



Trasformazione genitale uomo-donna (edoioipoiesi)

M. Revol

Impropriamente definita «vaginoplastica», l'edoioipoiesi è la creazione chirurgica della vagina, del clitoride e delle labbra, nel quadro del transessualismo maschio-femmina (MtF). L'intervento di riassegnazione consiste da una parte nel rimuovere i testicoli, i corpi cavernosi e la maggior parte del bulbo spongioso dell'uretra e, dall'altra, nel creare una cavità neovaginale tra retto posteriormente e vescica anteriormente. La metodica di riferimento attuale per coprire questa cavità utilizza la cute del pene invertita e peduncolata in avanti verso l'addome. Un lembo cutaneo perineoscrotale a peduncolo posteriore può esservi associato. Quando la quantità di cute disponibile sul pene non è sufficiente, essa può essere prolungata con un innesto di cute totale prelevato o sullo scroto preventivamente epilato a questo scopo o nelle regioni inguinali o addominali. Limitate dalle costrizioni anatomiche, le dimensioni medie della neovagina così creata sono di 12 cm di lunghezza su 3 cm di diametro. Solo in caso di insufficienza e/o di insuccesso di questi metodi può essere ipotizzata la creazione di una neovagina mediante trapianto peduncolato di sigma. Il neoclitoride è creato a partire da un frammento dorsale del glande peduncolato su vasi e nervi dorsali del pene. Le grandi labbra sono create a partire dallo scroto. Quanto alla creazione delle piccole labbra, esistono diverse metodiche chirurgiche per darne l'illusione. I postumi operatori sono raramente semplici e l'utilizzo di conformatori morbidi è raccomandato per diverse settimane. Quanto ai dilatatori rigidi, essi comportano un rischio di fistola rettovaginale che limita la loro indicazione ai casi dove sono realmente necessari e secondo un protocollo adeguato. Malgrado tutte le sue difficoltà e i suoi rischi, a condizione di essere realizzata nel quadro di un'equipe multidisciplinare da un chirurgo esperto, questa chirurgia permette attualmente, nella grande maggioranza dei casi, di ottenere risultati estetici e funzionali molto buoni.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Transessualismo; Transessualismo MtF; Vaginoplastica; Chirurgia di riassegnazione; Trasformazione genitale

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Storia	2
■ Criteri di elegibilità	3
■ Tecnica chirurgica	3
Preparazione-Installazione	4
Incisione cutanea e dissecazione	4
Creazione della cavità neovaginale	4
Dissecazione della cute peniena ed esteriorizzazione del pene	5
Dissecazione del neoclitoride e del suo peduncolo	5
Amputazione dei corpi cavernosi	6
Resezione del bulbo uretrale	8
Orchiectomia bilaterale	8
Fissazione del neoclitoride e del suo peduncolo	8
Sutura dei lembi cutanei, copertura della cavità neovaginale (+ eventuale innesto cutaneo)	8
Esteriorizzazione del neoclitoride e del meato	10
Resezione dello scroto e creazione delle grandi labbra	10
Medicazione	10

■ Cure postoperatorie	12
■ Complicanze	12
Complicanze immediate	14
Complicanze secondarie	15

■ Introduzione

Fenomeno disturbante, di causa ancora sconosciuta, il transessualismo è definito da tre criteri nella 10^a versione della Classificazione internazionale delle malattie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che è attualmente criticata e in corso di revisione:

- il desiderio di vivere e di essere accettato come un membro del sesso opposto, con il desiderio abituale di trasformare il proprio corpo con la chirurgia e gli ormoni;
- la persistenza di questo desiderio per almeno due anni;
- l'assenza di disturbi mentali e di anomalie cromosomiche.

