

2 AVRIL 2021

**Prise en charge de la Transidentité
chez l'enfant et l'adolescent :
Point de vue de l'endocrinologue pédiatre**

Nathalie Magontier

Endocrinologue Pédiatrique - Hôpital Clocheville, CHU Tours

Collège de

Gynécologie
CVL

Définition sémantique

- **L'identité sexuée** de chaque être humain se décline selon plusieurs caractéristiques bien distinctes
 - **Le « sexe biologique »** : genre assigné à la naissance, male ou femelle (organes génitaux, chromosomes)
 - **Le genre** : masculin ou féminin dont on distingue
 - **L'identité de genre**, sentiment intime que l'on a d'être un homme ou une femme ou autre
 - **Le rôle de genre**, qui est ce que l'on dit ou fait pour dévoiler son statut de garçon/homme ou fille/femme ou autre
- **L'attirance sexuelle** : à ne pas confondre avec l'identité sexuée (hétérosexualité, homosexualité, bisexualité, asexualité...)

Définition sémantique

- **Une femme transgenre** ou personne **MtF**, male to female, est une personne qui à été assignée de sexe masculin à la naissance et exprimant un identité de genre féminine
- **Un homme transgenre** ou personne **FtM**, female to male, est une personne qui a été assignée de sexe féminin à la naissance et exprimant un identité de genre masculine
- Une **personne non binaire** est une personne qui ne s'identifie ni au masculin ni au féminin, soit de genre fluide, soit neutre ou autre identification sur l'échelle du genre vécue comme un continuum soit agendre

Définition

Il est important de différencier:



- Variation du développement génital / DSD
 - anomalie chromosomique, génétique ou hormonale
 - anomalie de formation des OGE
 - difficulté d'assignation du sexe à la naissance

Ex : personne 46,XY avec insensibilité complète aux androgènes

- Transidentité
 - Absence d'anomalie de la différenciation des OGE
 - Développement pubertaire normal
 - Fonctions hormonales, sexuelles et reproductives normales

Epidémiologie

- La prévalence chez l'adulte variable selon les publications :
 - de 1/12000 à 1/37000 mâles biologiques
 - de 1/30000 à 1/110000 femmes biologiques

Khatchadourian et al., J Pediatr, 2014

- Variable selon les pays (culture, perception par la société, par la médecine, ...)

- Souvent présent dès l'enfance

- Deux études de prévalence chez les adolescents

- Nouvelle Zélande : **1.3%** (8500 adolescents/collège)
- Etats-Unis (San Francisco) : **1.2%** (2730 ados/collège)



Clark et al., J Adolesc Health, 2014

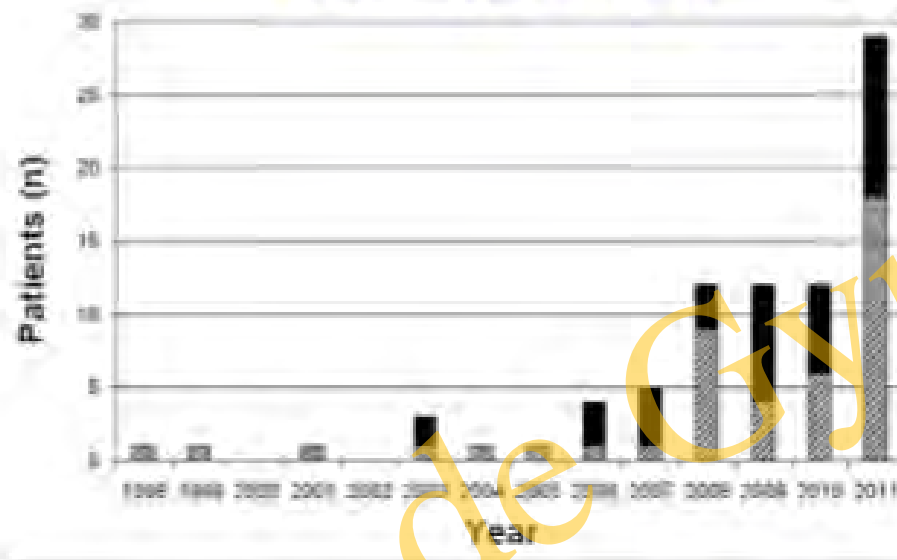
Shields et al., J Adolesc health, 2013

- Peu de jeunes consult(ai)ent en France...

