

Hoera, het is een meisje!

Moet je als chirurg meedoen aan geslachtsaanpassende operaties? Zeker, zeggen Jeroen Meijerink, gastro-intestinaal chirurg en Mark-Bram Bouman plastisch en genderchirurg, beiden uit het VUmc, die er naast hun gewone chirurgische praktijk hun dagelijks werk van maakten.

Door: Geert Kazemier

Hoe groot is het probleem van transgenders in Nederland?

Bouman: Alleen al in aantallen aanzienlijk. Nederland telt volgens het Sociaal en Cultureel Planbureau ongeveer 50.000 transgenders tussen 15 en 70 jaar. Een recent rapport over een steekproef bij 8000 mannen en vrouwen in Nederland laat zien dat 4.6% van de mannen en 3.2% van de vrouwen een zekere mate van ambivalentie uitten met betrekking tot hun genderidentiteit.¹

Meijerink: En veel van die mensen hebben vaak moeite om met die gevoelens naar buiten te komen, want er bestaan rondom transgenders, transseksualiteit en geslachtsveranderende operaties nog heel wat controversen. Deze zijn zowel medisch inhoudelijk als ethisch, misschien zelfs filosofisch. Ondanks de aanpassing van het reglement voor de Miss Universe Verkiezingen dat nu ook vrouwen mogen meedoen die als man zijn geboren, is bijvoorbeeld het officieel wijzigen van je geslacht pas mogelijk na een definitieve geslachtsveranderende operatie met bijbehorende sterilisatie.

En hoe is het met hun psychische gesteldheid?

Bouman: Slecht. Ze hebben meer dan gemiddeld psychische problemen met een tienvoudig verhoogde incidentie van suïcidepogingen, zijn ongelukkiger dan leeftijdgenoten en leven vaker onder de armoedegrens. Hoe groot de psychische nood bij sommige mensen kan zijn, blijkt wel uit het feit dat sommigen overgaan tot autocastratie en autoamputatie. Na hun geslachtsveranderende operatie heeft een aanzienlijk deel van de transgenders trouwens ook nog psychische problemen.

Hoe is de transgenderchirurgie ontstaan?

Meijerink: De eerste gedocumenteerde man-naar-vrouw-operatie vond plaats in 1931 in Duitsland onder leiding van de seksuoloog-psychiater Magnus Hirschfeld in Berlijn en gynaecoloog Kurt Warnekros in Dresden. Lili Elbe, geboren als Einar Mogens Wegener, onderging vijf operaties. Na een orchidectomie door Hirschfeld, ging ze naar Dresden

voor verdere chirurgie, waaronder een transplantatie van de eierstokken en baarmoeder. De ovariumtransplantaten, ingebracht bij de tweede operatie, werden bij de derde ingreep weer verwijderd na acute resectie. Uiteindelijk overleed zij in 1931 aan de gevolgen van een acute afstotingsreactie van de uterus.

In 1956 opende gynaecoloog George Burou in Casablanca zijn praktijk, waar



Jeroen Meijerink



Mark-Bram Bouman

Genderidentiteit: het gevoel een man of vrouw te zijn.

Genderdysforie: De zelfervaring en het gevoel van onvrede en onbehagen man of vrouw te zijn. De sterkte van dit gevoel kan verschillen en het kan ook verschillende vormen hebben. Genderdysforie komt op alle leeftijden voor.

Transseksualiteit of genderidentiteitsstoornis is het verschijnsel, waarbij het biologische geslacht niet overeenstemt met het gevoelsmatige geslacht. **Transseksuelen** hebben het gevoel zich in het lichaam van de verkeerde sekse te bevinden. Zij wensen zich dan ook via hormonale behandeling en operatieve ingrepen aan te passen aan het geslacht dat volgens hen het enige juiste is.

Transgenders zijn mensen bij wie het lichamelijke geslacht niet overeenkomt met de genderidentiteit. Soms leven zij gescheiden levens met een mannelijke of vrouwelijke rol of nemen een rol aan tussen beide geslachten en nemen zij niet de stap naar hormonale en operatieve correctie van het geslacht.

mannen overigens zonder psychologisch onderzoek en enkel op “zelfdiagnostiek”, een geslachtsveranderende operatie konden ondergaan. Vele eerste generatie transseksuelen vonden hun weg naar Casablanca. Recent verscheen een documentaire “I’m a woman now” van Michiel van Erp over vijf mannen die 50 jaar geleden als eerste generatie bij Burou een geslachtsveranderende operatie naar vrouw ondergingen. Voor hen was hij een held!

