

ERKEKTEN KADINA PRİMER TRANSSEKSÜALİZM DEĞERLENDİRME VE TEDAVİ METODLARININ GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Tuğrul MARAL

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

ÖZET

Transseksüalizm kişinin kendi biyolojik cinsiyeti ile, psikolojik cinsiyet kimliği ve toplumdaki cinsiyet rolü arasında uyumsuzluk olarak tanımlanır. Transseksüeller ısrarlı olarak cinsiyet değiştirmenin çaresini ararlar. Transseksüalitenin günümüzdeki tedavisi olan Cinsiyet Değiştirme Ameliyatları (CDA) pekçok etik ve yasal konular yaratmaktadır, ve ülkemizde bu konunun çok daha fazla araştırılmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Bu yazıda, erkekten-kadına olan transseksüalizmin (erkek transseksüalitesi) psikiyatrik, endokrinolojik ve cerrahi açıdan değerlendirme ve tedavisi, ve konunun Türkiye'deki yasal boyutları gözden geçirilmiştir. Ayrıca, sınırlı sayıda hastada CDA ile olan tecrübemiz sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Transseksüalizm, Cinsel kimlik bozuklukları, Erkek transseksüalitesi, Cinsiyet değiştirme ameliyatları, Penis deri flepleri

Etyolojisi bilinmeyen psikoseksüel bir hastalık olan transseksüalizm, kişinin kendi biyolojik cinsiyetinden veya kendi cinsiyet rolünden sürekli ve ısrarlı olarak huzursuzluk ve sıkıntı duyması, ve cinsiyet değişimi için çare araması olarak tanımlanır.¹ Transseksüalite kişisel özgürlüklerin genişlemesi, cinsel yargıların değişmesi, ve bireysel hak ve istemlerin ön plana çıkmasıyla beraber, yüzyılım başlangıcından bu yana, toplumlarda giderek artan bir sıklıkta görülmektedir. Konu üzerine olan yazıların çoğu tedavi konusunda olmasına rağmen, bu tedavilerin etkinliği üzerine olan tartışmalar sürmektedir. Günümüzde, CDA (Cinsiyet Değiştirme Ameliyatları) üreme fonksiyonunu düzeltemedikleri veya daha doğru bir deyişle ortadan kaldırdıkları için palyatif olmalarına rağmen, transseksüalite tedavisinde yararlı ve yapılması gereken ameliyatlara kabul edilmektedirler¹⁻⁴.

Ülkemizde CDAnın yaygınlaşmasıyla birlikte, transseksüalite medyatik yönleri nedeniyle yazılı ve görsel basında devamlı olarak gündemde kalmaktadır. Buna karşı, toplumda ve konuyla direkt ilgili birkaç bölüm dışında tıp camiasında yeterli bilgilendirme

SUMMARY

Review of the Methods for Assessing and Treating Male to Female Primary Transsexualism.

Transsexualism is defined as discord between an individual's biological sexual identity, and their psychological sexual identity and sexual role in a population. Transsexuals seek gender reassignment with insistence. Gender reassignment surgery (GRS), which is the current treatment for transsexualism, raises many ethical and legal issues, and much more investigation of this subject is needed in our country. This article reviews the psychiatric, endocrinologic, and surgical assessment and treatment of male-to-female transsexualism (male transsexualism), and the legalities surrounding this issue in Turkey. In addition, we present our experience with GRS in a limited number of patients.

Key Words: Transsexualism, Gender identity disorders, Male transsexualism, Gender reassignment surgery, Penis skin flaps

olmaması ve CDAnın taşıdığı yasal ve etik sorunlar nedeniyle, transseksüalizm ülkemizde yoğun tartışma ve bilgilendirmeyi bekleyen bir konudur⁴. CDA ameliyat öncesi yeterli değerlendirme yapmadan, kontrolsüz olarak uygulanırsa, bazı hastaların yardımdan çok zarar göreceklere bir gerçektir. Bu yazıda, erkekten-kadına olan, yani erkek transseksüalitesinin psikiyatrik, endokrinolojik ve cerrahi açıdan değerlendirme ve tedavisi, ayrıca adli tıp ve yasal açıdan ülkemizdeki konumu gözden geçirilecektir. Ayrıca, bu konuda kısıtlı bir hasta sayısı üzerindeki kendi gözlem ve tecrübemiz sunulacaktır.

TANIMLAMALAR

Cinsel kimlik kişinin kendini kadın ya da erkek olarak hissetmesi, cinsel rol davranışı ise kişinin hissettiği cinsel kimliğe uygun davranışları sergilemesidir¹⁻⁴. Normal koşullarda kişinin biyolojik cinsiyet özellikleriyle cinsel rol davranışları toplumsallaşma sürecinde bağlantılı ve uyumludur. Cinsel yönelim ise bu iki tanımdan daha farklı olarak, kişinin erotik uyarılmasıyla

ilgilidir ve heteroseksüel, homoseksüel, ve biseksüel olarak üç değişik cinsel yönelim olabilir. Erkek transseksüeller biyolojik olarak tamamen erkek olup, cinsel rol davranışları kadın kimliğiyle ortaya çıkar.

