

CHIRURGIE DE TRANSFORMATION GÉNITALE HOMME VERS FEMME OU AÏDOÏOPOÏÈSE OU VAGINOPLASTIE

« 1^{ère} version » janvier 2022

Information délivrée le :

Cachet du Médecin :

Au bénéfice de :

Nom :

Prénom :

Cette fiche d'information a été conçue **sous l'égide de la Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique (SOF.CPRE)** comme un complément à votre première consultation, pour tenter de répondre à toutes les questions que vous pouvez vous poser si vous envisagez d'avoir recours à **une chirurgie de transformation génitale homme vers femme**.

Le but de ce document est de vous apporter tous les éléments d'information nécessaires et indispensables pour vous permettre de prendre votre décision en parfaite connaissance de cause. Aussi vous est-il conseillé de le lire avec la plus grande attention.

● DEFINITION

Aussi appelée « vaginoplastie », l'« **aïdoïopoïèse** » (du grec *aïdoios*, vulve, et *poïesis*, construire) est l'intervention qui, chez des patientes transidentitaires, dans le cadre d'une dysphorie (ou incongruence) de genre, consiste à transformer les organes génitaux masculins en leur donnant la forme et l'apparence extérieure d'organes génitaux féminins.

● INDICATIONS

Depuis la loi 2016-1547 du 18 novembre 2016 et de son décret d'application 2017-450 du 29 mars 2017 aucun prérequis médical ni chirurgical n'est requis en France pour changer de prénom et de mention du sexe à l'état civil. Il n'est plus nécessaire de subir la moindre intervention chirurgicale ni le moindre traitement hormonal pour changer d'état civil et vivre officiellement dans le genre souhaité.

La chirurgie de transformation génitale est donc **facultative**, et ne peut être envisagée que pour des **personnes fortement demandeuses**. En raison de son **caractère définitif et irréversible**, de sa difficulté et de ses risques, cette chirurgie ne peut être pratiquée que par des équipes spécialisées et expérimentées. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie exige de ces équipes une **période d'évaluation minimum de 2 ans** avant d'accorder une prise en charge financière complète de la chirurgie.

● OBJECTIFS

Le but est de créer un organe génital féminin (vagin, petites et grandes lèvres, clitoris, méat urinaire), à partir d'un organe génital masculin (pénis et scrotum).

Cette chirurgie consiste à :

1. **Enlever** les deux testicules et le squelette de la verge (corps caverneux).
2. **Créer une vulve** aussi proche que possible de la normale, avec :
 - une **cavité vaginale** dont les dimensions permettent des rapports sexuels,
 - un **néo clitoris** vascularisé avec une sensibilité érogène
 - un **méat urétral**,
 - des **grandes** et des **petites lèvres**.

Pour éviter le risque majeur d'incontinence urinaire permanente et définitive, **la prostate** est toujours conservée.

● PRINCIPES

Deux principes fondamentaux doivent être connus : la nécessité de recouvrir le vagin de peau, et la rétraction cicatricielle inévitable.

1. **Pour éviter sa cicatrisation rapide et donc sa disparition**, la cavité vaginale qui est créée chirurgicalement doit être **tapissée par de la peau ou par de la muqueuse**.
 - Actuellement, toutes les techniques utilisent de façon routinière **la peau du pénis conservée et inversée**, avec ou sans greffe cutanée associée. C'est cette technique qui fait l'objet de la présente fiche d'information.
 - Ce n'est qu'exceptionnellement, en cas d'échec irrattrapable, ou de conditions initiales très particulières (micropénis) que peut se discuter la vaginoplastie par de la muqueuse digestive (« sigmoïdoplastie »), qui est beaucoup plus lourde (elle nécessite d'ouvrir la cavité abdominale et de prélever un segment de tube digestif), et qui comporte des risques supplémentaires (notamment en termes d'écoulements permanents).
2. **La rétraction cicatricielle**. Après n'importe quelle

