

Operative Geschlechtsumwandlung bei Störungen der Geschlechtsidentität

Olivier Bauquis^a, François Pralong^b, Friedrich Stiefel^c

CHUV, Lausanne

Quintessenz


- Bei der operativen Geschlechtsumwandlung geht es um mehr als nur um eine anspruchsvolle Chirurgie. Diese Operationen sind Glied einer Kette von anerkannten Behandlungsmodalitäten, ausgeführt durch ein interdisziplinäres universitäres Team aus spezialisierten Chirurgen, Psychotherapeuten und Endokrinologen.
- Mittels Phalloplastik bei transsexuellen Patienten ein ästhetisch und funktionell befriedigendes Glied herzustellen ist nach wie vor eine grosse Herausforderung. Zwar werden immer wieder neue Techniken vorgeschlagen, trotzdem bleibt der Aufbau des Penis aus einem freien Radialislappen die Methode der Wahl. Folgende Kriterien sind zu erfüllen: eine funktionstüchtige, die Miktion im Stehen erlaubende Harnröhre, einen Penis mit möglichst natürlichem Aussehen, erhaltener taktiler und erogener Sensibilität und mechanische Funktionstüchtigkeit zur sexuellen Aktivität.
- Für die Vaginoplastik wird invertierte Penishaut benützt, manchmal kombiniert mit Transplantaten von Haut oder Material aus Rektum oder Sigma. Die damit aufgebaute Vagina muss funktionell und sexuell erregbar sein und ästhetisch zufriedenstellend aussehen.
- Für ein optimales Resultat und rechtzeitige Feststellung allfälliger Nebenwirkungen ist eine lebenslange Nachsorge durch den Arzt, der die hormonelle Substitutionstherapie durchführt, entscheidend. Eine Begleitung durch eine psychiatrische Fachperson kann dem Patienten helfen, die in der postoperativen Phase auftretenden Probleme zu bewältigen. Gerade in dieser Phase entscheidet sich oftmals der Patient, sozial und psychisch ganz seinen eigenen Weg zu gehen.

Geschichtliches



Olivier Bauquis

Von Transsexualität spricht man bei Personen, die ihre soziale und psychische Geschlechtsidentität so empfinden, dass sie im Gegensatz zu ihren äusseren Geschlechtsorganen stehen. Entgegen einem weit verbreiteten Vorurteil handelt es sich bei Transsexualismus weder um ein neues noch auf unseren westlichen Kulturkreis beschränktes Phänomen.

Seit dem Altertum [1] traten in zahlreichen Kulturen transsexuelle Identitäten in Erscheinung (Abb. 1 ). In manchen Kulturen wurde ein drittes Geschlecht eingeführt, unter das Transsexuelle eingeordnet werden konnten. Die Kaste der Hijras beispielsweise besteht aus vollständig entmannten Männern, die leben und sich kleiden wie Frauen. Sie nehmen bei gewissen Riten in der indischen Gesellschaft eine wichtige Stellung ein.

Trotzdem wurde erst Mitte des 20. Jahrhunderts zum ersten Mal eine medizinisch-chirurgische Geschlechts-

umwandlung durchgeführt und in einer wissenschaftlichen medizinischen Fachzeitschrift publiziert (Christine [George] Jorgensen, operiert in Dänemark).

Manche Transsexuelle beginnen bei ihrer Suche nach Erfahrungen und Selbstakzeptanz damit, sich wie das andere Geschlecht zu kleiden (*cross-dressing*). Bei diesen Personen liegt lediglich eine unspezifische Form der Geschlechtsidentifikationsstörung vor. Ganz anders liegt die Situation bei denjenigen, die ein imperatives Bedürfnis verspüren, auch körperlich dem anderen Geschlecht zu entsprechen. Bei diesen Patienten kann einzig eine kombinierte psychiatrische und hormonale Behandlung zusammen mit einer chirurgischen Geschlechtsumwandlung dazu verhelfen, den Körper dem anderen Geschlecht anzupassen, in dem sie sich wirklich zu Hause fühlen.

In der Folge wurde von Fisk [3] ab 1973 für transsexuelle Patienten, die eine Operation zur Geschlechtsumwandlung wünschen, die Bezeichnung «Geschlechtsdysphorie» eingeführt. Dieses Konzept wurde in der 4. Revision des DSM von 1994 unter dem Kapitel «Geschlechtsidentitätsstörungen» aufgenommen:

Bei Personen «mit einer starken und andauernden gegengeschlechtlichen Identifikation und andauernden Unzufriedenheit mit ihrem Geschlecht oder einem Gefühl der Unstimmigkeit in der Geschlechterrolle» wird kindliche (302.6) resp. adolescente oder erwachsene Geschlechtsidentitätsstörung (302.85) diagnostiziert.

Die erste klinische Abhandlung über transsexuelle Menschen wurde von Harry Benjamin 1966 publiziert [4], worin er seine Erfahrungen in der Begleitung solcher Patienten beschreibt. Die in diesem Werk ausgeführten Definitionen werden auch heute noch zur Beurteilung transsexueller Patienten herangezogen:

- Überzeugung, eine dem bei der Geburt vorliegenden anatomischen Geschlecht entgegengesetzte Geschlechtsidentität zu haben;
- die Bereitschaft, Beziehungen als Frau oder Mann (die oder der man ist oder werden will) einzugehen;
- Fehlen unterdrückter homosexueller Tendenzen, sondern eher der Wunsch nach einer sexuellen Beziehung ganz als Frau resp. Mann (auch wenn es sich am Ende manchmal herausstellen kann, dass ein Transsexueller zusätzlich homosexuell sein kann);
- aktives Bestreben nach einer Operation zur Geschlechtsumwandlung.