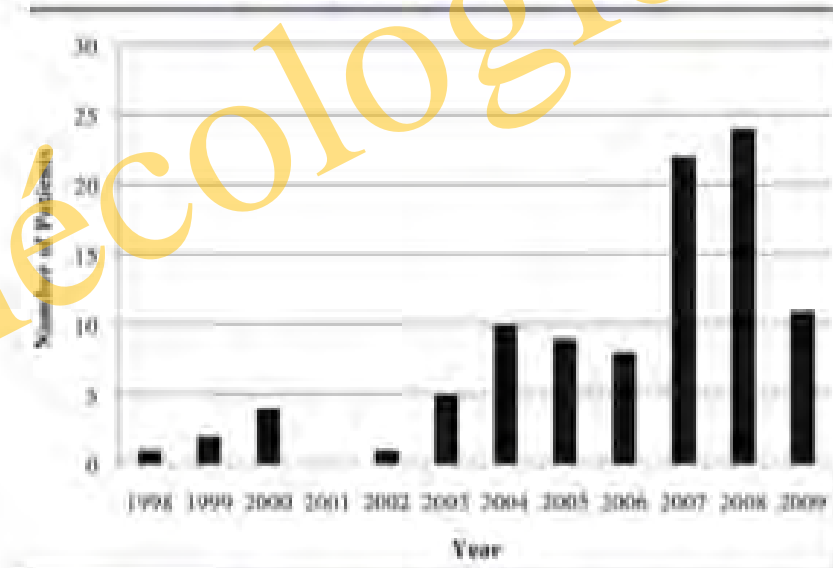
Epidémiologie

Explosion du nombre de consultation ces dernières années

Vancouver, Canada



Californie, Etats-Unis



Nombre équivalent de FtM et de MtF

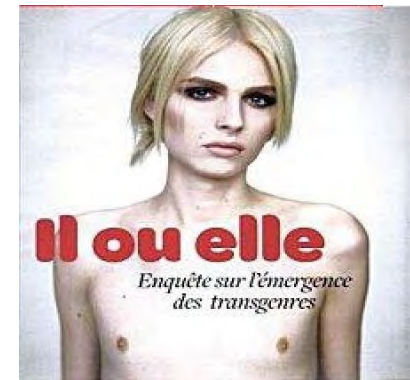
Spack et al., Pediatrics, 2012

Khatchadourian et al., J Pediatr, 2014

Critères diagnostiques selon le DSM V

- “Dysphorie de genre plutôt que “Trouble de l'identité de genre
 - Notion de souffrance le plus souvent mais non obligatoire
- Identification à l'autre sexe, forte et persistante
- Absence de diagnostic différentiel

‡ +/- anomalie du développement sexuel



American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition). 2013. Arlington, VA. American Psychiatric Publishing.

Critères diagnostiques

- Symptomatologie fréquente
 - 2 à 4% des garçons et 5 à 10% des filles entre 4 et 18 ans se comportent « de temps en temps » comme s'ils étaient de sexe opposé, selon leur mère ;
 - 5 à 13% des adolescents et 20 à 26% des adolescentes rapportent avoir parfois des comportements de l'autre sexe ; et 2 à 5% des adolescents et 15 à 16% des adolescentes disent désirer « parfois » être du sexe opposé
- Importance de la persistance des symptômes / verbalisation ++
 - Particulièrement au démarrage pubertaire
 - Stade S2/G2 de Tanner plus que âge (12 ans)
 - **Persistance ou désistance**
- Nombre équivalent dans les deux sexes

Spécificités pédiatriques

- **Chez les enfants prépubères**

- expression de la transidentité possible dès l'âge de 2ans
- importance de la verbalisation
- ce sentiment « d'incongruence de genre » disparaît dans 2/3 des cas à la puberté
- persistance chez 10 à 39% des enfants selon les études

Steensma et al, Clin Child Psychol Psychiatry, 2011

- **Chez les adolescents: l'expression de la transidentité:**

- apparaît parfois avec l'apparition des caractères sexuels secondaires
 - sentiment d'inadéquation, de dysphorie s'aggrave à la puberté
 - persiste le plus souvent à l'âge adulte
- => traitement après le démarrage de la puberté, stade II de Tanner

De Vries AL et al., J Sex Med 2011

Prise en charge pédiatrique

- Européenne : Equipes hollandaises pionnières « *Dutch Approach* » depuis 20 ans
- Recommandations internationales :
 - Hollande, Canada, USA, Australie, Belgique
 - Hembree et al., Endocrine Society guidelines, JCEM, 2009 + 2017 (Working Group au sein de l'ESPE)*
- France :
 - Depuis 20 ans chez l'adulte, par les équipes adultes
 - Adolescents vus en pédo-psy, patientent jusqu'à 18 ans
 - Pas de prise en charge en endocrinologie pédiatrique
- Démarrage d'une prise en charge en 2013 sur trois sites (Ile de France): RCP
 - Pitié Salpêtrière : Endocrinologie pédiatrique/ Pédo-psychiatrie
 - Robert Debré : Endocrinologie pédiatrique/ Pédo-psychiatrie
 - CIAPA : Endocrinologie pédiatrique/ Pédo-psychiatrie

Evaluation en endocrinologie pédiatrique

- Quand ?

- Après une période d'accompagnement par les pédo-psychiatres (en général quelques mois)

- peu de doute diagnostic
- évaluation organique
- explications des différents traitements hormonaux possibles : effets attendus (attentes irréalistes?) et effets secondaires potentiels, critères d'éligibilité au traitement hormonal

- Ou dès le début de la prise en charge

- du fait du circuit,
- doute diagnostic ou l'existence d'une anomalie diff sex
- évaluation du stade pubertaire



Evaluation organique

- **Entretien ++** (Histoire classique, précoce, accentuation à la puberté, internet,...)
- **Examen clinique**
- **Développement pubertaire, OGE**

Enfant pubère:

- Dosages hormonaux : LH, FSH, testostérone, oestradiol
- Caryotype ?
- Echographie pelvienne

Enfant prépubère:

- Dosages hormonaux inutiles si examen normal
- Eventuellement caryotype / échographie pelvienne (pour l'enfant et ses parents)

=> Absence d'anomalie organique identifiable le plus souvent

Développement pubertaire normal : filles

S2 entre 8 et 13 ans

• S2	11.5 ± 1.1 ans	• P2	11.6 ± 1.2 ans
• S3	12.1 ± 1.1 ans	• P3	12.3 ± 1.1 ans
• S4	13.1 ± 1.1 ans	• P4	12.9 ± 1.1 ans
• S5	15.3 ± 1.7 ans	• P5	14.4 ± 1.2 ans
• Menarche	13.5 ± 1.1 ans		



