

ÉVOLUTION DE LA DEMANDE TRANSGENRE EN CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE : LE CHU DE LIÈGE COMME CENTRE DE RÉFÉRENCE

JAUMOTTE M (1), PIETTE E (1), WALHIN N (1), LE CLERCQ M (1), NIZET JL (1), GILON Y (1)

RÉSUMÉ : L'histoire du transgendérisme prend un nouveau tournant. Des balbutiements médicaux des années 1940 aux véritables innovations du dernier lustre, la chirurgie peut, plus que jamais, prendre place dans le processus de réassignation de genre. Cet article visera tout d'abord à retracer le cheminement de la demande transgenre, et rappellera ensuite les spécificités de l'anatomie faciale des genres féminin et masculin. Nous terminerons par définir l'horizon interventionnel maxillo-facial et la place nouvelle du centre de référence du CHU de Liège dans cette promesse de prise en charge, aussi intime qu'innovante.

MOTS-CLÉS : *Transgenre - Féminisation faciale - Anatomie faciale de genre*

LANDSCAPE AND EVOLUTION OF THE TRANSGENDER DEMAND IN THE MAXILLO-FACIAL SURGERY : THE CHU OF LIÈGE AS REFERENCE CENTER

SUMMARY : The history of transgenderism is reaching a new turning point. From the medical beginnings of the 1940's to the real innovations of the last decade, surgery can, more than ever, contribute to the gender reassignment process. This article will firstly describe the evolution of the transgender demand, and will then review the specificities of male and female facial anatomy. We will conclude by defining the maxillofacial surgical field and the new role of the reference center at the University Hospital of Liège in this promise of treatment, that is both intimate and innovative.

KEYWORDS : *Transgender - Female feminisation - Facial gender anatomy*

INTRODUCTION

Depuis quelques années, la demande interventionnelle transgenre s'accroît et concerne bon nombre de spécialités. Dans ce contexte, la chirurgie maxillo-faciale fait partie intégrante du processus de réassignation sexuelle, en s'intéressant à la redéfinition du visage, notamment, en modifiant l'expression des caractères de différence de genre. Cet article abordera successivement l'épidémiologie et l'origine de cette demande, mais aussi la place qu'occupe le CHU de Liège dans ce cheminement. Ensuite, les particularités spécifiques du visage masculin et féminin seront largement décrites avant de terminer par un bref aperçu des possibilités chirurgicales dans le domaine de la morphologie du visage.

HISTOIRE, ÉPIDÉMIOLOGIE ET ORIGINE DE LA DEMANDE TRANSGENRE

Le transgendérisme a accompagné et marqué l'humanité depuis les premiers temps de la civilisation. En Inde antique, les Hijras était une caste de troisième genre, dont les membres étaient assignés parfois homme et parfois femme. Dans la Grèce antique et plus tard dans la Rome antique, la déesse Cybèle était vénérée par des hommes castrés, vêtus en femme pour honorer la déesse (Figure 1).

Le chemin parcouru par le transgendérisme moderne prend naissance en 1910 lorsque le

Figure 1. Sappho lisant à ses compagnons, portant un masque et d'apparence féminine vers 435 av. J.-C.



Docteur Magnus Hirschfeld établit la distinction entre «l'habillement croisé» et homosexualité dans son ouvrage «Die Tranvestiten». Véritable avant-gardiste, il a démontré la présence de travestissement dans les deux genres et les deux orientations sexuelles.

Les premières femmes trans (homme vers femme) datent des années 30 et le transgendérisme se réduisait généralement au traitement hormonal seul.

Il fallut attendre 1942 pour que le premier homme trans (femme vers homme) bénéficie d'une double mastectomie avec prise de testostérone, réalisée par le docteur Harold Gillies, chirurgien reconstructeur des soldats blessés lors de la seconde guerre mondiale.

(1) Service de Chirurgie plastique et maxillo-faciale, CHU Liège, Belgique.

En 1966, avec son ouvrage «The transsexual phenomenon», Benjamin Harry posa les bases de la réassignation sexuelle. Il n'était dès lors plus question d'adapter l'esprit au corps, mais d'unifier le corpus et le psyché.

Le cheminement se poursuit, et les différents pays adoptent des attitudes parfois très opposées, ce qui s'explique par l'absence de consensus scientifique sur la réalité de la transidentité. L'hypothèse selon laquelle la personne transgenre a un cerveau de l'autre sexe n'a pas encore été validée par les neurosciences.