intervention chirurgicale, le processus de cicatrisation cutanée naturelle s'accompagne toujours d'un phénomène de rétraction pendant 3 ou 4 mois. Cela est valable aussi pour la peau du nouveau vagin, qui va tendre spontanément immédiatement et pendant plusieurs mois à se rétracter et à réduire considérablement les dimensions obtenues initialement. Pour éviter cela, il existe deux procédés, qui peuvent s'utiliser soit isolément soit en association : les conformateurs souples et les dilateurs rigides. Chacun a ses avantages et ses inconvénients, et votre chirurgien vous expliquera ses propres préférences en la matière. Dans tous les cas, il s'agit d'une contrainte importante mais absolument indispensable, qui doit être entreprise immédiatement, dès le premier changement de pansement. **Ainsi, après l'intervention, il tiendra à vous de conserver ou de perdre les dimensions de la cavité créée par votre chirurgien. Attention, le processus de rétraction est très rapide, et une cavité vaginale peut disparaître complètement en quelques jours si elle n'est pas entretenue correctement.**

- **Un conformateur souple** n'a pas pour but de dilater le vagin mais d'en conserver les dimensions obtenues lors de l'intervention. Par son volume, il s'oppose à la rétraction naturelle qui accompagne les phénomènes de cicatrisation pendant les 2 ou 3 premiers mois qui suivent l'intervention. Il doit donc être porté jour et nuit pendant cette période. Vous pouvez le réaliser très simplement vous-même avec des compresses roulées de façon très serrée, et entourées par un préservatif noué et lubrifié par de la vaseline. Ce conformateur doit être introduit jusqu'au fond du vagin et maintenu en permanence dans cette position par une ou deux culottes larges et serrées. Il doit être changé aussi souvent que c'est nécessaire dans la journée. Ayant l'avantage d'être atraumatique et discret, il a pour inconvénient de devoir être porté jour et nuit.
- **Un dilateur rigide**, est une bougie réalisée en métal ou en plastique, dont il existe plusieurs calibres, qui permettent soit d'entretenir la cavité, soit de l'augmenter progressivement selon des protocoles précis. Ayant l'avantage d'être intermittents, ces conformateurs ont pour inconvénient de pouvoir

être très dangereux lorsqu'ils sont mal utilisés (risque de perforation recto-vaginale). Votre chirurgien vous en expliquera la nature, les dimensions, le moment et la façon de s'en servir si c'est nécessaire.

● AVANT L'INTERVENTION

- Une **consultation d'anesthésie** est nécessaire dans le mois qui précède l'intervention.
- La vaccination antitétanique doit être vérifiée, et complétée si nécessaire par le médecin traitant.
- L'aspirine, les anti-inflammatoires et/ou les médicaments qui en contiennent sont formellement interdits pendant les 10 jours qui précèdent et qui suivent l'intervention, afin de réduire le risque hémorragique et le risque de gangrène.
- **Le traitement hormonal par œstrogènes** doit en général, sauf conditions particulières, être arrêté avant l'intervention, afin de réduire le risque thrombo-embolique. Il sera repris après retour à domicile, une fois la marche reprise normalement. Prévoir un rendez-vous de consultation avec l'endocrinologue 2 ou 3 mois après l'intervention.
- Un éventuel traitement par anti androgènes (Acétate de cyprotérone, Androcur®) doit être poursuivi jusqu'à l'intervention. Il sera arrêté après la chirurgie.
- Pour lutter contre le risque de phlébite, des **chaussettes de contention élastique** en coton (classe 2) doivent être achetées pour l'intervention.
- Pour éviter la présence de matières fécales dans le champ opératoire puis dans le pansement, il est fortement recommandé d'entreprendre un **régime alimentaire sans résidus** 3 ou 4 jours avant votre hospitalisation (pas de fruits, pas de jus de fruits, pas de légumes, pas de pommes de terre, pas de potages, pas de pain, pas de fromages frais ni fermentés). Ce régime sera poursuivi jusqu'à l'ablation de la sonde urinaire. Dans le même but, un lavement de préparation colique pourra vous être prescrit la veille de l'intervention.
- Selon les indications de votre chirurgien, il faut prévoir enfin d'apporter avec vous un **stock d'une dizaine de culottes larges et serrées** pour maintenir les conformateurs dans le vagin après le premier pansement, et/ou un ou plusieurs **dilateurs rigides**.