Transseksüalizm psikiyatride CKB (Cinsel Kimlik Bozuklukları) arasında sınıflanmaktadır. APA'nın (American Psychiatric Association) psikiyatrik hastalıkların tanı ve sınıflaması için 1994'de kabul ettiği son sınıflama olan DSM-IV'de, önceki sınıflamalardan farklı olarak "transseksüalizm" kelimesi kullanılmamış ve sadece CKB tanımlaması getirilmiştir⁵. Burada CKB başlığı altında üç tanı bulunmaktadır; çocukluktaki CKB, ergenlik ve yetişkinlikteki CKB, ve başka türlü tanımlanamayan CKB. Ergenlik ve yetişkinlikteki CKB tanısında, kişinin cinsel kimliğiyle ilgili huzursuzluğunun bir göstergesi olarak "ameliyat ve hormon istemi" tanı kriterleri arasında bulunmaktadır. Diğer yandan, "transseksüel" tanımı klinisyenler, sorunu yaşayan kişiler, ve halk arasında yaygın kabul bulduğu, ve WHO'nun (World Health Organization) 1992'de yaptığı ICD-10 (International Classification of Disease-10) sınıflamasında⁶ bulunduğundan bu yazıda "transseksüalizm" kelimesinin kullanımı sürdürülecektir.

İNSİDANS

Erkek transseksüalitesinin insidansı batı toplumlarında genel olarak 1/50000 ve erkek/kadın transseksüalite oranı 3:1 ile 2:1 arasında bulunmaktadır⁷. Hollanda'da transseksüalite insidansı yaklaşık olarak erkeklerde 1/18000, kadınlarda 1/54000 olarak saptanmıştır⁸. Türkiye'de bu konuda yapılmış kapsamlı bir çalışma bulunmamaktadır. 1994'den önce İstanbul Adli Tıp Kurumu'na başvuran transseksüellerin incelenmesinde, erkek/kadın oranı 5/1 olarak bulunmuştur⁷. Ankara Üniversitesi, Adli Tıp Bölümü'ne, 1989-1994 yılları arasında kimlik değişimi için başvuran kişilerin tümü erkek transseksüellerdir⁹. Bunun nedeni, kadın transseksüellerde uygulanan CDAnın teknik olarak daha zor ve özellikle o yıllarda çok sınırlı sayıda yapılmasından kaynaklanabilir.

ADLİ TIP VE HUKUK AÇISINDAN TRANSEKSÜALİZM

Ülkemizde Türk Medeni Kanunu'nun 29. maddesine 2. fıkraya olarak ilave edilen, 4/5/1988 tarih ve 3444 sayılı hüküm, CDAnı yasal bir zemine oturtmuştur^{7,10}. Bu hükme göre, mahkemeler doğumdan sonra meydana gelen cinsiyet değişikliklerinde kişinin kimlik değiştirilmesi başvurusu için, asgari sağlık kurulu raporuyla belgelendirilmek üzere karar ve onay verebilmektedirler. Bu hüküm CDAnı yasal bir zemine çekse de, cinsel kimlikle ilgili işlemlerin ameliyat öncesinde yeterli değerlendirmeler yapılmadan gerçekleştirilmesi etik ve bazı hastalarda psikiyatrik sorunlar oluşturabilir. Ameliyat olmuş ve kimlik değişimi

için başvuran 16 erkek transseksüelin incelenmesinde, Adli Tıp Kurumu 1994'de 2 kişiyi "transseksüel ameliyatına tabii tutulmuş homoseksüel erkek" olarak değerlendirmiş ve kimlik değişimlerini onaylamamıştır.⁷

Ülkemizde transseksüalizm konusundaki yazılı kaynaklar, özellikle kontrollü klinik çalışmalar çok az sayıda bulunmakta, ve konu genellikle panel veya oturumlardaki sözel tartışmalarla sınırlı kalmaktadır.⁴ Erkek transseksüellerin çoğunun ses sanatçısı, barmaid ve konsomatristlik gibi sabit gelir getirmeyen ve güvencesi olmayan işlerde çalıştıkları saptanmıştır.^{7,9,11} Bunun nedeni bu kişilerin çalışma izinlerinin olmaması sonucu başka iş olanaklarından yoksun olmaları ve genellikle toplum tarafından dışlanmaları olabilir. Medeni Kanundaki yasal zemine rağmen, henüz hukuksal açıdan transseksüeller ile ilgili hiçbir yasal düzenleme bulunmamaktadır. Bunlar arasında transseksüellerin yasal olarak evlenebilme koşulları, boşanma sonrası çocukların kime verileceği, iş ortamında ayırım, spor yarışmalarına nasıl katılacakları, askeri yükümlülükleri, hapishanelerde sunulacak koşullar, ve ameliyatların sosyal güvenlik kurumları tarafından karşılanması sayılabilir. Bu konuda ülkemizde yapılacak klinik araştırmaların artması kendi toplumumuzdaki olguları daha iyi tanımaya, onlara daha iyi hizmet sunmaya, ve yasa yapıcılara yol göstermemize yardımcı olacaktır.