La loi belge du 10 mai 2007 relative à la transidentité décrit celle-ci comme un processus uniquement médical de changement de sexe, avec une obligation de stérilité définitive.

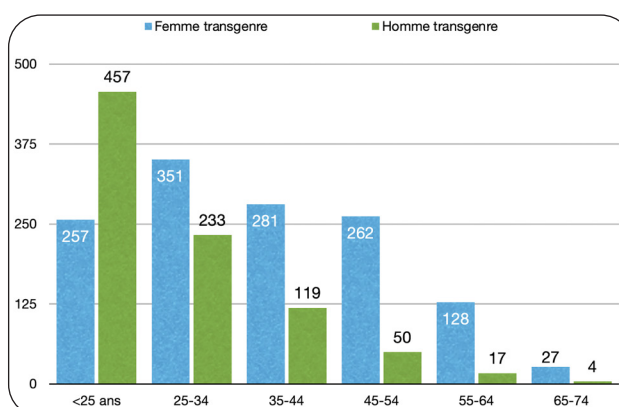
Des ratifications, abrogations, et différents traités ont conduit à un véritable positionnement progressiste de la loi belge, s'étendant à toutes les sphères de la reconnaissance de la transidentité. Le 1^{er} janvier 2018 a été un événement marquant pour cette cause, permettant aux personnes transgenres (les majeurs, les mineurs émancipés et les mineurs de plus de 16 ans avec accord des parents) de changer de genre et de prénom auprès de leur commune, sans répondre à des obligations médicales concernant la fertilité ou l'organe génital externe.

La demande belge ne cesse de croître. Les chiffres rapportés ci-après sont les demandes de reconnaissance officielle du changement de sexe auprès des communes, notifiées au sein du Registre National. Quoiqu'importants, ces chiffres sont sous-estimés, du fait que bon nombre de patients ne souhaitent pas officialiser le changement, qui reste avant tout un parcours intime et personnel. Entre janvier 1993 et octobre 2019, 2.193 personnes ont fait adapter la mention officielle de leur sexe en Belgique, selon une proportion de 60 % de femmes transgenres. L'année 2018 a constitué, suite à la nouvelle loi ratifiée, un véritable pic puisque pas moins de 742 changements ont été effectués.

Les personnes transgenres passant de femme à homme sont plus jeunes que les personnes effectuant le changement inverse. Alors que les hommes transgenres ont un âge moyen de 27,6 ans lors du changement, les femmes transgenres sont âgées de 37,6 ans. On remarque l'inversion de la majorité de la demande une fois l'âge de 25 ans accompli (**Tableau I**).

La Flandre a enregistré 66 % des changements de sexe, contre 32 % en Wallonie. Cela s'explique notamment par la présence du centre de référence gantois, œuvrant depuis de nombreuses années dans le processus de réassignation de genre.

Tableau I. Épidémiologie de la demande légale transgenre



Depuis peu de temps, le CHU de Liège a été désigné par le Ministère de la Santé comme centre de référence transgenre pour la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Ce nouveau pôle d'excellence se développe tant sur le plan médico-chirurgical que sur l'accompagnement social et psychologique dont nos patients bénéficient durant l'entièreté du processus de réassignation de genre. Le centre d'accompagnement des transidentités du CHU de Liège est également composé d'une logopède, de dermatologues, d'endocrinologues spécialisés et de gynécologues.

Un colloque multidisciplinaire est organisé mensuellement pour établir, en collégialité, un projet thérapeutique raisonné et raisonnable en adéquation avec les volontés du (de la) patient(e) et les possibilités médicales actuelles (1).

Dans ce contexte, le service de chirurgie maxillo-faciale est impliqué et propose des féminisations ou masculinisations du visage selon les dernières recommandations et innovations.

PARTICULARITÉS SPÉCIFIQUES DU VISAGE MASCULIN ET FÉMININ

Chaque visage est différent et unique. Cependant, il nous est souvent aisé d'identifier, sur simples photographies du visage, si ce dernier appartient au genre masculin ou féminin. Il existe donc des traits, des caractéristiques et une harmonie de la face qui sous-tendent l'appartenance à un genre. Nous percevons également certains visages comme attrayants, esthétiquement agréables. Cette perception est variable d'un individu à l'autre, et est surtout propre à une culture et à un mode de vie.

Nous décrivons ci-dessous les particularités des visages en tenant compte des généralités

Figure 2. Illustrations d'un visage aux proportions harmonieuses et calculs d'angles pré-opératoires, d'après l'Atlas d'anatomie clinique de la face (16)



morphologiques et musculo-squelettiques caucasiennes.