Bouman: De eerste geslachtsveranderende operaties in Nederland vonden plaats in Arnhem in 1959 en 1960. De plastisch

"VOOR VEEL IRAANSE HOMOSEKSUELEN IS GESLACHTSVERANDERENDE CHIRURGIE DE ENIGE MANIER OM DE DOODSTRAF TE ONTLOPEN"

chirurg Woudstra verrichtte een phaloplastiek bij een transseksuele patiënt. Hierover werd destijds gepubliceerd in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en in 2007 door Haeseker en Nicolai in de rubriek “geschiedenis van de geneeskunde”.^{2,3} De meeste geslachtsveranderende operaties van man naar vrouw vinden tegenwoordig plaats in Thailand, op de tweede plaats komt Iran.

Iran?

Meijerink: In Iran is homosexualiteit onbespreekbaar en kan bij veroordeling van homoseksuele contacten, leiden tot de doodstraf. Een “oplossing” van het Iraanse parlement (en vastgelegd in een fatwa van Ayatollah Khomeini) voor het homoseksuele vraagstuk is het toestaan en volledig vergoeden van geslachtsveranderende chirurgie. Voor veel Iranese homoseksuelen is geslachtsveranderende chirurgie de enige manier om vervolging en doodstraf te ontlopen.⁴ Volgens schattingen zijn er 150.000 “transseksuelen” in Iran.

Dat laat direct zien dat er toch wel wat haken en ogen aan de geslachtsveranderende chirurgie zitten...

Meijerink: Zeker, dat is ook niet iets waar aan ik zou meewerken. Hoewel...?

Ja?

Meijerink: Nou ja, als het betekent dat mensen anders de doodstraf krijgen vanwege seksuele voorkeur... moeilijk. Ik weet niet of ik als arts in dergelijke omstandigheden daaraan zou kunnen meewerken. Overigens is de geslachtsveranderende chirurgie bij transgenders de meest vergaande vorm van correctieve chirurgie van de externe geslachtsorganen. Bij de man-naar-vrouw-verandering is dit de vaginoplastiek en bij de vrouw-naar-man-verandering is dit de phaloplastiek. Daartussen zitten allerlei vormen van geslacht corrigerende ingrepen bij aangeboren afwijkingen van zowel mannelijke als vrouwelijke genitalia.

Met name congenitale bijnierhyperplasie kan zeer wisselende geslachtsontwikkeling geven bij zowel mannen als vrouwen. Hoewel hier ook ethische problemen spelen bij de kinderchirurgie over de uiteindelijke geslachtskeuze en chirurgie hiervan, is er bij de genderchirurgie geen lichamelijke afwijking. Uiteindelijk bepalen de psychische nood en de wens van de transgender voor chirurgische aanpassing van het geslacht de indicatie tot chirurgie.

In Nederland gaan jullie niet over één nacht ijs. Wat moet er allemaal gebeuren voor je zo'n operatie krijgt?

Meijerink: Voordat een patiënt een geslachtsveranderende operatie kan

ondergaan, doorgaat hij of zij een heel traject. Het Kennis- en Zorgcentrum voor Genderdysforie, het genderteam in VUmc bestaat ruim 35 jaar. Er is ook een genderteam in het UMCG Groningen. De psychologen en psychiaters houden zich binnen het genderteam bezig met de diagnostiek en behandeling van deze patiënten. Verder zijn plastisch

"DE VOLGENDE STAP IS HET GEVEN VAN CROSS-SEKS-HORMONEN."

chirurgen, een chirurg, en op consulten basis een gynaecoloog, uroloog, KNO-arts en een kaakchirurg betrokken bij de behandeling. Adolescenten en volwassenen, maar ook steeds meer kinderen worden door dat genderteam gezien. Er zijn namelijk in toenemende mate kinderen die al op heel vroege leeftijd een rotsvaste en persisterende overtuiging hebben dat ze in een verkeerd lichaam zitten. Dit zal misschien geen absolute toename zijn; het is waarschijnlijk meer een gevolg van betere herkenning van de problematiek.

Waar vinden jullie zelf dat de controverse zit in de behandeling van kinderen met deze problemen?

Meijerink: Na uitgebreide screening en vaststelling van transgender identiteit worden kinderen al in de vroege pubertijd behandeld met een groeihormoonremmer om de ontwikkeling van



Pre-operatief



Post-operatief

secundaire geslachtskenmerken te remmen. Hier speelt natuurlijk de vraag of hormonale remming van stem, adamsappelontwikkeling en mannelijke kaakgroei

"IN HET BEGIN VOND IK HET BEST LASTIG OM BIJ EEN VERDER GEZOND IEMAND EEN COLONNAAD AAN TE LEGGEN."

om cosmetische redenen en preventie van latere cosmetische chirurgie, ethisch acceptabel is. Daar staat tegenover dat juist ook voor de psychische gezondheid van deze jonge groep, die moet wachten op definitieve chirurgische correctie, blijkt dat het van belang is dat zij hun lichaam niet zien ontwikkelen in een richting die voor hen totaal ongewenst is. Adolescenten met genderdysforie die worden behandeld via een genderteam met puberteitsremmers hebben een veel betere kwaliteit van leven dan diezelfde jongeren die geen puberteitsremmers krijgen.