^a Service de chirurgie plastique et reconstructive

^b Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme

^c Service de psychiatrie de liaison

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag haben.

Epidemiologische Aspekte und rechtliche Situation

Die Häufigkeit dieses Leidens wird bei Männern mit 1 auf 35 000 und bei Frauen mit 1 auf 100 000 Einwohner geschätzt. Nach gegenwärtigem Kenntnisstand handelt es sich um eine psychische Störung. Die spezifische Diagnose zu bestätigen ist nach wie vor schwierig. Sie beruht hauptsächlich auf einer klinischen Evaluation; weitergehende Untersuchungen sind von untergeordneter Bedeutung, auch wenn Hypothesen zu Ätiologie und Pathogenese bestehen: mögliche genetische Mutation, hormonale Einflüsse während der Schwangerschaft (vor allem bei der primären, seit der Kindheit bestehenden Transsexualität).

Da die Ursache(n) dieser Geschlechtsidentitätsstörungen derzeit weitgehend unbekannt ist oder sind, kann einzig durch eine standardisierte und auf das jeweilige Geschlecht zugeschnittene psychiatrische Beurteilung die Diagnose einer Geschlechtsidentitätsstörung gestellt werden. Es ist daher Sache der psychiatrischen Fachperson, die Empfehlung zur hormonellen und chirurgischen Geschlechtsumwandlung auszusprechen.

Immer noch bestehen viele falsche Vorstellungen über Transsexualität. Immerhin darf man feststellen, dass sich dank dem erwähnten multidisziplinären Behandlungsansatz Gleichgewicht und Lebensqualität dieser Patienten wesentlich verbessert haben.

In der Schweiz werden Behandlungen, insbesondere auch Operationen zur Geschlechtsumwandlung, von der Grundversicherung unter folgenden Voraussetzungen übernommen: die Operation wird von einem Psychiater empfohlen, sie wird in einem öffentlichen Spital vorgenommen, der Patient/die Patientin ist mindestens 25 Jahre alt und ist vor der Operation mindestens zwei Jahre regelmässig kontrolliert und behandelt worden. Nach der Operation wird die Änderung der offiziellen Personendaten vorgenommen, wozu eine Bestätigung des Chirurgen vorliegen muss.

Medizinische Kriterien für die chirurgische Behandlung

Psychiater, Chirurgen und Endokrinologen beurteilen einen Patienten mit Wunsch zur Geschlechtsumwandlung gemeinsam. Der Entscheid wird somit durch ein kompetentes und spezialisiertes multidisziplinäres Gremium gefällt. Es schlägt die für den Patienten – auch aus juristischer und ethischer Sicht – geeignetsten therapeutischen Schritte vor, um ihm ein Leben mit der gewünschten Geschlechterrolle zu ermöglichen und ihm die entsprechende hormonelle Behandlung und chirurgische Umwandlung seiner Geschlechtsorgane zukommen zu lassen.

Diese Patienten sind oft bereits in psychiatrischer Behandlung, oftmals wegen Angst- oder depressiven Störungen. Schliesslich wird die Diagnose Transsexualität gestellt. Damit kann eine Therapie mit Hormonen oder Antihormonen aufgenommen werden, ein ebenso einschneidender Entscheid wie der zur Operation. Dank der hormonalen Substitutionstherapie (mit Androge-



Abbildung 1
Ägyptische Gottheit.

nen bei biologischen Frauen resp. Östrogenen und Progesteron bei biologischen Männern) können sich die Patienten in ihrem Fühlen und Erscheinungsbild ihrem Wunschgeschlecht annähern, wenn sie sich an die für die gewünschten Effekte – beispielsweise Entwicklung oder Rückbildung der Brüste oder Zu- resp. Abnahme der Behaarung – nötige Dosierung halten.

Erst wenn der Patient gezeigt hat, dass er diese Veränderung in seinem Alltagsleben erfolgreich umsetzen kann (entscheidender, mindestens ein Jahr dauernder Zwischenschritt, der oft mit familiären, sozialen und beruflichen Konsequenzen manchmal dramatischen Ausmasses verbunden ist), darf man die nächste Etappe, die chirurgische Behandlung, in Angriff nehmen. Dazu braucht es ein schriftliches Gesuch an die Krankenversicherung, welches vom interdisziplinären Team, das sämtliche therapeutischen Schritte begleitet, gutgeheissen und anerkannt werden muss.

Um seine Verantwortung wahrnehmen zu können, muss der Chirurg die Diagnose, die zur Empfehlung des chirurgischen Eingriffs geführt hat, voll verstehen, und er muss mit seinen Kollegen aus anderen Fachgebieten in regelmässigen Besprechungen zusammenarbeiten; so kann er die nötigen schriftlichen Empfehlungen zuhanden der Vertrauensärzte der Krankenversicherungen formulieren, stets zusammen mit einer schriftlichen Bestätigung eines im Bereich der Geschlechtsidentifikationsstörungen kompetenten Psychiaters oder Psychologen (der auch jederzeit die chirurgische Intervention hinausschieben kann).