AMELİYAT ÖNCESİ DEĞERLENDİRME VE TEDAVİ

Ameliyat öncesi psikiyatrik ve psikolojik değerlendirme transseksüalite tanısının yeniden gözden geçirilmesiyle başlar. Kendisini transseksüel olarak tanımlayıp CDA, hormon tedavisi veya kozmetik cerrahi için başvuran ve transseksüel olmayan birçok psikiyatrik hasta, örneğin şizofrenler, transvestiler, efemine eşcinseller, kişilik bozuklukları veya tanısı kesin olmayan kişiler bulunduğundan, ayırıcı tanıya özellikle erkek transseksüellerde daha fazla önem verilmelidir.^{8,12-14} Person ve Oversey¹⁴ transseksüelleri primer ve sekonder olarak ikiye ayırmıştır. Sekonder transseksüeller bir diğer psikiyatrik hastalığa ikincil olarak cinsel kimlik sorunu yaşamaktadırlar, bunlar gerçek transseksüel olmadıklarından yapılacak CDA var olan psikopatolojilerini daha da karmaşıklatacaktır.^{14,15}

Transseksüeller üzerinde yapılan çalışmalar transseksüalite gelişmesi için genellikle özel psikopatolojik durumların var olmasının mutlaka gerekmediğini ve bu kişilerdeki psikopatolojinin normal toplumda rastlanandan daha fazla olmadığını göstermektedir.^{16,17} Diğer yandan, bu kişilerin toplum içinde yaşadıkları zorluklar ve engellenmeler düşünüldüğünde, sorunsuz olarak yaşadıklarına inanmak güçtür. Bazı çalışmalar transseksüellerde depresyon, anksiyete bozukluğu, intihar girişimi, fiziksel olarak

kendine zarar verme gibi durumların yüksek oranda bulunduğunu göstermiştir^{8,18-20}. Toplumsal destek sistemleri güçlü olan toplumlarda yaşayan ve aile tepkisi az olan transseksüellerin CDA öncesi ve sonrasında psikolojik uyumları daha başarılı bulunmuştur^{20,21}.

Günümüzde, CDAnın yaygın olarak yapıldığı merkezlerde genellikle, "Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association" tarafından belirlenen standartlara uyulmaktadır². Transseksüellere tedavi yaklaşımı multidisipliner bir ekip tarafından sürdürülmelidir. Bu ekipte psikiyatrist, endokrin uzmanı ve plastik cerrahın bulunması esastır, ayrıca jinekolog, ürolog, genel cerrah, KBB uzmanı, deneyimli hemşire, sosyal terapist, konuşma terapisti ve avukatın bulunması yararlı olacaktır³.

Ameliyat öncesi dönemde kişinin toplumda kadın kimliğiyle bir süre yaşaması yararlı olacaktır. Bu süre Kaplan'a göre 3-12 ay arasında olabirse de, uluslararası standartlar en az 2 yıl olarak belirlemiştir^{2,3}. Gerçek yaşam testinin amacı kişinin gerçekçiliğini artırma ve gerçek dışı beklentilerini engellemektir. Bu test sırasında kişilerin üçte birinden fazlası hormonal değişimlerini yeterli bularak ameliyattan vazgeçebilmektedirler¹. Ülkemizde çoğu transseksüel psikiyatrik ve cerrahi tedavi aramadan, uzun yıllar toplumda kadın cinsiyetinde yaşamakta ve hormon kullanmaktadır^{11,18}. Bu kişiler ameliyat için başvurduklarında, yapılacak psikiyatrik tanı ve değerlendirmeler, kendisini transseksüel olarak tanımlayıp ilk kez başvuran kişilerde yapıldığı özenle yapılmalıdır. Fakat, bunlarda primer transseksüalite tanısı konulduktan sonra kişinin hormonal profili ve sekonder seks karakteristikleri yeterli ise, CDA daha kısa sürede uygulanabilir¹⁴.