Wat is de volgende stap bij die kinderen?

Bouman: De volgende stap is het geven van cross-seks-hormonen. Dit wordt gecombineerd met de eis dat adolescenten minimaal een jaar lang de rol van het gewenste geslacht aannemen, de Real Life Experience genoemd. Deze stap speelt aan het einde van

de geestelijke puberteitontwikkeling, rond het 15^e, 16^e levensjaar. Hierbij ontstaan geslachtskenmerken van het door hen gewenste geslacht en deze zijn minder goed reversibel. Een goede psychologische begeleiding in deze fase is cruciaal. Pas als deze periode succesvol is doorlopen, kan vanaf het 18^e jaar geslachtsaanpassende chirurgie worden verricht. Transgenders en familie ervaren dit meestal als opnieuw geboren worden; eindelijk het lichaam te bezitten waarnaar ze altijd verlangd hebben.

Jullie vertellen net dat het om heel veel patiënten gaat. Hoe plannen jullie dat in in het VUmc?

Meijerink: Er zijn momenteel lange wachtlijsten in het VUmc voor deze problematiek; er staan nu zo'n driehonderd volwassenen en ruim honderd adolescenten op de wachtlijst voor een geslachtsveranderende ingreep. Het is, helaas, een ingreep, die nogal eens moet wijken voor patiënten met oncologische aandoeningen. We doen ons best!

Wat is jouw rol, Jeroen als chirurg bij die ingrepen?

Meijerink: Vanuit de Gastro-Intestinale Chirurgie ben ik betrokken bij het aanleggen van de neovagina. Ik participeer in man-naar-vrouw-operaties in adolescenten. Tijdens die laparoscopische ingreep prepareer ik een gevasculariseerd deel van het sigmoid of soms het ilium vrij en leg een intracorporele anastomose aan. Tegelijkertijd wordt het uitwendig genitaal aangepast door Mark-Bram of

een van de andere plastisch chirurgen. Vervolgens wordt die blinde darmlis via een nieuw gecreëerde tunnel tussen rectum en prostaat, samen met de plastisch chirurg op de uitwendige plastiek in het perineum aangesloten. Deze darm-interpositie is nodig omdat door de hormonale remming bij kinderen er geen ontwikkeling is geweest van de penis en een penis-inversieplastiek, zoals bij volwassen transgender operaties, niet mogelijk is. Bij de volwassenen speel ik geen rol.

Hoe sta je zelf tegenover deze chirurgie?

Meijerink: In het begin vond ik het best lastig om bij een verder gezond iemand een colonnaad aan te leggen met alle risico's van dien. Inmiddels weet ik dat er wel degelijk sprake is van een patiënt met een aandoening die, al is het maar voor een deel, geholpen is met mijn operatie. En het is een cruciaal deel in het transitieproces, voor de patiënt vaak de laatste stap naar vrouw worden. Als je de afdeling oploopt en als je dan je patiënt met zo'n glimlach ziet liggen en er hangen allemaal roze ballonnen en geboortekaartjes met: "Hoera, het is een meisje", dan weet je dat je een zinvolle ingreep hebt gedaan. De blijdschap en dankbaarheid van de patiënten hebben me geholpen om over mijn eerste bedenkingen heen te komen. Een tevens zeer bevredigende spin-off van deze ingrepen is dat Mark-Bram en ik door onze ervaring bij het aanleggen van neo-vagina's, ook steeds vaker secundaire reconstructies doen bij vrouwen na uitgebreide gynaecologische ingrepen, waarbij een groot deel van de vagina is verwijderd. ■



Na 6 maanden

Literatuur

1. Kuyper, L. Transgenders in Nederland: prevalentie en attitudes. Tijdschrift voor Seksuologie. 2012; 36(2), 129-135.
2. Nuttige notities. No 9. Ned Tijdschr Geneeskd. 1959;103:2647-9.
3. B.Haesekeer en J.P.A.Nicolai. De eerste geslachtsveranderende operatie van vrouw naar man in Nederland, 1959/60. Ned Tijdschr Geneeskd. 2007;151:548-52.
4. The Guardian, 26 september 2007.