*Marshall et
Tanner, 1969*

*Carel et al.,
NEJM, 2010*

Collège de Gynécologie CVL

Développement pubertaire normal : garçons

G2 entre 9 et 14 ans

• G2	11.6 ± 1.1 ans	• P2	13.4 ± 1.1 ans
• G3	12.9 ± 1.1 ans	• P3	13.9 ± 1.0 ans
• G4	13.8 ± 1.0 ans	• P4	14.4 ± 1.1 ans
• G5	14.9 ± 1.1 ans	• P5	15.2 ± 1.1 ans

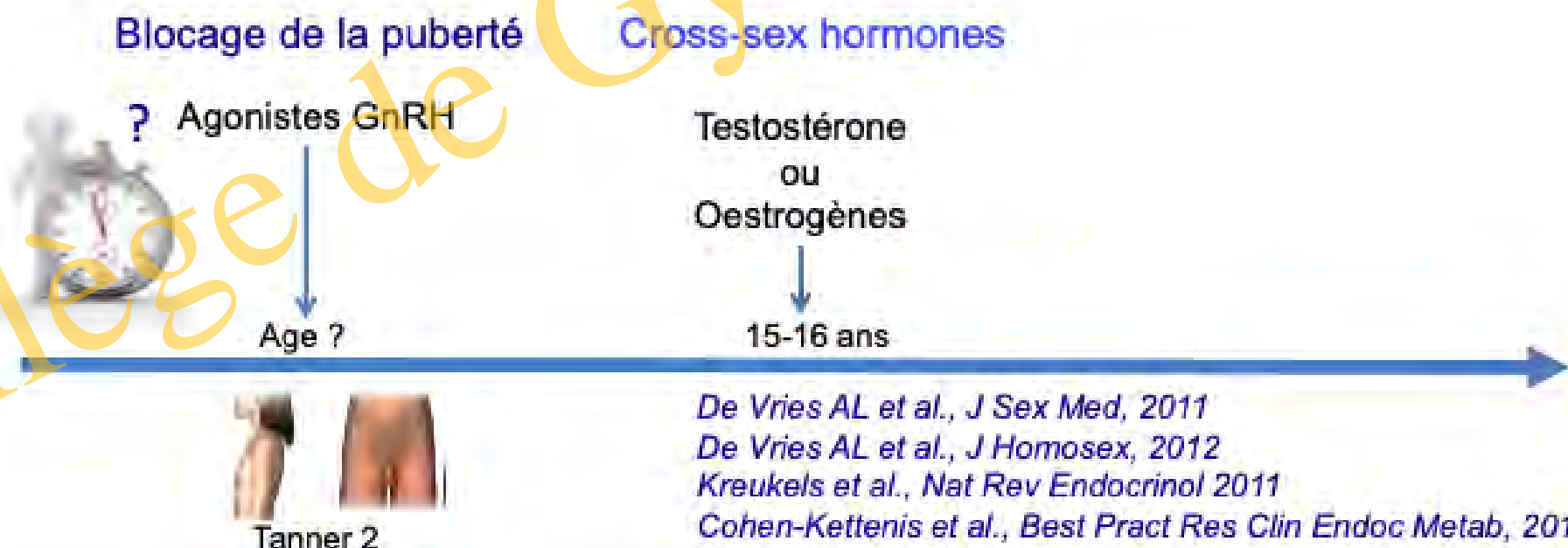
G2 = volume testiculaire ≥ 4 mL ou longueur du plus grand axe ≥ 25 mm



Marshall et Tanner, 1969
Carel et al., NEJM, 2010

Prise en charge

- Combinée : somatique et psychologique
 - Délai d'environ 1 an si puberté terminée
 - Transition sociale initiée / soutien familial ++ (Olson, Pediatrics, 2016)
 - Critères d'éligibilité, Consentement éclairé de l'enfant / des 2 parents
- Recommandations internationales (pas européennes ni nationales)
Endocrine Society guidelines, JCEM, 2017; Working group ESPE
- Somatique (bénéfices/risques) « Dutch Approach »



Analogues GnRH

Table 5. Criteria for Gender-Affirming Hormone Therapy for Adolescents

Adolescents are eligible for GnRH agonist treatment if:

1. A qualified MHP has confirmed that:
 - the adolescent has demonstrated a long-lasting and intense pattern of gender nonconformity or gender dysphoria (whether suppressed or expressed),
 - gender dysphoria worsened with the onset of puberty,
 - any coexisting psychological, medical, or social problems that could interfere with treatment (e.g., that may compromise treatment adherence) have been addressed, such that the adolescent's situation and functioning are stable enough to start treatment,
 - the adolescent has sufficient mental capacity to give informed consent to this (reversible) treatment,
2. And the adolescent:
 - has been informed of the effects and side effects of treatment (including potential loss of fertility if the individual subsequently continues with sex hormone treatment) and options to preserve fertility,
 - has given informed consent and (particularly when the adolescent has not reached the age of legal medical consent, depending on applicable legislation) the parents or other caretakers or guardians have consented to the treatment and are involved in supporting the adolescent throughout the treatment process,
3. And a pediatric endocrinologist or other clinician experienced in pubertal assessment:
 - agrees with the indication for GnRH agonist treatment,
 - has confirmed that puberty has started in the adolescent (Tanner stage \geq G2/B2),
 - has confirmed that there are no medical contraindications to GnRH agonist treatment.