Tanı konulmasını takiben kişi toplumda kadın cinsiyeti ile yaşarken, genellikle 3-9 ay sonra hormonal tedavi başlar^{22,23}. Hormon verilmesi mutlaka gerekli değildir ve tıbbi nedenlerle kontrendike olan kişilerde verilmeyebilir²². Transseksüellerin endokrin uzmanı tarafından takibi hayat boyunca sürebilir. Ameliyat öncesi dönemde, östrojen tedavisi için genellikle etinil estradiol 100 mikrogram/gün ve antiandrojen tedavi için spiroolactone 200 miligram/gün veya cyproterone acetate 100 miligram/gün dozlarında, oral olarak başlanır. Ameliyat sonrası testislerin çıkması ile hastanın antiandrojen ihtiyacı azalacağından yeniden doz ayarlamasına gidilmelidir. Kırk yaşın üstündekilerde transdermal estradiol preparatları uygulanabilir. Kas içine verilebilen preparatlar ise tromboembolik komplikasyon riski daha fazla olduğundan önerilmemektedir. Bu hormonların az dozda yetersizlik, çok dozda istenmeyen yan etkileri olduğundan, ve hayat boyu kullanımları tavsiye edildiğinden periyodik olarak kan düzeylerinin takibi ve gerekirse doz ayarlaması yapılmalıdır. Yüksek dozda hormonlar karaciğer fonksiyon bozukluğu, trombo-embolik komplikasyonlar,

yağ metabolizması değişiklikleri, hipertansiyon, ve hiperprolaktinemiye yol açabilir. Ameliyattan en az 2 hafta önce, ameliyat sonrası kısa sürede başlamak üzere, hormon tedavisine ara verilmelidir. Genellikle 1 yıllık bir tedavi sonrası kıllanmada azalma ve göğüslerin büyümesi şeklinde sekonder seks karakterlerinde değişimler belirginleşir. Hormonal tedavi 1. yılını doldurunca CDA gerçekleştirilebilir.

CERRAHİ AÇIDAN TRANSSEKSÜALİZM

Erkek transseksüellerde CDAnın cerrahi açıdan amacı fonksiyon ve görünüm olarak doğala mümkün olduğunca yakın bir kadın perineogenital bölgesinin oluşturulmasıdır. Vajina derinliği en az 10 cm ve genişliği 3 cm olmalı, ideal olarak nemli, elastik ve kılsız bir epitel tarafından döşenmelidir²³. Cinsel ilişki sırasında yeterli erojen uyarı yaratacak duyu alanı olmalıdır. Ameliyatların uzun ve stresli ameliyat sonrası bakım gerektiren ve donör saha problemlerine yol açan major cerrahi girişimleri içermemesi tercih edilmelidir^{23,24}.

Transseksüalizm için ilk cinsiyet değiştirici ameliyat 1931 yılında Abraham tarafından, 9 yıl önce kendi kendisini kastre eden bir hastaya, penektomi yapılması şeklinde uygulanmıştır²⁵. Sonraki yıllarda özellikle Avrupa'dan yayınlanan sporadik vakaları takiben, 1960'lı yılların başından sonra CDA yaygınlaşmış, birçok teknikler ve modifikasyonlar geliştirilmiştir. Orşiektomi, penisin amputasyonu, uretra, mesane ve rektum arasında neovajinal boşluğun oluşturulması, labia ve klitorisin konstrüksiyonu ve erektil dokuların tamama yakın olarak rezeksiyonu için günümüzde cerrahi tekniklerde genel bir fikir birliği oluşmuştur²³⁻²⁷. Buna karşılı, neovajinal boşluğun iç döşemesinde kullanılacak en uygun yöntemin seçimi halen tartışma konusudur²⁵. Transseksüellerde neovajinanın konstrüksiyonunda kullanılan yöntemler 3 ana başlık altında incelenebilir:

1. Deri greftleri:

McIndoe²⁸ tarafından ilk kez kadınlarda vajinal agenezinin cerrahi tedavisi için tanımlanan STDG (split-thickness deri grefti) ile vajen döşemesi yapılması, transseksüalite cerrahisinde başlangıçta uygulanan ve halihazırda uygulama alanı bulan bir yöntemdir²⁸⁻³¹. Skoog'un tekniğinde vajen içi STDG ile döşenirken, neovajina girişini genişletmek için abdominal pediküllü penil deri flebinin yukarıdan içeriye döndürülmesi önerilmektedir²⁹. Laub ve Fisk³⁰ ise skrotal ve penil deriyi, labium major ve minörleri oluşturmak için kullanmıştır. STDG ile vajen konstrüksiyonu yöntemi genel olarak basit ve tek aşamalı bir yöntem olsa da, donör saha skarı oluşturması, vajenin daralmaması için uzun süreli vajinal dilatör kullanımı gerektirmesi, ve içi kuru bir vajen oluşturması nedeniyle günümüzde fazla kullanılmamaktadır³¹.