In pratica, le cose sono lungi dall'essere così semplici e non esiste alcun criterio formale di diagnosi positiva. Nessun esame, nessun prelievo ematico e nessuna diagnostica per immagini consentono, infatti, di contribuire a stabilire questa diagnosi. Il «transessualismo» non è, d'altra parte, che un aspetto di una problematica societaria «transidentitaria» o «transgender» più ampia. Non rientra nell'oggetto di questo articolo dettagliare il quadro nosologico dei disturbi dell'identità di genere a cui esso si applica. Malgrado la loro grande interferenza con la medicina e a causa delle polemiche che suscitano attualmente in Francia^[1,2], neppure gli aspetti politici e sociali della questione saranno affrontati.

Allo stato attuale delle nostre conoscenze, la sofferenza intensa che è generata dallo stato di transessualismo può essere alleviata, nelle persone che ne fanno richiesta, solo con una trasformazione ormonochirurgica. La gravità e l'irreversibilità di questo trattamento esigono che la diagnosi differenziale sia saldamente stabilita, dagli psichiatri e dagli endocrinologi.

- Gli psichiatri sono indispensabili, da una parte poiché molti disturbi psichiatrici gravi possono assumere l'aspetto del transessualismo, mentre il loro trattamento è evidentemente molto diverso, e, d'altra parte, per valutare le eventuali fragilità e i fattori di comorbidità che richiedono di essere presi in considerazione e gestiti prima della trasformazione ormonochirurgica. Il ruolo dello psichiatra non è, quindi, di affermare il transessualismo come una malattia mentale, ma di distinguerlo dai disturbi identitari che si intrecciano in malattie mentali gravi.
- Gli endocrinologi devono anche eliminare ciò che non deriva dal transessualismo (anomalie cromosomiche, ormonali, ecc.) e valutare l'assenza di controindicazioni a un trattamento sostitutivo ormonale a vita.

Senza questo bilancio indispensabile, che è applicato internazionalmente, le equipe mediche farebbero correre un rischio molto importante alle persone prese in carico, se intervenissero su una semplice autodiagnosi. Un lavoro in equipe multidisciplinare specializzata è dunque particolarmente fondamentale per il chirurgo.

Nel quadro di questo trattato di tecniche chirurgiche sono, tuttavia, sviluppati qui i soli aspetti chirurgici della questione, limitando il soggetto alla creazione degli organi genitali esterni nel quadro del transessualismo uomo-donna (o maschile-femminile o *male-to-female*, detto «MtF»). Applicato alla creazione di una neovagina, il termine di «vaginoplastica» consacrato dall'uso è improprio. Il suffisso «plastica» indica, infatti, una modificazione su un organo che esiste già, il che non è ovviamente il caso del transessualismo. Così come le rino-poiesi, le blefaropoiesi, le otopoiesi, le colpopoiesi e così via, è il termine di «vaginopoiesi» che occorrerebbe, dunque, utilizzare. Ora, nella stragrande maggioranza dei casi, la costruzione chirurgica riguarda non soltanto la vagina, ma anche l'insieme della vulva. Meglio della vaginopoiesi, occorre, quindi, a rigore, scegliere il termine di edoiopoiesi, che deriva dal greco «edoi» (sesso femminile) e «poiesi» (fare).

Nel quadro del transessualismo, si parla, a questo proposito, di «chirurgia di riassegnazione del sesso» (*sex reassignment surgery*) o di «chirurgia di conferma del genere».

■ Storia

Il primo caso di chirurgia di riassegnazione genitale per transessualismo era stato riferito da Abraham nel 1931 in un articolo in tedesco citato da Karim^[3].

Le tecniche chirurgiche di riassegnazione sessuale hanno origine da quelle che erano usate nel trattamento delle amputazioni traumatiche, delle agenesie congenite

della vagina e degli stati intersessuali. Secondo Edgerton che li cita^[4,5], è a Dupuytren che si attribuisce la prima costruzione di vagina nel 1817 e a Counseller (1944) e McIndoe (1950) il primo utilizzo degli innesti cutanei nelle agenesie vaginali. Le altre metodiche descritte erano meno soddisfacenti: trapianto intestinale (Baldwin, 1904), lembi locali, espansione progressiva del perineo per pressione continua (Franck, 1927) ed epitelizzazione secondaria della cavità neovaginale creata tra vescica e retto e mantenuta aperta per diversi mesi con un *packing* (Kantor, quindi Wells, 1935).