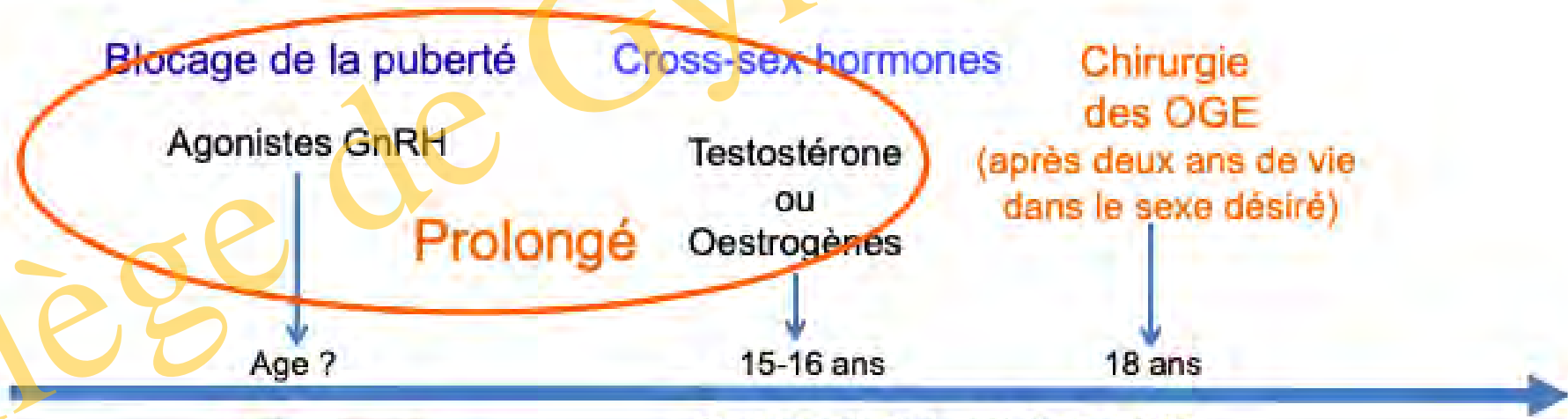
Gender-affirming hormones

Adolescents are eligible for subsequent sex hormone treatment if:

1. A qualified MHP has confirmed:
 - the persistence of gender dysphoria,
 - any coexisting psychological, medical, or social problems that could interfere with treatment (e.g., that may compromise treatment adherence) have been addressed, such that the adolescent's situation and functioning are stable enough to start sex hormone treatment,
 - the adolescent has sufficient mental capacity (which most adolescents have by age 16 years) to estimate the consequences of this (partly) irreversible treatment, weigh the benefits and risks, and give informed consent to this (partly) irreversible treatment.
2. And the adolescent:
 - has been informed of the (irreversible) effects and side effects of treatment (including potential loss of fertility and options to preserve fertility),
 - has given informed consent and (particularly when the adolescent has not reached the age of legal medical consent, depending on applicable legislation) the parents or other caretakers or guardians have consented to the treatment and are involved in supporting the adolescent throughout the treatment process.
3. And a pediatric endocrinologist or other clinician experienced in pubertal induction:
 - agrees with the indication for sex hormone treatment,
 - has confirmed that there are no medical contraindications to sex hormone treatment.