Le sens esthétique du chirurgien dépasse un simple calcul de proportions. Cependant, certains diagrammes et calculs sont utilisés fréquemment comme aide au diagnostic et également pour comparer les visages en pré- et post-opératoire (**Figures 2 et 3**).

Chez l'homme, les muscles sont plus imposants et puissants, ce qui entraîne une accentuation des contours visibles des os, en particulier du menton et des angles gonioniques. Au niveau du tiers inférieur de la face, les angles de la mâchoire sont plus marqués, cassants et rectilignes chez le sujet mâle alors que chez la femme, on remarque un tracé plus courbe de ceux-ci.

Le menton masculin possède également un étalement plus important, avec une projection antérieure plus marquée.

Il est aussi primordial de garder à l'esprit une vision orthognatique du patient, au besoin, en réalisant un bilan d'imagerie par téléradiographies et analyses céphalométriques. En effet, il n'est pas concevable d'affiner un menton chez un patient prognathe ou en classe III d'Angle. La chirurgie de repositionnement des maxillaires a toute son importance dans cette optique de transition de genre. De façon générale, une légère rétromandibulie ou classe II d'Angle est plus féminine qu'une classe I et surtout qu'une classe III (2).

Ensuite, au niveau du tiers moyen de la face, le nez est plus large et étendu chez l'homme,

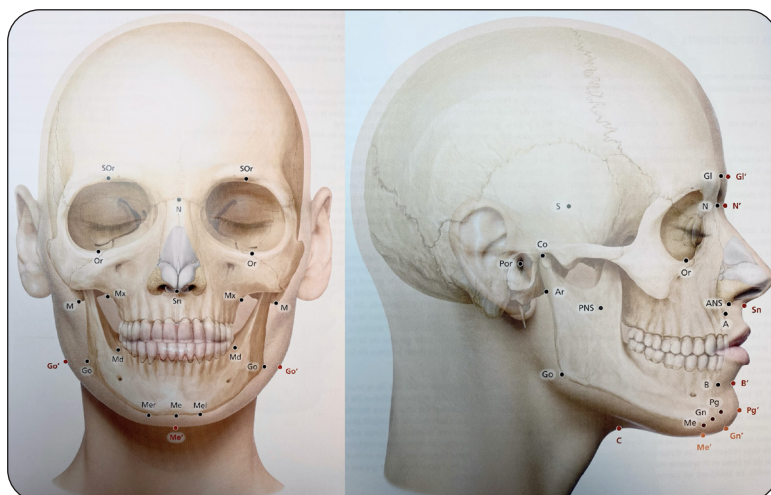


Figure 3. Superposition des points remarquables morphologiques sur le relief osseux facial, d'après l'Atlas d'anatomie clinique de la face (16)

avec des ponts nasaux arqués et droits. Les pommettes sont plus marquées chez la femme, plus convexes, donnant cette impression de plénitude du visage féminin.

Enfin, au niveau du tiers supérieur de la face, les sinus frontaux sont plus volumineux et épais, et les tori supra-orbitaires sont plus proéminents chez l'homme. Le front masculin est alors perçu comme convexe et dynamique, alors que celui de la femme est plus rectiligne. Le front de l'homme est plus incliné vers l'arrière, alors que celui de la femme est plus vertical et rond (Figure 4).

La ligne capillaire est aussi différente chez l'homme et la femme, avec une implantation plus basse chez cette dernière. Les sourcils sont plus épais et plus droits chez l'homme, alors qu'ils sont plus fins et ouverts chez la femme, rendant son regard plus lumineux (3).

Les lèvres sont certainement un critère de féminité de choix. Pulpeuses, courbes et pleines, les lèvres féminines dominent l'attitude d'un visage. Leur fréquente mise en valeur par le maquillage depuis de nombreuses décennies confirme l'importance sociétale de cet organe (4).

Enfin, le cartilage thyroïde apparaît chez un nombre important de sujets masculins comme hypertrophié et projeté en avant. Il s'agit de la pomme d'Adam qui se développe à l'adolescence comme caractère sexuel secondaire. Elle n'est que peu, voire pas visible chez la femme.