LA QUESTION DU TABAC

Les données scientifiques sont, à l'heure actuelle, unanimes quant aux effets néfastes de la consommation tabagique dans les semaines entourant une intervention chirurgicale. Ces effets sont multiples et peuvent entraîner des **nécroses étendues de la peau du néo vagin**, et des **complications cicatricielles majeures**. Le tabac peut aussi être responsable de complications respiratoires ou cardiaques durant l'anesthésie. Dans cette optique, la communauté des chirurgiens plasticiens s'accorde sur une demande d'arrêt complet du tabac au moins un mois avant l'intervention puis jusqu'à cicatrisation. La cigarette électronique et les patches à la nicotine comportent les mêmes risques. Si vous fumez, parlez-en à votre chirurgien et à votre anesthésiste. Une prescription de substitut nicotinique pourra ainsi vous être proposée. Vous pouvez également obtenir de l'aide auprès de Tabac-Info-Service (3989) pour vous orienter vers un sevrage tabagique ou être aidé par un tabacologue. Le jour de l'intervention, au moindre doute, un test nicotinique urinaire pourra être pratiqué et, en cas de positivité, l'intervention annulée.

● L'INTERVENTION

L'intervention chirurgicale a pour buts : l'ablation des deux testicules, l'ablation de la verge, la création d'une cavité vaginale située entre les voies urinaires et les voies digestives (rectum et anus), d'un clitoris vivant et sensible, de petites et de grandes lèvres. Le vagin est tapissé par la peau de la verge, avec ou sans greffe cutanée complémentaire, qui sera prélevée au niveau du scrotum ou du pli inguinal.

L'intervention, qui est réalisée **sous anesthésie générale**, dure de **2 à 4 heures**, selon l'intensité des saignements et la nécessité ou non d'une greffe de peau.

Elle est réalisée par une incision médiane du périnée, en avant de l'anus, qui permet schématiquement :

- d'exposer les corps caverneux et de les réséquer après les avoir séparés du corps spongieux de l'urètre.
- de créer un néo-clitoris avec un fragment dorsal du gland, ses vaisseaux et ses nerfs.
- de réséquer les testicules, qui sont systématiquement envoyés au laboratoire d'analyse.
- de créer une cavité vaginale entre le rectum en arrière, la vessie en avant, et le péritoine en haut. Ces contraintes anatomiques imposent les dimensions de la cavité, qui mesure généralement 30 mm de diamètre, et entre 10 et 16 cm de long selon les cas.
- de retourner sur elle-même la peau de la verge à la façon d'un doigt de gant pour tapisser cette cavité vaginale. Une greffe de peau prélevée sur le scrotum ou dans la région inguinale peut y être associée, s'il apparaît au cours de l'intervention que le vagin est trop court.
- d'extérioriser le clitoris et l'urètre puis de les suturer en bonne position.
- de créer les petites et les grandes lèvres et de les suturer.
- de remplir le vagin par un conformateur souple destiné à maintenir en place la peau qui le recouvre.

Les sutures finales visibles se situent le long des grandes lèvres et autour du clitoris et du méat urinaire. Si elles sont réalisées avec des fils résorbables, qui disparaîtront en une quinzaine de jours à la douche quotidienne. Comme pour tout le reste du corps, la cicatrisation évoluera de façon imprévisible pendant plusieurs mois avant des laisser des cicatrices indélébiles plus ou moins discrètes.

Pendant l'intervention, les principaux risques sont :

- Une plaie du rectum. Rare (1 cas sur 100 environ). Si elle survient, elle doit être immédiatement réparée par suture et peut perturber la création de la cavité vaginale en limitant ses dimensions.
- Une plaie de l'urètre, encore plus rare. Si elle survient, elle doit être immédiatement réparée par suture et n'entraîne en pratique aucune conséquence.
- Une compression jambière localisée exagérément prolongée, avec un risque de nécrose musculaire ischémique (syndrome de loge) et/ou un risque de paralysie du nerf sciatique poplitée externe (sensibilité du dos du pied, muscles releveurs externes du pied). Pour

prévenir ce risque exceptionnel, des jambières spéciales sont installées sur la table d'opération ; elles protègent la jambe avec des coussins de gel de silicone.