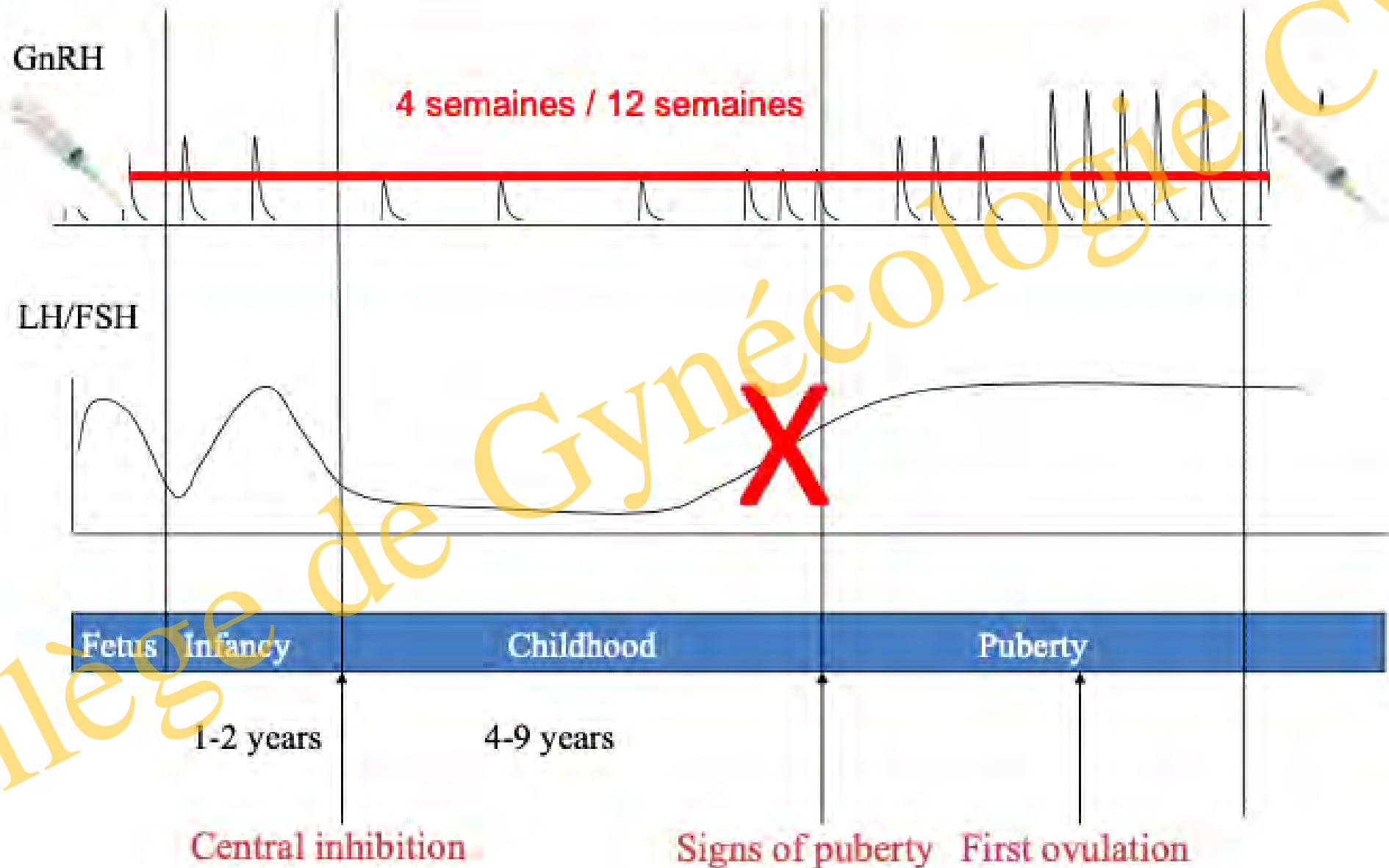
Prise en charge

- Combinée : somatique et psychologique
 - Délai de 1 an
 - Transition sociale initiée / soutien familial ++ (Olson, Pediatrics, 2016)
 - Critères d'éligibilité, Consentement éclairé de l'enfant / des parents
- Recommandations internationales (pas européennes ni nationales)
Endocrine Society guidelines, JCEM, 2017; Working group ESPE
- Somatique (bénéfices/risques) « Dutch Approach »



De Vries AL et al., J Sex Med, 2011
De Vries AL et al., J Homosex, 2012
Kreukels et al., Nat Rev Endocrinol 2011
Cohen-Kettenis et al., Best Pract Res Clin Endoc Metab, 2016

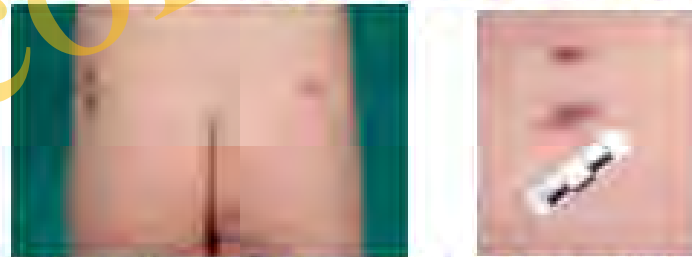
Mécanisme d'action des analogues de la GnRH



Collège de Gynécologie CVL

Analogues de la GnRH

- Utilisation depuis 35 ans dans la puberté précoce (de 2 à 11 ans de tt)
Crowley, JCEM, 1981
- Bien tolérés chez les enfants – adolescents (IM) (leuprolide +/- triptoréline)
 - Céphalées et bouffées de chaleur occasionnels mais de courte durée, HTA ?
 - Prise de poids, mais pas obésité au long cours
 - Effet secondaire local chez 10 à 15% des patients, avec risque d'abcès stériles



Carel et al, Pediatrics, 2009, Johnson, J Ped Child Health 2011; Bangalore Krishna, Hor Res Ped, 2019

- Permet une phase d'évaluation, sans souffrance accrue par puberté
 - Retentissement sur la maturation osseuse? Croissance pénienne et future vaginoplastie ? *T'Sjoen G et al., Endocrine Reviews, 2019*
 - Retentissement psychologique d'un blocage pubertaire prolongé à ces âges ? (PHRC TRANSADO)
 - Impact sur la fertilité ?? *Cheng et al., Fertility concerns of the transgender patient, Trans Androl Urol, 2019*
 - Trans Youth Research Network *Olson-Kennedy et al., Transgender Health, 2019 depuis 2015*

Impact sur les gonades

• Etude Hollandaise

- 49 MtF traitées par aGnRH => diminution du volume testiculaire en 1 an
- 67 FtM traités par aGnRH => régression des seins (si S2)
- Suppression de la sécrétion des gonadotrophines et des hormones sexuelles complète dans 100% des cas

