans rompre (*fig. 4C*).

>>> 3^e étape : il ne faut pas oublier que les reliefs frontaux chez l'homme sont également dus à des tissus mous particulièrement épais, notamment les muscles *procerus* et *corrugator*, la galéa et le muscle *frontalis*. Ces muscles peuvent être retirés partiellement en bande pour diminuer l'épaisseur.

>>> 4^e étape accessoire : la canthopexie latérale, qui permet d'obtenir des yeux de biche, est à discuter au cas par cas. Elle peut être réalisée par la même voie d'abord, permettant de la fixer par des points transosseux. De la même façon, on peut lifter le sourcil de manière à le rendre plus féminin (*fig. 4D et E*).

>>> 5^e étape : faut-il modifier la hauteur du front ? La réponse est oui dans



Fig. 5 : Avancée de la ligne des cheveux associée au remodelage osseux du tiers supérieur. Un lipofilling des pommettes et un *lip lift* pour découvrir la lèvre rouge ont également été réalisés (photos du Dr Eyraud, CHU Henri Mondor, Créteil).

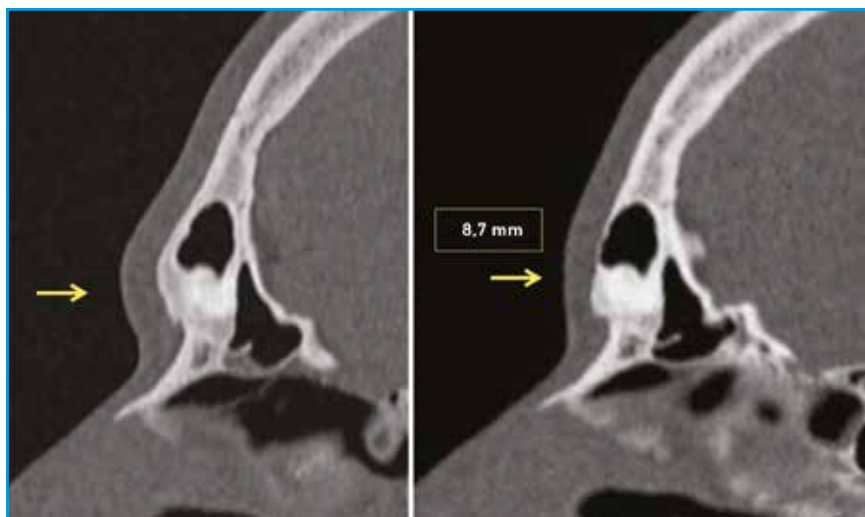


Fig. 6 : Coupes scannographiques sagittales des reliefs frontaux pré- et postopératoires. Recul moyen de 8,7 mm du mur antérieur du sinus frontal chez la même patiente ayant bénéficié d'un remodelage frontal par la technique précédemment décrite, sans effraction du sinus (images du Dr Franchi).

la plupart des cas, cette modification doit être proposée à la patiente. La hauteur du front est mesurée de la tête du sourcil à la ligne frontale antérieure, elle se situe à environ 60-65 mm. On peut retirer jusqu'à 40 mm de peau mais, attention, le front s'étire en même temps que la ligne de cheveux avance. L'avancement final n'est jamais aussi important. Des lambeaux temporaux de rotation permettent de corriger les

golfes. Des sutures trichophytiques sont réalisées et permettent d'enfouir les bulbes pileux dans la cicatrice afin de la camoufler après la repousse des cheveux (*fig. 5*).

Le Dr Franchi a réalisé une étude personnelle sur scanner pré- et postopératoire : le recul moyen de la paroi antérieure du sinus frontal était de 8,7 mm sans ouvrir les sinus (*fig. 6*).

Congrès AIME

POINTS FORTS

- On ne doit plus parler de patient transsexuel mais de patient transgenre, car le genre est indépendant du sexe. De même, la dysphorie de genre n'est plus considérée comme une maladie psychiatrique.
- La chirurgie de féminisation du visage améliore significativement la qualité de vie des patientes transgenres : le visage est un passeport social.
- L'analyse clinico-radiologique préopératoire est indispensable afin d'anticiper et d'informer la patiente sur les résultats prévisibles pour ne pas la décevoir.
- Avant toute chirurgie, la patiente doit passer une évaluation psychologique et débiter un traitement hormonal. Toute intervention nécessite une entente préalable par la Sécurité sociale en mentionnant l'ALD 31.
- La féminisation faciale apporte aussi rajeunissement et beauté chez les femmes cisgenres.