● APRES L'INTERVENTION : LES SUITES OPERATOIRES

Vous sortez du bloc opératoire avec un **pansement compressif**, qui est une sorte de grosse culotte collée sur la peau de votre tronc. Sauf si l'intensité des saignements l'exige, ce pansement doit être conservé plusieurs jours. **Une sonde** en sort, qui permet d'évacuer automatiquement vos urines dans une poche. Pour éviter de souiller votre pansement et les sutures par des matières fécales, vous recevez un **régime sans résidus**.

La douleur est systématiquement et régulièrement évaluée et prise en charge par des prescriptions appropriées. Contrairement à ce qu'on pense généralement, il ne s'agit pas d'une intervention très douloureuse, et la douleur est habituellement bien contrôlable. Il existe néanmoins un réel inconfort lié à la sonde urinaire, au pansement compressif et à la position couchée permanente.

Phase 1 : dans le but de favoriser la cicatrisation du néo-vagin, on observera une période d'alitement (lever interdit), dont la durée varie selon les cas (de 2 à 6 jours) et qui sera suivi d'un lever progressif.

Cette période d'alitement doit être la plus courte possible pour concilier deux impératifs contradictoires :

- Il faut d'une part que la peau qui tapisse la cavité vaginale cicatrise suffisamment solidement pour ne pas ressortir du vagin. Pour cela, on compte sur le conformateur souple mis en place pendant l'intervention, sur le pansement compressif qui est collé à votre peau, et sur l'interdiction de station debout pendant les premiers jours. Dans le même but, les efforts de poussée abdominale sont à éviter au maximum, d'où la prescription de régime sans résidus (et l'arrêt du tabac).
- D'autre part, l'alitement prolongé implique un risque de phlébite, elle-même source d'embolie pulmonaire. Pour prévenir ce risque, vous devez porter en permanence des chaussettes de contention élastique, et vous recevez des injections sous-cutanées quotidiennes d'anticoagulant pendant toute la période d'alitement post-opératoire. Dans le même but, il est recommandé de boire au moins 2 litres d'eau par jour.
- Le pansement qui maintient le vagin en place est retiré entre le 3^{ème} et le 6^{ème} jours, date à laquelle est autorisée un régime alimentaire normal. A partir de ce moment, le port d'un conformateur vaginal souple est préconisé, qui peut être réalisé avec des compresses roulées de façon très serrée, et entourées par un préservatif lubrifié par de la pommade de vaseline. Ce conformateur doit être changé environ 2 fois par jour, et après être allée à la selle en cas de souillure. Il a pour but de s'opposer à la rétraction naturelle qui accompagne les phénomènes de cicatrisation pendant les 2 ou 3 premiers mois qui suivent l'intervention. Il doit donc si possible être porté jour et nuit, ce qui n'est pas toujours réalisable. Un certain apprentissage est nécessaire pendant les premiers jours pour mettre correctement ce conformateur en place

dans le vagin. *Attention : ce petit conformateur souple n'a évidemment aucune ambition de dilater le vagin ou d'en augmenter les dimensions.*

Phase 2 : Lorsque le lever est autorisé et que le premier pansement a été refait, vous devez apprendre à laver quotidiennement votre vagin et à changer vous-même vos conformateurs souples et/ou à dilater régulièrement votre vagin.

- La toilette du vagin se fait simplement sous la douche à l'eau du robinet, avec vos doigts et votre savon habituel. Le jet de la douche suffit à rincer. Pour éviter les macérations de la peau et les mauvaises odeurs, il faut veiller à bien nettoyer la totalité de la cavité vaginale jusqu'au fond. Les antiseptiques sont totalement inutiles.
- **Le conformateur souple ou le dilateur rigide ont chacun leur mode d'emploi (voir plus haut).** L'équipe soignante guidera votre apprentissage pour la toilette vaginale, la réalisation des conformateurs souples et/ou l'utilisation correcte des dilateurs rigides.