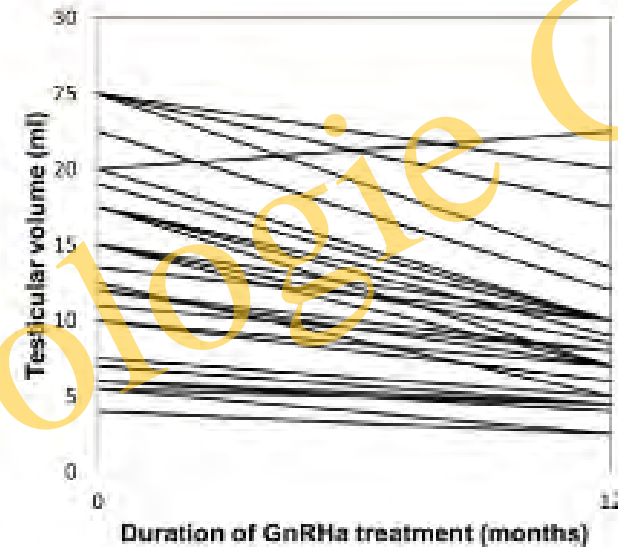
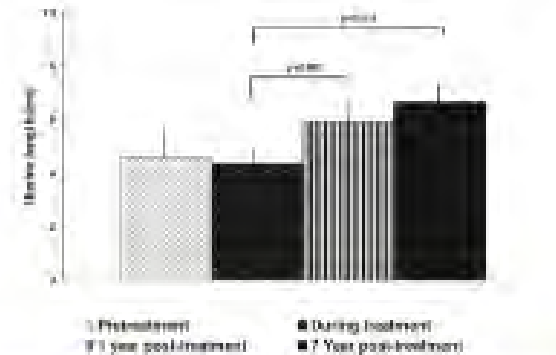
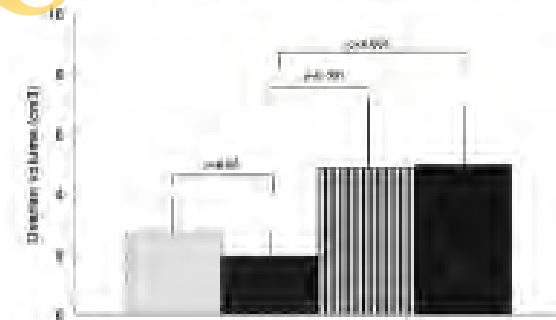


Table 2. Changes in gonadotropins and sex steroid levels during the first year of GnRHa treatment*

	Duration of GnRHa treatment (mo)			
	0	3	6	12
MtF				
LH (U/L)	1.7 (1.4, 49)	0.4 (0.4, 41)	0.4 (0.4, 44)	0.4 (0.3, 37)
FSH (U/L)	2.4 (1.4, 49)	<0.5 (0, 41)	<0.5 (0.1, 45)	<0.5 (0.1, 37)
T (nmol/L)	9.1 (8.7, 49)	<1.0 (0, 40)	<1.0 (0, 43)	<1.0 (0, 37)
E2 (pmol/L)	44 (35, 46)	25 (8, 37)	24 (7, 40)	26 (8, 34)
FtM				
LH (U/L)	3.0 (4.2, 64)	0.3 (0.3, 55)	0.4 (0.4, 58)	0.3 (0.3, 35)
FSH (U/L)	4.6 (2.1, 64)	1.3 (1.6, 55)	1.7 (1.4, 58)	1.7 (0.9, 35)
T (nmol/L)	<1.0 (0.4, 60)	<1.0 (0, 53)	<1.0 (0, 55)	<1.0 (0, 36)
E2 (pmol/L)	123 (118, 63)	29 (9, 53)	26 (12, 57)	30 (12, 37)

Impact sur les gonades

- Etude Danoise : 15 filles avec PPC
 - diminution de l'AMH (marqueur de follicules en développement, réserve folliculaire) sous aGnRH
- Etude italienne : 87 filles avec PPC
 - diminution du volume ovarien
 - diminution de l'AMH
 - réversibilité
 - ménarche environ 1 an après arrêt aGnRH



Impact sur la fertilité

- Etude longitudinale américaine dans le cadre de la PPC
- Rétrospective
- Filles avec PPC traitées par :
 - aGnRH
 - ou acétate de cyprotérone
 - ou non traitées

Table 1. Characteristics of the 214 central precocious puberty (CPP) girls from presentation to menarche

	Decapeptyl-treated <i>n</i> = 135	CyA-treated <i>n</i> = 18	Untreated <i>n</i> = 61	<i>P</i>
Age at diagnosis (years)	7.2 ± 1.2 (1.4–8.0)	6.4 ± 1.2 (2.5–7.7)	7.1 ± 0.7 (5.9–8.0)	<0.001
Initiation of Rx (years)	8.1 ± 1.0 (2.9–9.3)	7.4 ± 1.1 (4.5–9.2)		0.005
Cessation of Rx (years)	11.4 ± 0.4 (10.7–12.1)	11.2 ± 0.5 (10.5–12)		0.23
Duration of Rx (years)	3.3 ± 1.0 (2.0–8.8)	3.9 ± 0.8 (2.8–6)		0.02
Age at menarche (years)	12.0 ± 0.5 (10.7–13.0)	11.9 ± 0.5 (11.0–12.8)	10.9 ± 0.5 (10.0–12.0)	<0.001

– Versus 446 contrôles appariées pour l'âge et le sexe

Table 2. Demographic and reproductive outcome of 214 former central precocious puberty (CPP) women as compared to 446 women who experienced normal puberty