Per quanto riguarda il transessualismo MtF, se il principio e la tecnica dell'orchiectomia e dell'ablazione degli organi erettili sono consensuali, così come quelli della creazione di una cavità neovaginale tra retto e uretra, esistono diversi metodi di copertura di questa cavità.

- Innesti di cute sottile extragenitali, secondo la tecnica pubblicata nel 1898 da Abbe in un caso di aplasia congenita della vagina (citato da Karim^[3]), ripresa da Abraham nel 1931 poi da Skoog (citato da Karim^[3]) e da Laub e Fisk^[6]. Utilizzato da Foerster^[7], l'innesto di cute sottile era prelevato con il dermatomo di Padgett sulla faccia posteriore della coscia e tappezzava in un sol tempo operatorio la cavità vaginale. Gli svantaggi sono, tuttavia, numerosi: cicatrice della zona donatrice, cicatrice circolare del vestibolo vaginale, tendenza alla retrazione e fragilità relativa. Peraltro, e come tutte le altre tecniche che utilizzano della cute, assenza di lubrificazione naturale della neovagina.
- Innesto di cute totale peniena, pubblicato per la prima volta nel 1956 da Fogh-Andersen (citato da Karim^[3]), che aveva ripreso i principi pubblicati nel 1938 da McIndoe nei casi di aplasia congenita della vagina (citato da Karim^[3]). Questo innesto di cute glabra si retrae meno di un innesto di cute sottile, ma richiede anche delle dilatazioni postoperatorie per diversi mesi. Zone donatrici diverse dal pene^[8] sono, ovviamente, utilizzabili e, in particolare, quella dell'addome^[9] o dello scroto.
- Lembi cutanei penieni. La cute invertita del pene può essere pedunculata anteriormente verso l'addome o posteriormente. Quest'ultima soluzione, descritta da Edgerton^[10], richiede due tempi operatori con un innesto cutaneo temporaneo anteriore e, come il lembo scrotale di Jones^[11], introduce una cute pelosa nella vagina. Si preferisce, quindi, attualmente, il peduncolo anteriore (addominale), pubblicato per la prima volta nel transessualismo nel 1957 da Gillies e Millard (citato da Karim^[3]). Comportando una sua propria vascolarizzazione, questo lembo è più sicuro di un innesto cutaneo, ma tende anch'esso a retrarsi nei primi mesi postoperatori. Può essere associato a un lembo perineo-scrotale posteriore per ingrandire il vestibolo vaginale, con l'inconveniente di apportare dei peli nella vagina e di creare un aspetto trasversale del vestibolo.
- Sono stati descritti dei lembi cutanei extragenitali, provenienti dalla coscia o dalla regione inguinale. Essi hanno lo svantaggio di essere voluminosi e di lasciare delle cicatrici di prelievo. Teoricamente riservati alle riprese degli insuccessi del lembo cutaneo di pene, si preferisce loro, in pratica, in questa indicazione, la metodica seguente.
- I trapianti intestinali pedunculati. L'idea originale era stata pubblicata nel 1907 da Baldwin (citato da Karim^[3]) e applicata per la prima volta al transessualismo nel 1974 da Markland e Hastings^[12]. Essendo stato oggetto di miglioramenti tecnici^[13], questo intervento può, oggi, essere realizzato laparoscopicamente^[14]. I vantaggi teorici dei trapianti intestinali, che hanno i loro sostenitori incondizionati^[15], sono la loro lunghezza e la loro lubrificazione naturale. I loro svantaggi sono, tuttavia, numerosi^[16-18]: necessità di un tempo operatorio addominale e risultati spesso deludenti (secrezione eccessiva, infiammazione mucosa, stenosi

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4109686>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4109686>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)