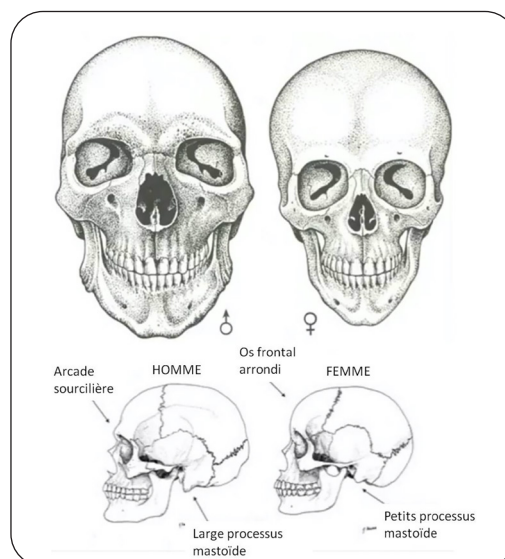
QUELLE PLACE POUR LA CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ?

Comme les différences anatomiques le laissent présager, la chirurgie de réassignation de genre intéressera les 3 tiers du visage ainsi que le cou, en particulier la pomme d'Adam. Ces interventions s'envisageront en fonction des traits sexuels secondaires plus ou moins marqués du visage du patient ainsi que de sa demande propre, personnelle et intime. Nous aborderons dans les prochaines lignes la féminisation faciale.

Concernant le tiers supérieur du visage, la redéfinition de la ligne d'implantation des cheveux, avec ou sans adjonction de greffes capillaires (5), constitue une étape chirurgicale largement demandée par les plus jeunes patient(e)s. En effet, le port de postiche est une solution moins confortable, souvent envisagée mais rapidement abandonnée, en raison du caractère amovible de cette transformation (6).

Le sinus frontal, proéminent chez l'homme, pourra être affiné dans le cadre de la féminisation du visage. La procédure sera différente en

Figure 4. Différences osseuses du crâne en fonction du genre



fonction de la forme du sinus, et de la proportion de tissus mous le recouvrant.

Le rebord supra-orbitaire est également plus saillant chez l'homme et la ligne du regard plus horizontale. Un aplanissement de ce rebord ainsi qu'une pexie palpébrale permettront d'obtenir un regard ouvert plus féminin, plus lumineux (7).

Le positionnement féminin du sourcil sera réalisé dans le même temps opératoire. Dans le tiers moyen du visage (8), les pommettes seront plus marquées chez la femme. Il sera alors possible de combler cet espace creux chez l'homme, soit par de l'os autologue, soit par un implant en titane modélisé sur mesure en 3 dimensions, soit par des injections d'acide hyaluronique, plus simples en pratique, mais non permanentes, à renouveler tous les 4 à 6 mois.

Bien qu'il n'existe pas de nez masculin ou féminin, les rhinoplasties sont fréquemment associées dans le temps chirurgical.

La boule de Bichat, massif adipeux de la joue, peut être affinée afin d'obtenir une ligne jugale plus fine et élancée.

Dans le tiers inférieur du visage, la morphologie de la mandibule constitue souvent la première demande interventionnelle. Qu'il s'agisse d'une correction d'occlusion par ostéotomie(s) maxillaire(s) et traitement orthodontique, d'une génioplastie de féminisation ou de résection d'angles de la mâchoire, l'objectif poursuivi sera toujours l'allègement du massif mandibulaire, véritable témoin rectiligne du caractère osseux

masculin (9). Une discrète rétromandibulie est toujours plus féminine qu'une sévère prognathie. Les canines pourront également être adoucies, afin de diminuer le caractère carnassier du sourire. Les lèvres pourront être également redéfinies, plus pulpeuses chez la femme, plus fines chez l'homme. L'intervention labiale peut se réaliser sous anesthésie locale ou intégrée dans le temps opératoire. Une chéiloplastie d'augmentation par injections se renouvelle tous les 4 mois (10). Le relief de la pomme d'Adam est atténué par meulage du cartilage thyroïdien hypertrophié chez le garçon (11-13). Enfin, il est possible d'envisager une chirurgie de féminisation vocale, en aide au suivi logopédique.

Quel que soit le tiers du visage concerné, la grande majorité des incisions seront discrètes, intra-buccales ou dans le cuir chevelu, non visibles.

Lorsqu'il s'agira de masculinisation du visage, ces mêmes opérations seront réalisées en sens inverse. Des implants sur mesure, modélisés en trois dimensions, permettront une nouvelle redéfinition du visage masculin (14).

Les interventions faciales peuvent être combinées en une seule intervention, ou dissociées en plusieurs temps opératoires, selon le désir du patient. Enfin, il est également possible d'envisager une intervention en étroite collaboration avec les chirurgiens plasticiens afin d'y associer le temps opératoire mammaire (15).