Häufig wird zuerst die chirurgische Brustveränderung ausgeführt. Dadurch kommt der Patient rasch zu einer realen Alltagserfahrung. Bei biologischen Frauen bedeutet dies eine Mastektomie, denn die Behandlung mit Testosteron reduziert das Brustvolumen kaum. Biologische Männer wünschen auf der anderen Seite eine Brustvergrösserung (hier sollte aber zunächst während mindestens zweier Jahre eine Hormonbehandlung vorangehen).

Operative Geschlechtsumwandlung Frau zu Mann

Eine Phalloplastik muss in zweierlei Hinsicht befriedigende Resultate erbringen: bezüglich Miktion (Wasser-

Tabelle 1. Komplikationen am freien Lappen bei 15 Fällen von Phalloplastik (2008–2009).

Komplikation	N	%
Stenosen (Neourethra)	0	0
Fisteln (Neourethra)	4	26
Infektionen	2	13
Arterielle Thrombosen	0	0
Venöse Thrombosen	1	7

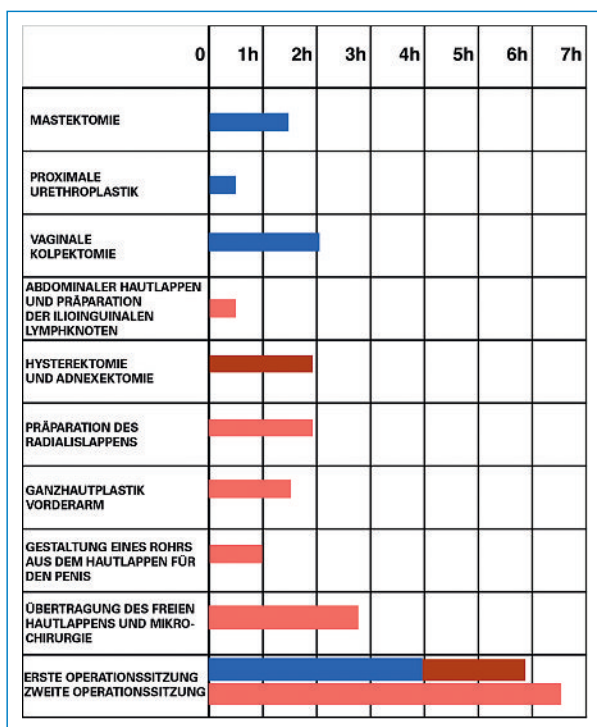


Abbildung 2
Chirurgischer Eingriff und Operationsdauer (für den Chirurgen).
Dauer der Operation durch den Gynäkologen: █

lösen durch das Glied im Stehen möglich) und Funktion (taktile Empfindung, wodurch es möglich wird, eine Erektionsprothese anzubringen). Eine vollständige plastische Wiederherstellung eines Penis mit abdominalem Rundstiellappen und autologem Rippenknorpel wurde erstmals von Borgoras [5] beschrieben. Maltz [6] rekonstruierte als Erster einen Penis mit funktionierender Harnröhre. In den folgenden 30 Jahren wurde die Urethroplastik nach Gillies [7] mit am äusseren Ende des Penis mündender Harnröhre zur funktionell befriedigendsten Technik, was die Miktion anbelangt.

In den 70er Jahren wurde mit dem Inguinalappen eine weitere Möglichkeit zur Penisrekonstruktion eingeführt, bei der die Entnahmestelle sofort vernäht werden kann. Allerdings soll nicht verschwiegen werden, dass Urethroplastiken in Kombination mit gestielten Lappen jedweder Art heikel sind, denn oft wird die Urethra in einem ersten Schritt auf dem Hautlappen belassen, um die Ernährung sicherzustellen, und erst in einem zweiten Schritt wird das Rohr geformt. Die diversen gestielten Lappen werden heute in manchen Kliniken etwas

zufällig eingesetzt, mit dem Argument, Zeit und Kosten für die Krankenversicherungen einzusparen.

Seit den 80er Jahren kann dank den Fortschritten der Mikrochirurgie der freie Unterarmlappen für die Phalloplastik verwendet werden. Diese Technik wurde erstmals von Chang und Hwang [8] beschrieben und ist heute die meistverwendete Methode zum Penisrekonstruktionsaufbau. Sie wurde auch im CHUV übernommen, denn damit kann in der gleichen Sitzung eine funktionelle Urethra in voller Penislänge eingebracht werden. Zweifellos eine bewährte Methode, auch bezüglich Komplikationshäufigkeit an der Neourethra. Zwar berichten manche Autoren über eine Häufigkeit von Fistelbildung zwischen 5,1 und 30% und Stenoseraten von 20 bis 40%, gemäss unserer eigenen Erfahrung liegen diese Raten jedoch deutlich tiefer (Tab. 1 ↻).