Penektomi ile atılacak olan penil derinin FTDG (full-

thickness deri grefti) olarak vajen içinin döşenmesinde kullanımı basit bir yöntemle kılsız bir deri sağlaması, donör saha gerektirmemesi, ve STDG ile karşılaştırıldığında ameliyat sonrasında daha az kontrakte olması nedeniyle taraftar bulmuştur³². Fakat, bu hastalarında aynı sürede dilatör kullanması gerekliliği, ve flep ile rekonstrüksiyonla karşılaştırıldığında daha fazla küçülme ve darlık oluşturmaları nedeniyle, penil derinin flepden grefte çevrilmesini haklı çıkaracak bir neden bulunmamaktadır. Ayrıca, penil deri bazen neovajinal boşluğu döşemede miktar olarak yetersiz kalabilir. Hage ve Karim³³ flep ile vajinoplasti sonrası darlık gelişenlerde yapılacak sekonder cerrahide, miniabdominoplasti insizyonu ile karın alt bölgesinden FTDG alınarak vajen içinin döşenmesinin basit ve iyi sonuç veren bir yöntem olduğunu belirtmektedir. Bu yöntem karın bölgesi uygun olanlarda, sekonder cerrahide barsak segmenti transpozisyonuna bir alternatif olabilir.

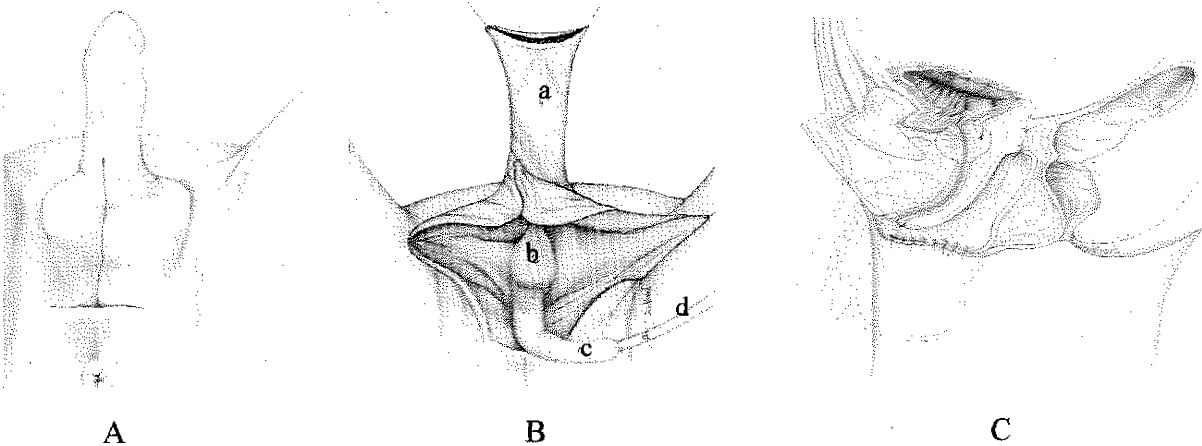
2. Deri Flepleri:

- *Penil deri flepleri:* Gillies ve Millard tarafından ilk kez 1957'de kullanımı rapor edilen abdominal pediküllü penil deri flebi, yıllar içinde yapılan modifikasyonlarla, erkek transseksüalitesi cerrahisinde seçilecek yöntem durumuna gelmiştir^{25,33,34}. Günümüzde bu flep abdominal bazlı olarak sadece penil derinin çevrilmesi^{31,35-37}, neovajina girişini genişletmek için ufak, üçgen bir skrotal flebin çevrilmesiyle birlikte^{23,38}, veya perineal bazlı geniş bir skrotal flep ile kombine olarak kullanılmaktadır³⁹⁻⁴¹. (Şekil 1 ve 2)

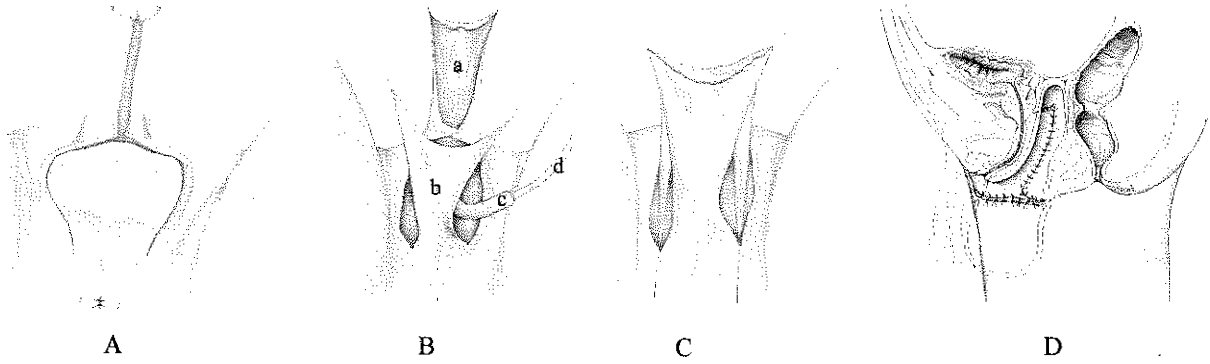
Penil ve skrotal deri flepleri kendi dolaşımının varlığı nedeniyle çok az veya hiç kontrakte olmamaktadırlar. Flepler ameliyat sırasında farkedilen ve tamir edilen rektum veya üretra yırtılmalarının kapatılmasında greftlere göre avantaj sağlarlar.