	Decapeptyl-treated			CyA-treated			Untreated		
	CPP (n = 135)	Control (n = 270)	P	CPP (n = 18)	Control (n = 54)	P	CPP (n = 61)	Control (n = 122)	P
Current age (years)	30.1 ± 3.2 (25–41)	30.2 ± 3.3 (25–41)	0.95	41.6 ± 4.5 (34–54)	41.9 ± 4.5 (34–54)	0.79	34.6 ± 5.8 (26–56)	34.7 ± 5.7 (26–57.5)	0.96
Education (years)									
≤12	32 (23.7)	74 (27.4)	0.44	2 (11.1)	15 (27.8)	0.08	15 (24.6)	28 (23.0)	0.32
13–16	82 (60.7)	146 (54.1)		12 (66.7)	20 (37.0)		36 (59.0)	62 (50.8)	
>16	21 (15.6)	50 (18.5)		4 (22.2)	19 (35.2)		10 (16.4)	32 (26.2)	
Marital status									
Single	42 (31.1)	79 (29.2)	0.35	2 (11.1)	5 (9.3)	0.31	10 (16.4)	18 (14.8)	0.47
Married/living together	92 (68.2)	183 (67.8)		13 (72.2)	46 (85.2)		46 (75.4)	99 (81.1)	
Divorced/widowed	1 (0.7)	8 (3.0)		3 (16.7)	3 (5.6)		5 (8.2)	5 (4.1)	
Women with children	59 (43.7)	133 (49.3)	0.53	13 (72.2)	48 (88.8)	0.58	44 (72.2)	84 (68.8)	0.56
1 child	25 (42.4)	43 (32.3)		3 (23.0)	10 (20.8)		3 (29.5)	17 (20.2)	
2 children	20 (33.9)	60 (45.1)		3 (23.0)	10 (20.8)		14 (32.0)	30 (35.7)	
3 children	11 (18.5)	24 (18.1)		6 (46.0)	24 (50.0)		13 (29.5)	24 (28.6)	
≥4 children	3 (5.1)	6 (4.5)		1 (8.0)	4 (8.4)		4 (9.0)	13 (15.5)	
Age at menarche (years)	12.0 ± 0.5 (10.7–13)	12.9 ± 1.1 (11.5–14.8)	<0.001	11.9 ± 0.5 (11–12.8)	13.0 ± 1.2 (11.5–15)	<0.001	10.9 ± 0.5 (10–12)	13.1 ± 1.3 (11.5–14.9)	<0.001
Hyperandrogenism									
No	95 (70.4)	223 (82.6)	0.006	9 (50.0)	43 (79.6)	0.04	40 (65.6)	101 (82.8)	0.003
Acne/Hirsutism	17 (12.6)	27 (10.0)		3 (16.7)	5 (9.3)		3 (4.9)	12 (9.8)	
Acne/Hirsutism with irregular menses	23 (17.0)	20 (7.4)		6 (33.3)	6 (11.1)		18 (29.5)	9 (7.4)	
Pregnancy									
Not yet	72 (53.3)	133 (51.2)	0.75	3 (16.7)	3 (5.6)	0.16	16 (26.2)	35 (28.7)	0.86
Pregnancy	63 (46.7)	127 (48.8)		15 (83.3)	51 (94.4)		45 (73.8)	87 (71.3)	
Fertility									
Spontaneous pregnancy	56 (88.9)	122 (89.1)	1.00	13 (86.7)	44 (86.3)	1.00	30 (66.7)	76 (87.4)	0.01
Assisted fertilization	7 (11.1)	15 (10.9)		2 (13.3)	7 (13.7)		15 (33.3)	11 (12.6)	
Course of pregnancy									
Uneventful pregnancy	57 (90.5)	128 (93.4)	0.56	13 (86.7)	46 (90.2)	0.65	41 (91.1)	79 (90.8)	1.00
Early miscarriage/pre-eclampsia	6 (9.5)	9 (6.6)		2 (13.3)	5 (9.8)		4 (8.9)	8 (9.2)	

Impact sur la fertilité

- Cohorte française (traitement par triptoréline)
 - En cours de publication
 - Résultats équivalents : pas de différence significative

Donc à priori pas d'impact sur la fertilité d'un traitement par aGnRH qui serait transitoire

Testicules ?

Traitement plus prolongé? + testostérone ou oestrogènes ?

Olson-Kennedy et al., Transgender Health, 2019 :

93 adolescents transgenres sous aGnRH inclus depuis 2015

311 adolescents transgenres sous gender affirming hormones

Recommandations actuelles

- Consultation préservation de fertilité avant traitement

T'Sjoen G et al., Endocrine Reviews, 2019

- Pas de recommandation sur prélèvement invasif chez enfant pré-pubère ou tout juste pubère
- Pas d'utilisation possible à ce jour pour pulpe testiculaire
 - Mais avenir (Fayomi et al., Science, 2019 : greffe autologue chez le macaque => puberté évolutive, spermatogenèse et fertilité)
- Pour l'ovaire, réutilisation possible (*Demeestere et al., Live birth after autograph of ovarian tissue cryopreserved during childhood, Hum Reprod, 2015*)

- Consultation d'information chaque année ? Evolutivité de la demande

- Etudes prospectives, protocoles de recherche +++

Finlayson et al., Transgend Health, 2016

Induction pubertaire : cross-sex hormones

MtF:

Hors AMM

- Oestrogènes à doses progressives : 17 β oestradiol
 - 0.25 mg / j puis augmentation progressive tous les 3-6 mois
 - Dose de 2 - 6 mg/j au bout de 2 ans

FtM:

Progestérone ?