In den letzten zehn Jahren wurde in der wissenschaftlichen Literatur sehr viel über neue Techniken der Phalloplastik berichtet: von der Dauererektion durch ein in den Hautlappen inkorporiertes Knochentransplantat bis zur Glansplastik mit oder ohne Penisfurchen. Leider beruhen diese neuen Operationsverfahren bisher auf kleinen Fallserien. Angesichts ihrer Vor- und Nachteile sind sie nicht für die breitere Anwendung in den Universitätskliniken geeignet. Einige Autoren haben vorgeschlagen, einen *cricket bat-transformer* (Kricketschläger) genannten freien Lappen zur Herstellung einer Art Eichel zu verwenden [9], eine elegante, aber potentiell mit Komplikationen belastete Technik (partielle oder vollständige Nekrosen des Penislappens wegen eines Venentransplantats, das bei den mikrochirurgischen Anastomosen zwischengefügt werden muss, oder häufigere Fisteln und/oder Nekrosen der Neourethra wegen doppelter Naht des Penischafts dorsal und ventral und Position der Urethra im Zentrum des freien Lappens).

Die gesamte chirurgische Behandlung umfasst die Mastektomie, die totale vaginale Kolpektomie sowie die Hysterektomie inkl. Adnexektomie beidseits (Abb. 2 📷). Die Präparierung der proximalen Urethra geschieht durch Vulvektomie unter Belassung der grossen Labien und Teilexzision der kleinen Labien; der Urethralappen wird erhalten und über einem Katheter vernäht. Das Epithel an der Klitoris wird entfernt, dadurch kann diese in die Phalloplastik eingebaut werden, um die erogene Sensibilität zu erhalten.

Sodann entnimmt man den Hautlappen am Vorderarm des Patienten auf der nicht-dominanten Seite (dabei muss man sich mit dem Allen-Test vergewissern, dass die Arteria ulnaris gut durchgängig ist). Vorgängig werden die Abmessungen des Hautlappens aufgezeichnet: Die kubitale Seite ist für die Plastik des im Penis liegenden Teils der Harnröhre bestimmt und wird über einem Katheter zu einem Rohr geformt; die radiale Seite des Hautlappens wird präpariert und um die Urethra gewickelt; sie wird zum Penischaft (Abb. 3 📷). Beim mikrochirurgischen Teil der Operation wird zuerst der röhrenartig geformte Penislappen durch eine urethro-urethrale Naht zwischen der distalen Urethra im Penisbereich und der proximalen Urethra (Pars membranacea) verbunden. Ein Silikonkatheter wird gelegt, der nach Operationsende belassen wird. Hierauf werden die

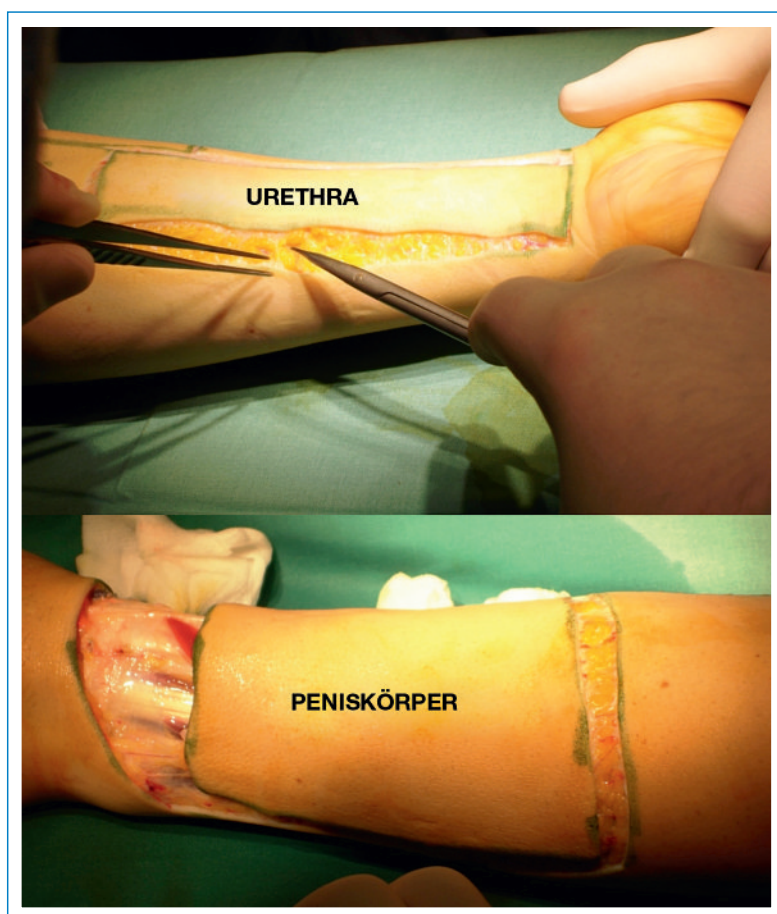




Abbildung 3
Radialislappen Vorderarm. Kubitales Ende zur Bildung der Urethra und radiales Stück zur Bildung des Penischafts.




Abbildung 4
Bildung eines Rohrs aus dem zum Aufbau des Penis bestimmten Hautlappen über einem Katheter, darauf urethro-urethrale Naht und mikrochirurgische Verbindung der vaskulären und neuralen Anastomosen, am Schluss Fixation der Haut.

vaskulären (zwischen A. femoralis und V. saphenae auf der Empfänger- und A. radialis und V. cephalica auf der Herkunftsseite) und neuralen Anastomosen (zwischen N. ilioinguinalis und Ramus profundus N. radialis) ausgeführt (Abb. 4 ). Die Herkunftsstelle des Lappens am

Vorderarm wird durch ein Transplantat von dünner Haut auf einer Folie aus synthetischem Kollagen gedeckt, das durch einen Verband mit negativem Druck festgehalten wird. Damit lassen sich ästhetisch sehr befriedigende Resultate erzielen (Abb. 5 .