Deri grefti yöntemlerine göre vajinal darlık gelişmesi daha az oranda olmasına rağmen, bu yöntemin uygulandığı hastaların da, ilk 6 ayda vajinal dilatör kullanması tavsiye edilir. Stent derinin nekrozuna sebep olabileceğinden devamlı olarak uzun süreli kullanılmamalıdır²³.

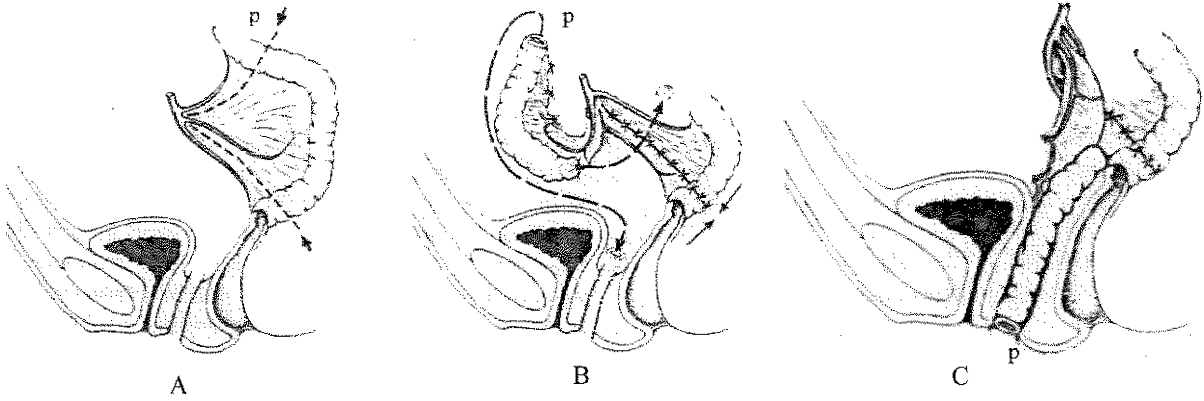
Genel olarak, penil flepler ile neovajina yapılmasında komplikasyonsuz ve cinsel açıdan fonksiyonel bir neovajina oluşturulması oranı ilk 1 yıllık takiplerde %75-85 olarak verilmektedir^{23,25,34-41}. Sadece penil derinin kullanımı (Şekil 1) kozmetik görünüm açısından doğala yakın ve içi kılsız bir deriyle döşeli vajen oluşturmada en iyi sonucu verse de, penis derisinin kısıtlı olduğu kişilerde vajen derinliği ve genişliği yetersiz kalabilmektedir^{23,38,41}. Ayrıca, bu teknikte, abdominal pedikülün yukarıya çekmesi sonucu labial kommissürün arkaya ve yukarı doğru çekilmesi, neovajinal girişin dorsal bölgesinin kapanmasına neden olan bir deri katlantısı oluşturabilmektedir^{23,25,40,41}. Abdominal bazlı penil derinin perineal bazlı geniş bir skrotal fleple kombine olarak (Şekil 2) içeri çevrilmesi darlık sorununu büyük ölçüde çözmektedir. Fakat bu teknik, vajinal girişin transverse görünümü ile kozmetik olarak daha aşağı bir sonuç ve vajinanın alt döşemesinde kıllı bir deri bulunması sorununu getirmektedir. Van Noort ve Nicolai⁴¹ 11 tanesi sadece penil deri, 16 tanesi penil+skrotal deri flebi ile ameliyat ettiği 27 transseksüel ameliyat sonrası karşılaştırmıştır. Vajinal derinlik ve vajen fonksiyonu penil+skrotal deri inversiyonunda belirgin olarak daha iyi bulunmuştur. Buna karşı hastaların kozmetik görünümü kendilerinin değerlendirmesi istendiğinde, penil deri grubundaki hastaların tümü çok iyi derken, diğer gruptakilerin sadece % 60'ı kozmetik görünümünden memnun olduklarını belirtmişlerdir.