Au sein de notre service, chaque intervention est simulée avec le patient à l'aide d'un appareil photographique 3-dimensions Vectra XT, de photographies conventionnelles, d'un bilan d'imagerie de précision et d'une radiographie panoramique. Il s'agit dès lors de prendre en charge un visage dans son ensemble, afin de respecter son harmonie propre.

CONCLUSIONS

Les possibilités actuelles en chirurgie maxillo-faciale n'ont cessé de progresser afin d'apporter une véritable prise en charge sur mesure du patient.

Les différents services du CHU de Liège agissent, dès lors, en collégialité afin d'offrir la meilleure prise en charge globale du patient, en respectant son harmonie corporelle, physique et psychique.

Remerciements

Avec nos remerciements à Mr Radlanski, Mr Wesker et la Maison d'Édition Quintessence International pour leur aimable autorisation d'utiliser plusieurs illustrations

(16). Je tiens à sincèrement remercier le Pr. N. Van Der Dussen et le Dr. B. Oelbrandt (AZ Rivierenland, Antwerpen) pour leur enseignement, leur humanisme et leur bienveillance à mon égard.

«J'ai eu longtemps un visage inutile, mais maintenant j'ai un visage pour être aimé, j'ai un visage pour être heureux.» Paul Eluard.

BIBLIOGRAPHIE

1. Newfield E, Hart S, Dibble S, et al. Female-to-male transgender quality of life. *Qual Life Res* 2006;**15**:1447-57.
2. Raffaini M, Magri AS, Agostini T. Full facial feminization surgery: patient satisfaction assessment based on 180 procedures involving 33 consecutive patients. *Plast Reconstr Surg* 2016;**137**:438-48.
3. Shams MG, Motamedi MH. Case report: feminizing the male face. *Eplasty* 2009;**9**:e2.
4. Gray R, Nguyen K, Lee JC, et al. Osseous transformation with facial feminization surgery: improved anatomical accuracy with virtual planning. *Plast Reconstr Surg* 2019;**144**:1159-68.
5. Capitán L, Simon D, Meyer T, et al. Facial feminization surgery: simultaneous hair transplant during forehead reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2017;**139**:573-84.
6. Altman K. Facial feminization surgery: current state of the art. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2012;**41**:885-94.
7. Spiegel JH. Facial determinants of female gender and feminizing forehead cranioplasty. *Laryngoscope* 2011;**121**:250-61.
8. Isung J, Möllermark C, Farnébo F, Lundgren K, et al. Craniofacial reconstructive surgery improves appearance congruence in male-to-female transsexual patients. *Arch Sex Behav* 2017;**46**:1573-6.
9. Capitán L, Simon D. Facial feminization: a global approach. In: Salgado CJ, Monstrey S, Djordjevic ML, Editors. *Gender Affirmation: Medical and Surgical Perspectives*. Thieme Publishers Inc. New York, USA; 2017:3-31.
10. Parag T. Facial feminization surgery: a review of 220 consecutive patients. *Indian J Plast Surg* 2020;**53**:244-53.
11. Al-Jassim AHH, Lesser THJ. Reduction of Adam's apple for appearance. *Ind J Otolaryngol Head Neck Surg* 2006;**58**:172-3.
12. Therattil PJ, Hazim NY, Cohen WA, Keith JD. Esthetic reduction of the thyroid cartilage: a systematic review of chondrolaryngoplasty. *JPRAS Open* 2019;**22**:27-32.
13. Deschamps-Braly JC, Sacher CL, Fick J, et al. First female-to-male facial confirmation surgery with description of a new procedure for masculinization of the thyroid cartilage (Adam's apple). *Plast Reconstr Surg* 2017;**139**:883e-7e.
14. Deschamps-Braly JC. Facial gender confirmation surgery: facial feminization surgery and facial masculinization surgery. *Clin Plast Surg* 2018;**45**:323-31.
15. Raffaini M, Magri AS, Agostini T. Full facial feminization surgery: patient satisfaction assessment based on 180 procedures involving 33 consecutive patients. *Plast Reconstr Surg* 2016;**137**:438-48.
16. Radlanski R, Wesker K. *Atlas d'anatomie clinique de la face*. Ed. Quintessence International; Paris 2016. 360p.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Jaumotte M, Service de Chirurgie plastique et maxillo-faciale, CHU Liège, Belgique.

Email : martin.jaumotte@doct.uliege.be