Es sei erwähnt, dass die plastische Herstellung der Eichel mit einem Lappen aus der Penishaut erfolgen kann. Dieser Schritt wird besser in einer zweiten Sitzung ausgeführt, dadurch lässt sich die Komplikationshäufigkeit stark reduzieren, und es lässt dem Patienten die Wahl, ob er die Vorhaut geschnitten (Aspekt einer Zirkumzision) haben möchte oder nicht.

Nur wenn beim Hautlappen die taktile Sensibilität erhalten ist, kann ein Implantat langfristig erfolgreich eingesetzt werden – ein Grund mehr für die Verwendung des Radialislappens, denn hier kehrt die taktile Sensibilität durch die Nerven Anastomosen sehr häufig zurück.

Die hydraulische Penisprothese besteht aus einem Ventilsystem mit einem Reservoir. Sie enthält physiologische Kochsalzlösung mit einem beigemischten Kontrastmittel, die komprimiert werden kann und so eine Erektion auslöst (Abb. 6 ). Diese Vorrichtung wird üblicherweise bei Männern mit erektiler Dysfunktion angewandt und ist damit auf den Einsatz beim normalen Glied zugeschnitten. Deshalb treten bei allzu intensivem Gebrauch bei transsexuellen Männern manchmal Pannen auf; es kommt zu Aneurysmen im Zentralkörper, der in der Folge mehr oder weniger notfallmässig ersetzt werden muss. Oder aber es wird ein auswechselbares Implantat verwendet, wie es erstmals von Millard [10] beschrieben wurde. Schliesslich wird das Skrotum aus den grossen Labien geformt. Darin eingebaut werden ein Silikonimplantat und die hydraulische Pumpe des Penisimplantats, was wie Hoden aussieht.

Operative Geschlechtsumwandlung Mann zu Frau

In den 1950er Jahren kastrierten sich noch viele Jünglinge, um eine Maskulinisierung ihres Körpers zu vermeiden. Zur selben Zeit wurden bereits die ersten Vaginoplastiken mittels plastischer Chirurgie durchgeführt. Verwendet wurde Material aus Oberschenkeln und männlichen Genitalien.

Bei der Vaginoplastik wird die Penishaut umgestülpt und in die neue Höhle eingelegt (Abb. 7 ) , auch heute die gängigste Methode, nachdem bereits 1957 durch Gillies und Millard erstmals darüber berichtet wurde. Während dieses Eingriffs wird auch die Orchidektomie und Penisamputation vorgenommen. Die Klitorisplastik wird mittels des dorsalen Teils der Glans ausgeführt, wodurch die taktile und erogene Sensibilität erhalten werden kann.

Bei einigen Patienten muss aufgrund zu geringer Penisgrösse zusätzlich Skrotalhaut verwendet werden, um eine genügend tiefe Vagina zu bekommen. Hauptnachteil dabei ist, dass während fast sechs Monaten ein Vaginaldilatator angewendet werden muss, um eine Schrumpfung zu verhüten.



Abbildung 5
Zustand des Vorderarms 1 Monat und 1 Jahr nach der Operation mit einem mehr als zufriedenstellenden ästhetischen Resultat.

Manche Autoren berichten über gute Erfahrungen mit der Verwendung von Gewebe aus dem Sigmoid. Damit kann eine gute Vaginallänge erreicht werden, ohne dass täglich ein Vaginaldilatator appliziert werden muss. Allerdings können daraus andere Komplikationen entstehen, wie transitorische Darmpassagestörungen wegen Briden (bei laparoskopischer Operation deutlich seltener) oder chronische Beschwerden wie Schleimsekretion in die «Neovagina», was regelmäßige Hygiene erforderlich macht. Deswegen wird diese Methode oft als zusätzliche zweitbeste Möglichkeit nach Penisamputation und Kastration offengehalten, nicht wirklich als gleichwertige Alternative.

Wie bei der Phalloplastik sind die wichtigsten Komplikationen Infektionen, Hämorrhagien sowie Verletzungen an Harnblase, Urethra und Rektum, die Fisteln und Stenosen hervorrufen können, welche mitunter Zweitoperationen zur Korrektur notwendig machen. Die postoperative Nachsorge ist nicht nur für den Patienten wichtig, sondern ebenso für den Operateur, der dadurch erfährt, wo langfristig Nutzen und Grenzen dieser chirurgischen Behandlung liegen.

Zusätzlich zur hormonellen Behandlung zur Feminisierung des Körpers wünschen manche Patienten schönheitschirurgische Massnahmen, um noch «ech-

ter» auszusehen: Brustvergrößerung, Nasenplastiken, Kinnplastik, Kranioplastik, Lifting. Es sei erwähnt, dass man auch die Grösse des Adamsapfels verringern und die Stimme modifizieren kann, sei es chirurgisch oder konservativ durch Logopädie.