Şekil 1: Abdominal bazlı penil deri flebi inversiyonu A: İnsizyon, B: Deri flebinin diseksiyonu ve kavernöz cisimlerin total rezeksiyonu, a: penil deri flebi, b: korpus spongiozum, c: üretra, d: üretral kateter C: Flebin üretra ve rektum arasında açılan boşluğa inversiyonu (van Noort ve Nicolai'den⁴¹ alınmıştır)



Şekil 2: Kombine penil+skrotal deri flebi inversiyonu **A:** İnsizyon, **B:** Fleplerin diseksiyonu ve kavernöz cisimlerin total eksizyonu **a:** penil deri flebi, **b:** skrotal deri flebi, **c:** Üretra, **d:** üretral kateter. **C:** Penil ve skrotal deri flebinin birbirine dikilmesi **D:** Kombine flebinvajen boşluğuna inversiyonu (van Noort ve Nicolai'den ⁴¹ alınmıştır.)



Şekil 3: Rektosigmoid transpozisyonu ile vajinoplasti (p: barsak segmentinin proksimal ucu) **A ve B:** Sigmoid kolon segmentinin izolasyonu ve vasküler pedikülün lokalizasyonuna göre segmentin şekildedeki gibi ters çevrilerek antiperistaltik yönde veya izoperistaltik olarak aşağıya transpozisyonu **C:** Barsağın uç-uca anastomozu ve izole segmentin dipte kalan ucunun kapatılarak diğer ucunun peritonda oluşturulan açıklıktan aşağıya çekilerek, vajen girişinde perineal deriye sirküler skar oluşturmayacak şekilde dikilmesi (karim ve ark.'dan ⁴⁹ alınmıştır.)

Bunun sebebi alt taraftan invert olan skrotal derinin vajen girişinin transvers görünmesine yol açması ve bazı kişilerde skrotal derinin prolabe olmasıdır. Bu gruptaki hastaların yarısında vajen içinde kıl büyümesi saptanmıştır, fakat sadece 2 hasta bunun bir sorun olduğunu belirtmiştir. Her iki grupta, hastaların dörtte üçünden fazlası orgazm olabildiklerini rapor etmişlerdir.

-Nongenital deri flepleri: Transseksüellerde oluşturulacak vajenin derinlik ve genişliğini arttırmak üzere abdominal pediküllü penil deri flebinin bilateral inguinopudental nörovasküler ada flebi ile kombine kullanımı³¹ veya sekonder vajinoplasti için medial uyluk flebinin kullanımı⁴³ rapor edilmiştir. Bugüne kadar transseksüellerde neovajinoplasti için uzak fleplerin kullanılması yayınlanmamıştır²⁵. Lokal fleplerin dezavantajı, erkekte pubik arkın kadındaki kadar geniş olmaması ve fleplerin kitlesi yapıları nedeniyle vajinal boşluğu daraltabilmeleridir. Ayrıca, bu flepler teknik

zorlukları, donör saha morbidite ve skarları, ve vasküler dolaşım açısından çok güvenli olmamaları⁴⁴ nedenleriyle, sadece seçilmiş bazı sekonder vakalarda uygulanmaları uygun olacaktır.

3. Pediküllü Barsak Transplantları:

Rektosigmoidin transpozisyonu ile vajen yapılması konjenital vaginal agenezi hastalarında yüzyılın başında tanımlanmış ve hala yaygın olarak kullanılan bir metoddur⁴⁵ (Şekil 3). Bu yöntemin ilk olarak transseksüellerde kullanımı Markland ve Hastings tarafından 1974'de yayınlanmıştır⁴⁶. Laub ve ark⁴⁷ 1988'de, literatürde yayınlanan serileri gözden geçirdikleri 700 vaka ve kendi 45 hastalık serilerine dayanarak, rektosigmoid transpozisyonunun fonksiyonel açıdan en iyi sonuç veren yöntemlerden biri olduğunu belirtmişlerdir. Rektosigmoid ile vajen yapılmasının avantajı uzun, doğal kayganlıkta ve erojen hissi greft veya fleple yapılanlara göre nispeten daha iyi olan vajina

oluşturulabilmesidir^{47,48}. Esas dezavantajı ise major bir cerrahi olması ve laparatominin getirdiği morbiditedir.