- Androgènes : ANDROTARDYL à doses progressives
 - 50 mg / 3 semaines en IM initialement (sinon fatigue ++ chez les ados, impulsivité)
 - Adaptation en fonction des pics et résiduels
 - 100 à 200 mg / 2-3 semaines IM, dose atteinte en 1 à 2 ans



Suivi des patients en transition hormonale

Tous les 3 mois

- Poids, taille, pression artérielle, développement pubertaire
- Dosages hormonaux : LH FSH, oestradiol/testostérone

Tous les 6 mois

- FtM : NFS/Ht, BLC, Testostérone, 25OHD
- MtF : PRL, Estradiol, 25OHD

Tous les ans

- Ostéodensitométrie
- Age osseux



Transition hormonale

- Grande variabilité individuelle de la réponse au traitement
- Surveillance régulière et suivi à long terme

Table 12. Masculinizing Effects in Transgender Males

Effect	Onset	Maximum
Skin oiliness/acne	1-6 mo	1-2 y
Facial/body hair growth	6-12 mo	4-5 y
Scalp hair loss	6-12 mo	
Increased muscle mass/strength	6-12 mo	
Fat redistribution	1-6 mo	
Cessation of menses	1-6 mo	
Clitoral enlargement	1-6 mo	
Vaginal atrophy	1-6 mo	
Deepening of voice	6-12 mo	

Table 13. Feminizing Effects in Transgender Females

Effect	Onset	Maximum
Redistribution of body fat	3-6 mo	2-3 y
Decrease in muscle mass and strength	3-6 mo	1-2 y
Softening of skin/decreased oiliness	3-6 mo	Unknown
Decreased sexual desire	1-3 mo	3-6 mo
Decreased spontaneous erections	1-3 mo	3-6 mo
Male sexual dysfunction	Variable	Variable
Breast growth	3-6 mo	2-3 y
Decreased testicular volume	3-6 mo	2-3 y
Decreased sperm production	Unknown	>3 y
Decreased terminal hair growth	6-12 mo	>3 y ^a
Scalp hair	Variable	— ^b
Voice changes	None	— ^c

Prise en charge : recul de 20 ans

- 70 + 55 adolescents (Amsterdam Gender Identity Clinic)
 - Pas de retour en arrière (< 4% entre GnRHa et TH)
 - Minéralisation osseuse maintenue (mais perte initiale *Kink, JCEM, 2015*)
 - Amélioration des symptômes dépressifs
 - Pas d'étude sur taille finale, à priori non modifiée
 - Amélioration des échelles de qualité de vie

Delemarre-van de Waal et al., EJE, 2006

De Vries AL et al., J Sex Med, 2011

Cohen-Kettenis, et al., Arc Sex Behav, 2011

S. Rosenthal. JCEM, 2014

De Vries et al., Pediatrics, 2014

Tack et al. 2016 & 2017

- Vancouver, 84 patients
 - 84 adolescents pris en charge entre 1998 et 2011
 - 54% FtM
 - 12 à 19 ans
 - 32% de suppression pubertaire
 - Absence de complication (15 ans de recul)

Khatchadourian et al., J Pediatr, 2014

Attention

- A la vulgarisation / la généralisation des pratiques

Conférence TED : « Norman Spack: How I help transgender teens become who they want to be » => équipe pluridisciplinaire



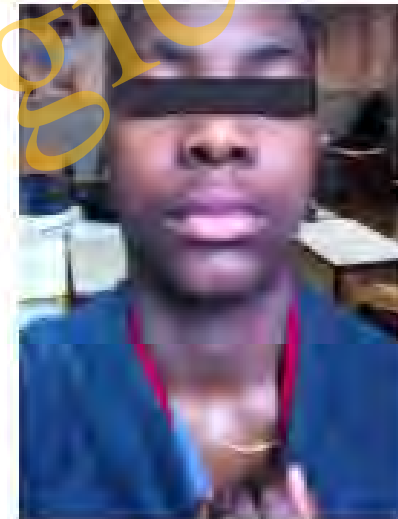
Loi / Ethique / Fertilité

- Changement de prénom à l'état civil possible avant 18 ans
- Changement de sexe à l'état civil possible à 18 ans, sans chirurgie (Loi de modernisation de la justice XXIème siècle, nov 2016)
- Préservation de fertilité possible, à évoquer/proposer
- Pas de texte sur la restitution possible des gamètes (*Condat et al., Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine, 2018*)
- Plus de possibilités d'accessibilité à la PMA avec la loi sur l'homoparentalité?



Depuis 2013:

- ≈200 adolescents vus en endocrinologie pédiatrique
 - 50 adolescents (MtF) et 150 adolescentes (FtM)
 - Age : 6 à 17 ans
 - 30 en début de puberté
 - Pas d'anomalie organique, SOPK ++
- Traitement hormonal initié chez 182 adolescents
 - 130 adolescentes > 14-15 ans : (Progestatif + Testosterone) après 1 an de suivi conjoint et validation en RCP
 - 40 validations RCP torsoplastie 3 validations chirurgie de réassignation
 - 4 adolescents Androcur / 36 aGnRH + Estrogènes
 - 30 adolescents sous analogues GnRH (15FtM et 15MtF) (11-12 ans)
 - Consultations Transitions vont débiter avec Nicolai



Conclusion

- Sujet sensible
- Reconnaître la transidentité
- S'avoir orienter dès que possible pour évaluation
- Prise en charge pluridisciplinaire (endocrinologue/psychiatre, mais aussi travailleurs sociaux, éthicistes, juristes...) dans un **centre expérimenté / RCP**
- Nécessité d'une réflexion à l'échelon national/européen et un suivi de cohorte + nécessité de moyens++