Hormonbehandlung

Transsexuelle Patienten, die ihr körperliches Erscheinungsbild demjenigen ihres Wunschgeschlechts anpassen möchten, benötigen eine hormonelle resp. anti-hormonelle Behandlung mit folgenden Zielen: 1. die endogene Sekretion von durch das biologische resp. genetische Geschlecht bestimmten Hormonen zu unterbinden; 2. für Individuen des Wunschgeschlechts normale Sexualhormonspiegel aufzubauen und zu erhalten.

Die Indikationsstellung zur Hormonbehandlung ist Aufgabe des Psychiaters, der die Diagnose gestellt hat und den Patienten betreut. Ist die Indikation gestellt, muss auch entschieden werden, wie intensiv der Patient auf die Hormonbehandlung vorbereitet werden muss, denn diese wird rasch zu tiefgreifenden Veränderungen seines Körpers und seines Erlebens führen. Es muss daher sichergestellt werden, dass er oder sie im Laufe der psychiatrischen Behandlung die neue Identität solide gefestigt hat und die Medikamente zuverlässig einnehmen wird. Es kommt nicht selten vor, dass die Patienten ihre Behandlung eigenmächtig ändern, um schnellere oder stärkere Veränderungen ihrer sekundären Geschlechtsmerkmale zu erzielen. Damit wird mitunter der Bereich der Substitution verlassen, und man gelangt in den therapeutischen Bereich mit der entsprechenden Gefahr von Nebenwirkungen.

Bei Beginn einer hormonalen resp. antihormonalen Therapie muss man sich unbedingt vergewissern, dass der Patient genau verstanden und akzeptiert hat, welche Wirkungen reversibel und welche allenfalls irreversibel sein werden. Insbesondere ist es wichtig, den Patienten so vollständig wie möglich über seine Möglichkeiten zur Fortpflanzung zu orientieren, speziell, wenn eine Behandlung vor Abschluss der Pubertät ins Auge gefasst wird. Langdauernde Exposition der Hoden mit hohen Dosen von Östrogenen wurde mit Schäden an den Hoden in Verbindung gebracht, aber es gibt keine Daten zur Wiederherstellung der Spermatogenese nach langdauernder Östrogentherapie. Auch die Wirkung langdauernder Testosterontherapie auf die Funktion der Ovarien bei biologischen Frauen ist kaum erforscht. Wegen dieser Ungewissheiten sollte man zumindest erwachsenen Männern empfehlen, vor Behandlungsbeginn Spermien tiefgefroren einlagern zu lassen.

Es ist auch wichtig, vor der Behandlung Erkrankungen auszuschliessen, die durch die vorgesehene Hormonbehandlung exazerbieren könnten: thromboembolische Erkrankungen im Falle einer Transsexualität Mann zu Frau wegen der Östrogentherapie; Brust- oder Uteruskrebs und Erythrozytose bei der Transsexualität Frau zu Mann wegen der Testosterontherapie. Recht häufig sind auch folgende relative Kontraindikationen: Rauchen, Diabetes mellitus und Lebererkrankungen. Sol-

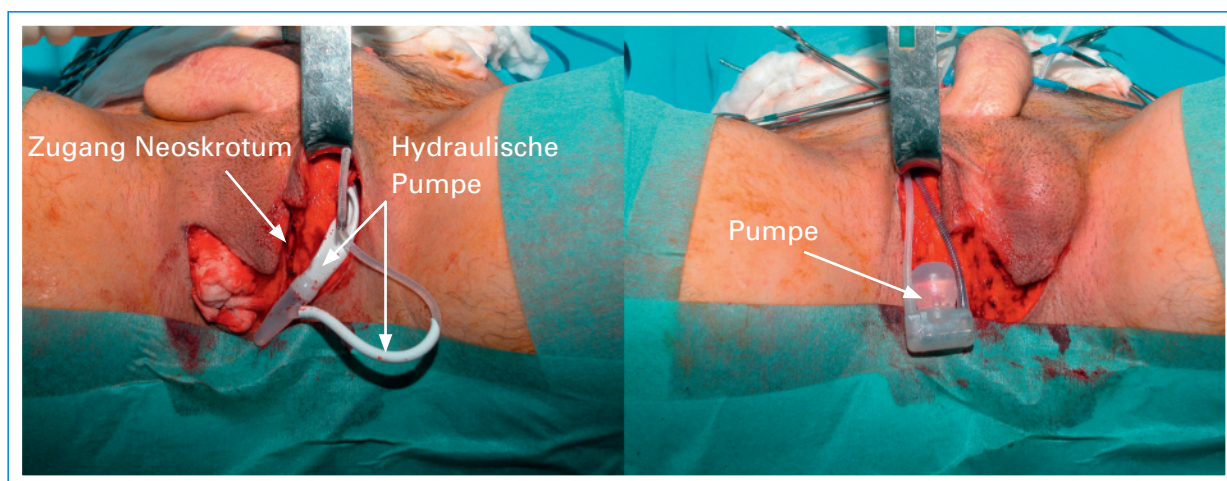


Abbildung 6

Dank dem Zugang durch das Neoskrotum lässt sich die hydraulische Penisprothese mit der Pumpe leichter einbringen. Das Reservoir wird durch eine suprapubische Inzision im präperitonealen Bereich platziert.