La sonde urinaire est retirée pendant cette phase (vers le 4^{ème}- 6^{ème} jour), et vous pouvez alors uriner normalement. Il est toutefois extrêmement fréquent que le jet soit dispersé et difficile à diriger. Cela rentrera spontanément dans l'ordre en quelques semaines. Il peut enfin arriver que vous n'arriviez pas à uriner après l'ablation de la sonde. Dans ce cas une autre sonde urinaire sera remise en place pendant 2 à 3 semaines, ce qui n'empêchera pas votre retour à domicile.

Le régime alimentaire normal est également repris au cours de cette phase.

Phase 3 : Après la sortie de l'hôpital

La durée de l'hospitalisation est d'environ 7 à 10 jours.

Les soins locaux quotidiens après retour au domicile sont très simples et doivent être réalisés par la patiente seule. Ils sont les mêmes qu'à l'hôpital : douche à l'eau du robinet et au savon, conformateur vaginal souple et protection du slip. Aucun antiseptique n'est nécessaire. Les fils, résorbables, sont progressivement éliminés au cours des douches.

Les dilatations sont **fondamentales, impératives**, responsables à 80% de la réussite de la chirurgie de la cavité vaginale. Seule la patiente peut les réaliser. **En leur absence, la sténose voire la disparition totale du vagin seraient à redouter.** Les dilatations sont généralement débutées après la sortie de l'hôpital, lors de la première consultation postopératoire, entre les 7^{ème} et 15^{ème} jours post-opératoires en fonction des œdèmes et de l'état des cicatrices. En l'absence d'œdème, les dilatations seront dans certains cas débutées en hospitalisation. **Pensez donc à toujours vous munir de vos dilateurs dès que vous venez à l'hôpital** (hospitalisation, consultations postopératoires à court et long terme). **La première dilatation** doit toujours être effectuée avec une personne soignante formée (médecin ou infirmière). **Il est interdit de débiter vos dilatations seule**, le risque étant de perforer un organe voisin (rectum) lors de la dilatation, procédure qui doit vous être enseignée. Le rythme préconisé des dilatations dépend de chaque chirurgien et est également adapté à chaque patiente. Les dilateurs de diamètres croissants sont progressivement utilisés jusqu'à introduction possible dans le neovagin,

sous contrôle visuel grâce au miroir, du plus gros diamètre commandé (30mm de diamètre en général). **Il ne faut pas utiliser d'autres dispositifs que ceux prescrits par votre chirurgien pour vous dilater.** Une fois cette taille maximale atteinte, un exemple de programme de dilatation proposé peut être de : une heure 3 fois par jour pendant un mois, 2 fois par jour une heure le mois suivant, 2 fois par jour 30 min le mois suivant, etc jusqu'à dilatations à une fréquence de une fois par jour puis une fois par semaine, progressivement dégressives pendant la première voire la deuxième année postopératoires. En cas de sténose ou de rétrécissement, le rythme des dilatations est à nouveau intensifié jusqu'à réobtention d'une longueur/largeur vaginales satisfaisantes.

La durée de la cicatrisation est très variable, d'un à plusieurs mois selon l'absence ou l'existence de nécroses cutanées. Pendant cette période, **il est très important d'être régulièrement revu en consultation**, pour dépister précocement et prendre en charge de façon optimale les éventuelles complications.

● COMPLICATIONS

Il est rare que cette intervention ne présente pas des complications plus ou moins importantes dans ses suites. L'essentiel est de savoir les reconnaître et de savoir les prendre en charge, d'où l'importance de vous confier à une équipe expérimentée.

En dehors des rares complications possibles lors de l'intervention, déjà vues, les principales complications à connaître sont les suivantes.