Autres chirurgies

Concernant le tiers moyen, une rhinoplastie permet de réduire le nez parfois massif, de projeter et redéfinir la pointe ainsi que d'ouvrir l'angle nasolabial. Les patientes transgenres souhaitent en général une pointe plus fine, un angle *supra tip* plus marqué [14]. Les pommettes peuvent être augmentées, généralement à l'aide soit d'un implant malaire sous-périosté en polyéthylène poreux ou en silicone introduit par voie endobuccale, soit par lipofilling. Certains proposent également un lifting malaire. Les ostéotomies transverses du maxillaire supérieur avec greffe d'interposition osseuse (Lefort I) jouant sur la hauteur du visage permettent d'allonger le tiers inférieur, de féminiser mais aussi d'embellir.

Les angles mandibulaires abordés par voie endobuccale peuvent être modelés à la fraise ou nécessitent parfois de réelles ostéotomies qui peuvent être difficiles. Les femmes transgenres recherchent un angle plus obtus, trouvant cela plus féminin. La féminisation du menton nécessite souvent une génioplastie d'avancement

par ostéotomie et fraisage afin d'adoucir ses bords carrés et de le projeter un peu plus. Parfois, un lipofilling du menton peut suffire et est un bon compromis.

Au niveau des lèvres, on cherchera à augmenter leur projection, mieux définir l'arc de cupidon. Parfois, la lèvre blanche supérieure doit être raccourcie pour donner une plus grande visibilité de la lèvre rouge sans augmenter en excès le volume (*lip lift*) [15]. Bien sûr, une chondrolaryngoplastie par voie sous-mentale dissimulée et non par voie directe permet de diminuer la pomme d'Adam.

Au-delà de la chirurgie, l'épilation définitive est envisagée par ces patientes mais n'est pas toujours aisée.

Témoignage d'une patiente transgenre

Mme C., patiente transgenre de 55 ans ayant bénéficié de la prise en charge de féminisation, était présente au congrès AIME pour nous faire part de son point de vue :

“Pour commencer, le mot transsexuel est un mot qui ne passe pas chez les patientes transgenres et il y a encore beaucoup de communication à faire, notamment auprès du personnel médical. Lorsque j'étais jeune, on me présentait comme une malade mentale, une perverse sexuelle, quelqu'un qui se prostitue. On me demande encore chez le médecin si je suis séropositive. C'est encore la réalité d'aujourd'hui. C'est très humiliant. On ne m'a jamais autorisé à faire un don du sang.

La chirurgie esthétique en France n'est jamais très bien vue car considérée comme un caprice de personne narcissique. Mais pour nous (patientes transgenres), la chirurgie esthétique sauve des vies. Quand, toute petite, vous vous regardez dans le miroir et vous vous détestez, beaucoup de jeunes se suicident avant l'âge de 25 ans. De même, dans la rue, lorsque vous ne faites pas féminin, vous risquez votre vie, de vous faire agresser en permanence.

J'ai fait cette chirurgie pour vivre, pour ne pas me faire agresser quand je vais aux toilettes. Cette chirurgie permet de passer inaperçue. C'est la notion de 'passing' dont les patients transgenres parlent lorsqu'ils peuvent passer inaperçus. Grâce à la chirurgie de féminisation, j'ai pu avoir une vie 'simple'.

On ne change pas vraiment de sexe, on veut juste corriger quelque chose qui ne nous convient pas. Certaines personnes ne veulent d'ailleurs pas se reconnaître dans la binarité.”

BIBLIOGRAPHIE

1. Défenseur des droits, promotion de l'égalité et l'accès aux droits. Décision-cadre 2020-136 du 18 juin 2020 relative au respect de l'identité de genre des personnes transgenres.
2. SANDBY-MØLLER J, POULSEN T, WULF HC. Epidermal thickness at different body sites: relationship to age, gender, pig-

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

31