che Situationen sind eingehend zu besprechen, um Nutzen und Risiken der Behandlung gegeneinander abzuwägen. Die Hormontherapie führt bei Transsexuellen langfristig zu denselben Risiken, wie man sie bei der Substitutionstherapie bei biologischen Frauen resp. Männern normalerweise zu erwarten hat. Deswegen sollte man, wenn der Entschluss zur Hormonbehandlung endgültig gefallen ist, versuchen, die Sexualhormonspiegel in einem für normale Individuen des gewünschten Geschlechts normalen Bereich zu halten. So lassen sich die Risiken therapeutischer Dosen vermeiden. Verschiedene Östrogen- und Testosteronpräparate können mit Erfolg verwendet werden. Bei Transsexuellen vom Typ Mann zu Frau wird in der Regel zur Östrogensubstitution hinzu noch ein Antiandrogen gegeben. Schliesslich empfehlen wir, Patienten mit dieser Behandlung langfristig klinisch und labormässig nachzukontrollieren, mindestens einmal jährlich (detaillierte Informationen zur hormonalen Behandlung transsexueller Patienten finden sich in [11]).

Psychiatrische Begleitung

Die psychiatrische Begleitung orientiert sich an den verschiedenen Phasen des Geschlechtsumwandlungsprozesses, die der Patient durchläuft. Im Stadium vor Beginn der Hormonbehandlung haben die Gespräche zum Ziel, die Diagnose Transsexualität zu stellen, allfällige Begleiterkrankungen wie depressive Zustände, Substanzabusus oder Angststörungen, wie sie häufig mit der durch das Grundleiden verursachten Isolation, Schamgefühl, Gefühl des Nichtverstandenseins verbunden sind, zu identifizieren und zu behandeln, den Erfahrungen aus der Zeit vor dem ersten Arztbesuch zuzuhören und allfällige Fehlentwicklungen in den Beziehungen zwischen Patienten und dem medizinischen Personal zu entschärfen.

Dann muss mit den Patienten ihr Wunsch näher abgeklärt werden: Welche Behandlungen haben sie ins Auge gefasst, wie empfinden sie ihren gegenwärtigen und

den von ihnen gewünschten Körper, was sind ihre Hoffnungen und Ängste, wie wollen sie mit einem Körper umgehen, der sich unter der hormonellen Therapie verändert? Dies ist auch der Moment, wo man allfällige Illusionen über den neuen Körper und das neue psychische Befinden nach der Geschlechtsumwandlung ausräumen sollte. Es kommt selten vor, dass eine Geschlechtsumwandlung aus psychiatrischer Kontraindikation nicht in Frage kommt, jedoch können in jeder Phase dieses Prozesses Gründe eintreten, die es ratsam erscheinen lassen, die Behandlung zu unterbrechen und zu warten, bis eine seelische Stabilität erreicht ist.

Während der Hormonbehandlung sind die Patienten mit Veränderungen ihres Körpers konfrontiert, Änderungen, die nicht nur Freude auslösen können, weil nun «endlich gehandelt wird» und der Körper sich zur gewünschten Erscheinung hin entwickelt, sondern auch Gefühle der Angst und Enttäuschung, weil es zu langsam geht und die Transformation Grenzen hat. Eine weitere Herausforderung ist es, die früheren Phantasien nun in die Realität umzusetzen, Blicke und Kommentare der Mitmenschen auszuhalten, sich neuen biologischen, psychischen und sozialen Fixpunkten anzupassen. Mit der Aufnahme der Therapie bekommen die Patienten das Gefühl, verstanden und ernstgenommen zu werden, sie lösen sich – mindestens im Kontakt mit Ärzten und Pflegenden – aus ihrer Isolation. Der Druck auf ihre eigene Psyche und der Druck auf das medizinische Personal, speziell den Psychiater, gehen zurück; in dieser Phase bietet sich die Gelegenheit, näher auf die Familienanamnese einzugehen und die Transsexualität in einen Zusammenhang zu stellen. Transsexuelle Patienten lassen sich nur selten auf eine eigentliche Psychotherapie ein; es geht mehr darum, ihnen einen Raum zu bieten, in dem sie sich aufgehoben und unterstützt fühlen, als introspektive Arbeit zu leisten, für die ihnen oft auch die Mittel fehlen würden. In der Phase vor der Operation kann der Psychiater Ambivalenzen und Ängste in Zusammenhang mit der Operation ausloten; in dieser Phase bildet derjenige, der den Patienten von Anbeginn vor Aufnahme der Be-



Abbildung 7
Inversion der Penishaut: Ansicht unmittelbar postoperativ und nach zwölf Monaten.

handlungen an kennt, auch eine Art «Fixpunkt für sein Selbst», der ihn in all den Stadien seines Umwandlungsprozesses stets als individuellen Menschen anerkannt hat. Damit hilft der Psychiater dem Patienten, seine Veränderung zu erleben und trotzdem ein Gefühl der Konstanz zu behalten. Dabei ist wichtig zu wissen, dass viele Patienten die Veränderungen an ihrem Körper durchaus positiv erleben und sagen, sie hätten das Gefühl, endlich zu ihrem eigentlichen Körper gefunden zu haben. Dass der Therapeut ein Gefühl der Kontinuität vermittelt, ist bei diesen Patienten somit weniger entscheidend als in anderen Bereichen der Liaisonpsychiatrie, wo sich die Patienten mit unerwarteten, unerwünschten und bedrohlichen körperlichen Veränderungen konfrontiert sehen.