- **Hémorragies** : les saignements sont très fréquents au cours de la phase 1 et peuvent être abondants et impressionnants. Ils proviennent en règle du corps spongieux de l'urètre, autour de la sonde urinaire. Ils peuvent traverser le pansement compressif, qui doit alors être refait aussi souvent que nécessaire. Si l'intensité du saignement l'exige, des **transfusions sanguines** pourront être prescrites. Ces saignements disparaissent spontanément généralement au cours des 5 premiers jours.
- **Hématomes** : Il s'agit de saignements sous la peau, non extériorisés. Rares, ils surviennent aussi au cours de la phase 1 et peuvent, parfois, nécessiter une reprise chirurgicale sous anesthésie générale au bloc opératoire.
- **Les œdèmes** sont très fréquents et peuvent déformer l'aspect de la vulve qui apparaît alors gonflée. Ces œdèmes ne sont pas graves et disparaissent entre 3 semaines et 3 mois selon les cas.
- **Des douleurs** notamment pendant la mise en place du conformateur ou les dilatations sont fréquentes et diminueront après quelques semaines
- **Désunions cutanées** : relativement fréquentes, elles apparaissent au cours des phases 2 et 3. Elles se manifestent par un lâchage des sutures cutanées et une ouverture plus ou moins grande de la plaie. Bien que parfois impressionnantes, ces désunions ne sont pas ou peu douloureuses, et cicatriseront spontanément avec de l'eau, du savon et des compresses sèches ou grasses. En raison du risque majeur d'abcès et de récurrence, il ne faut pas essayer de les resuturer.

- **Nécroses** : assez fréquentes, elles peuvent concerner le revêtement cutané de la cavité vaginale ou la muqueuse de l'urètre et des petites lèvres, de façon plus ou moins étendue. Elles apparaissent au cours de la phase 2, se poursuivent au cours de la phase 3. Elles se traduisent par une peau qui devient progressivement noire et cartonnée, puis s'élimine avant de bourgeonner et de cicatriser, le tout spontanément, avec des soins simples à l'eau et au savon. Pendant toute la durée de la cicatrisation, qui peut parfois prendre plusieurs mois si toute la peau vaginale s'est nécrosée, le point essentiel est de maintenir constamment le volume de la cavité vaginale grâce au conformateur souple et/ou au dilateur. Sans cette discipline astreignante, la cavité vaginale se rétrécira plus ou moins, voire disparaîtra complètement. Pendant toute la durée de cette cicatrisation, il est donc très important de revoir régulièrement votre chirurgien en consultation.
- **Infections** : il faut distinguer d'une part la colonisation bactérienne des éventuelles désunions et nécroses cutanées, qui est un phénomène normal et constant, et qui ne nécessite aucun traitement en dehors des soins locaux (eau, savon, compresses), et d'autre part les abcès véritables, qui sont rares, douloureux, et qui nécessitent une évacuation chirurgicale du pus sous cutané et un drainage. Ils peuvent apparaître en phases 2 et 3.
- **Botriomycomes** : Non rares, ils peuvent apparaître au cours de la phase 3. Il s'agit de petites proliférations vasculaires bénignes qui apparaissent sur les zones cicatricielles et sont responsables de saignements et d'absence de cicatrisation. Parfaitement indolores, ils nécessitent d'être enlevés avec ciseaux en consultation, en mettant un pansement gras à la cortisone pendant quelques jours pour éviter la récurrence.
- Autres complications :
 - **Hypersensibilité du clitoris.** La sensibilité du clitoris peut être très développée et parfois ressentie de façon désagréable. Cette hypersensibilité est transitoire et s'améliore spontanément avec le temps, dans un délai de quelques mois. Une « auto-rééducation sensitive » peut accélérer cette amélioration. Elle consiste à vous toucher la région du clitoris le plus souvent possible, plusieurs fois par jour (en particulier pendant la douche) pendant quelques semaines. La répétition de ce geste atténue progressivement son caractère désagréable et entraîne votre cerveau à ne plus confondre la sensation de nouveauté de la position du clitoris avec une douleur.
 - **Sténose urinaire.** Malgré les précautions qui sont prises lors de l'intervention pour tenter de l'éviter, il existe un risque de rétrécissement progressif du méat (orifice) urinaire avec la cicatrisation. Lorsqu'il est très serré, ce qui est rare, ce rétrécissement peut faire l'objet d'une retouche chirurgicale.
 - **Sténose vaginale.** Aggravé par une éventuelle nécrose cutanée plus ou moins étendue, le rétrécissement des dimensions du vagin est **toujours lié à l'absence, à l'intermittence ou à la mauvaise utilisation du conformateur vaginal souple et/ou des dilateurs.** Selon son importance, le rétrécissement doit être combattu par des dilatations rigides, associé ou non au port de conformateurs souples. Les cas graves peuvent nécessiter une intervention chirurgicale

secondaire, pour reprendre la création d'une cavité vaginale et la recouvrir soit par une greffe de peau, soit par une anse sigmoïdienne. Dans les ceux cas, il s'agit d'une intervention plus lourde et plus risquée que l'aïdoïopoièse initiale.