In der postoperativen Phase werden die Patienten, wie bereits erwähnt, zunehmend unabhängiger von der ärztlichen und psychiatrischen Betreuung, und es braucht seltener Termine bei Arzt und Psychiater.

Für die psychiatrische Betreuung transsexueller Patienten braucht es spezifische Kenntnisse und Erfahrungen, Offenheit und die Fähigkeit, mit Patienten umzugehen, die mitunter erheblichen Druck auf Psychiater und anderes Personal ausüben. Dass der Psychiater gleichzeitig Therapeut wie Experte ist, der die Indikation zur medizinischen und chirurgischen Behandlung

zu stellen hat, macht seine Position nicht einfacher. Es kann dies den Aufbau einer echten Beziehung verhindern, weil ja der Patient beim Psychiater «einen guten Eindruck machen» will, damit dieser sein Anliegen unterstützt. Dennoch mit der Zeit eine Vertrauensbasis und echte therapeutische Beziehung herzustellen ist daher eine grosse Herausforderung.

Schlussfolgerung

Operationen zur Geschlechtsumwandlung müssen ästhetisch und funktionell befriedigende Resultate ergeben und dürfen kaum Komplikationen verursachen, denn die Patienten sind oft jung und in guter gesundheitlicher Verfassung. Wer eine operative Geschlechtsumwandlung möchte, sollte sich daher nur an erfahrene Fachleute wenden, die solche Operationen regelmässig durchführen. Überdies finden wir es wichtig, dass dem Patienten nach der Operation eine multidisziplinäre Nachsorge geboten wird, denn der Erfolg hängt auch davon ab, wie gut die Betreuung nach der Spitalentlassung ist.

Angesichts der zunehmenden Zahl von Patienten, die nach solchen Operationen im Ausland mit Komplikationen heimkehren, finden wir es sehr wichtig, dass wir hier bei uns nach wie vor über kompetente Teams verfügen, die diese Behandlung in einer Universitätsklinik anbieten können.

Korrespondenz:

Dr. Olivier Bauquis
Médecin Agrégé
Service de Chirurgie Plastique et Reconstructive; CHUV
Rue du Bugnon 46
CH-1011 Lausanne
olivier.bauquis@chuv.ch

Empfohlene Literatur

- Chang TS, Hwang WY. Forearm flap in one-stage reconstruction of the penis. *Plast. Reconstr. Surg.* 1984;74:251.
- Benjamin H. *The Transsexual Phenomenon*. New York: Julian Press, 1966.
- Meyer R, Daverio PJ, Dequesne J. One-stage phalloplasty in transsexuals. *Ann. Plast. Surg.* 1986;16:472–9.
- Laub DR, Laub DR II, Van Maasdam JV. Gender dysphoria syndrom. In Smith JW, Aston S, eds: *Grabb and Smith's Plastic Surgery*, 4th ed. Boston, Little, Brown; 1991:1393–412.
- Wedler V, Meuli-Simmen C, Guggenheim M, Schneller-Gustafsson M, Künzi W. Laparoscopic technique for secondary vaginoplasty in male to female transsexuals using a modified vascularized pedicle sigmoid. *Gynecol. Obstet. Invest.* 2004;57(4):181–5. Epub 2004 Jan 29.

Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie unter www.medicalforum.ch.

Operative Geschlechtsumwandlung bei Störungen der Geschlechtsidentität /

La chirurgie de réassignation sexuelle dans le cadre des troubles de l'identité de genre

Literatur (Online-Version) / Références (online version)

- 1 Green, R : Mythological, historical and cross cultural aspects of transsexualism. In Green, R., and Money. J.(eds) : Transsexualism and Sex Reassignment. Baltimore, Johns Hopkins, 1969, pp. 13-22.
- 2 Hamburger C, Sturup GK, Dahl-Iversen E : Transvestism. Hormonal, psychiatric, and surgical treatment. JAMA 1953 ; 152 : 391.
- 3 Fisk, N. : Gender dysphoria syndrome----the how, why, and what of a condition. Interdisciplinary Symposium on Transsexualism. Stanford University School of Medicine, Paolo Alto, California. February 2-4, 1973.
- 4 Benjamin, H. The Transsexual Phenomenom. New York : Julian Press, 1966.
- 5 Borgoras, N. : Uber die volle plastische Wiederherstellung eines zum Koitus fahigen Penis (Penioplastica Totalis). Zentralb. Chir. , 63 : 1271, 1936.
- 6 Maltz, M. : Evolution of Plastic Surgery. New York, Frobin Press, 1946, p278.
- 7 Gillies, H. D., and Harrison, R. J. : Congenital absence of the penis. Brit. J. Plast. Surg. ; 1948 : 1 :8.
- 8 Chang, T.S., and Hwang, W.Y. : Forearm flap in one-stage reconstruction of the penis. Plast. Reconstr. Surg 1984 ; 74 : 251.
- 9 Gilbert, DA., Jordan, DH., Devine CJr., Winslow, BH. : Microsurgical forearm « cricket bat-transformer » phalloplasty. Plast. Reconstruct. Surg. 1992 ;90(4) :711-6.
- 10 Millard, D.R. : Scrotal construction and reconstruction. Plast. Reconstruct. Surg. 1966 ; 38 : 10.
- 11 Hembree et al, Endocrine treatment of transsexual persons : an Endocrine society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab 94 :3132; 2009.