- **Fistule recto-vaginale** : créée par une plaie de la cloison séparant le vagin et le rectum, elle est toujours liée l'introduction inappropriée d'objets rigides dans le vagin et/ou à une mauvaise utilisation des dilateurs. Cette complication, heureusement rare, est grave car sa réparation nécessite une colostomie transitoire (« anus artificiel ») et plusieurs interventions chirurgicales.
- **Des retouches chirurgicales** sont parfois indiquées, motivés par des insatisfactions de nature esthétique concernant le volume, la forme et/ou la symétrie. Il s'agit en général de gestes mineurs, qui ne doivent pas être réalisés moins de 6 mois après l'intervention.

Les évènements qui doivent vous amener à contacter ou à consulter le service de chirurgie plastique, le service d'urgences ou votre médecin généraliste sont :

- une aggravation de la douleur non soulagée par les traitements,
- des écoulements importants par la cicatrice,
- une fièvre,
- des difficultés à uriner pouvant faire craindre un blocage urinaire (rétention),
- des saignements abondants incoercibles

● FINALEMENT

Les rapports sexuels ne peuvent être envisagés qu'à quatre conditions impératives :

- Vous devez **en avoir vraiment envie** vous-même, ce qui peut prendre un temps variable. Il serait catastrophique d'essayer « pour voir » avant d'y être véritablement disposée, car cela ne pourrait que créer ou renforcer un éventuel blocage psychologique.
- La vulve doit être suffisamment solide, soit **au minimum deux mois** après l'intervention, que la peau soit ou non cicatrisée.
- Vous ne devez plus ressentir de douleurs ni de gêne notable.
- Votre partenaire doit enfin être particulièrement attentionné(e).

Le vagin étant recouvert de peau, sa **lubrification** lors des rapports peut être nécessaire, avec un gel que vous trouverez en pharmacie.

Par ailleurs, comme sur le reste du corps la peau du vagin se renouvelle et desquame constamment. Pour éviter la macération de cette desquamation et les mauvaises odeurs qui s'en suivent, il faut bien laver quotidiennement votre vagin jusqu'au fond, avec de l'eau du robinet et votre savon habituel.

Dans tous les cas, **une fois obtenue la cicatrisation complète du vagin avec des dimensions satisfaisantes, le risque de rétraction n'existe plus après quelques mois**, et il serait donc parfaitement inutile de poursuivre les dilatations et les conformateurs, qui ne sont indispensables que tant que la cicatrisation n'est pas obtenue et stable.

En règle générale, et malgré toutes ses complications possibles, cette intervention permet finalement d'obtenir des organes génitaux d'apparence naturelle, très voisine de la normale féminine, et il est presque toujours possible d'avoir une fonction sexuelle satisfaisante. Ce sont ces objectifs que vous devez toujours garder en mémoire.

Il faut bien noter cependant que chaque vulve est différente, et que l'aspect final vulvaire après chirurgie n'est pas prévisible ni anticipable par « simulations informatiques », par exemple. Quant aux dilatations rigides, ces dilatations ont une durée limitée dans le temps (jusqu'à 2 ans, durée de cicatrisation

totale du revêtement cutané qui tapisse le néovagin) et ne doivent certainement pas être poursuivies « à vie » avec un rythme soutenu. Néanmoins les dilateurs sont à conserver et à utiliser en cas de besoin par « autogestion des dilatations à la demande » par la patiente dans les années qui suivront (en cas de sensation de rétrécissement, possible même plusieurs années après, en cas de rapports sexuels pénétrants non fréquents, par exemple).

Bien évidemment, **cette transformation chirurgicale est irréversible**, et il est définitivement impossible de revenir à l'état antérieur.

REMARQUES PERSONNELLES :