Transseksüellerde rektosigmoid transpozisyonunun yararlılığı, endikasyonu ve komplikasyonlarının insidansı hakkında tartışma sürmektedir. Karim ve Hage^{49,50} kolon segmenti transpozisyonu sonrası 1 hastada anastomoz kaçağına bağlı peritonit gelişimi dışında, geç dönemdeki taliplerde introital stenoz, kolon-perine bileşkesinde ağırlı nöroma gelişimi, aşırı sekresyona yol açan diversiyon koliti, ilişki sırasında veya hemen sonra kramp tarzında ağrı, abdominal mukosel gibi komplikasyonların görülmesi üzerine sekonder vakalarda artık daha sık oranda FTDG kullanmaya başladıklarını belirtmektedirler^{33,49,50}. Ayrıca, adenokarsinom olasılığı ve cinsel olarak geçen hastalıkların kolay bulaşma potansiyelinden bahsedilmektedir^{49,50}. Buna karşı, Laub rektosigmoid transpozisyonunun komplikasyonlarının önlenilebilir olduğunu, yöntemin kullanılmasının bırakılması yerine, verdiği üstün sonuçlar nedeniyle komplikasyonlarının azaltılmaya çalışılmasının daha iyi olacağını savunmaktadır⁵¹. Burada, Laub ve ark.'nın kullandığı tekniğin klasik rektosigmoid transpozisyonuna göre bazı farklılıkları olduğunu, barsak segmentinin "low anterior rezeksiyon" benzeri bir diseksiyonla daha aşağıdan alındığını ve segmentin tersyüz edilmeden, izoperistaltik olarak perine bölgesine indirildiğinin belirtilmesi gereklidir^{47,51}.

KLİTORİS KONSTRÜKSİYONU

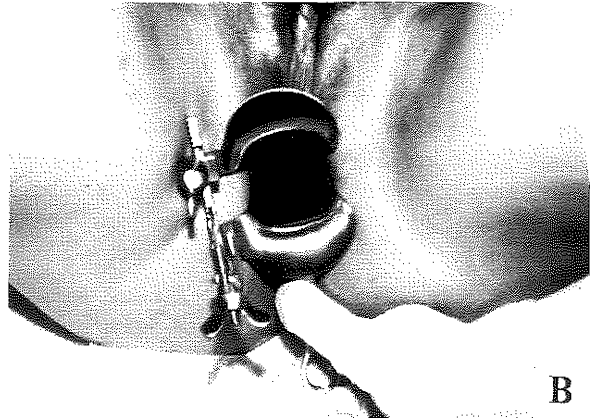
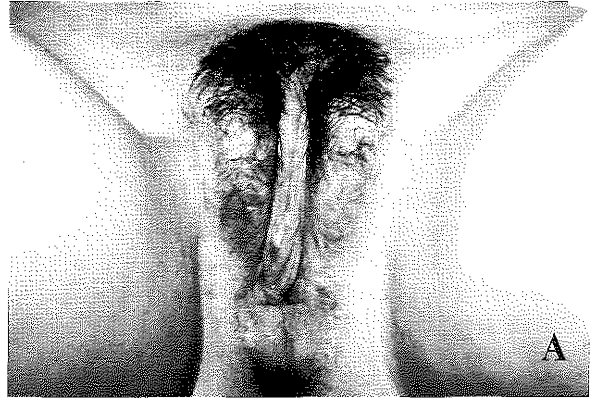
Penil deri inversiyonunun çeşitli modifikasyonları ile alınan başarılı sonuçlar, kozmetik olarak daha iyi sonuçlar için klitoris de konstrükte edilmesi çabalarını getirmiştir. Klitoris oluşturma teknikleri; glans penisin bir parçasının dorsal penil nörovasküler pedikül üzerinde transpozisyonu⁴⁰, glans parçasının bölgeye serbest kompozit greft olarak dikilmesi⁵², corpus cavernosum artıklarının orta hatta dikilmesi^{36,42}, ve tüm glansın üretra ve corpus spongiosum bazlı bir flep olarak klitoris için kullanılması⁵³ yöntemlerini içerir. Embriyolojik olarak klitoris karşıtı glans olduğundan glansı kullanan tekniklerin kullanımı daha yaygındır; ayrıca, korpus kavernosumların tam çıkarılmaması cinsel ilişki sırasında ağrıya yol açabilir⁵².

Sonuç olarak tüm bu yöntemler karşılaştırıldığında, ilk kez ameliyat edilenlerde en iyi yöntemin kozmetik sonucu sadece penil deri flebine göre biraz daha aşağı olsa da, penil+skrotal deri inversiyonu olduğu genellikle kabul edilmektedir. Penil derinin ameliyat öncesinde yeterli olacağı değerlendirilmiş ise, tek başına veya perineal bazlı sınırlı boyutta bir skrotal fleple kombine olarak kullanılabilir. Sekonder vakalarda ise rektosigmoid transpozisyonu, nongenital lokal flepler, veya FTDG yöntemleri kullanılabilir. Bölgedeki skarlaşma nedeniyle deri greftinin tutmasının zor olabileceği ve geç dönemde tekrar daralabileceği göz

önüne alınmalıdır. Rektosigmoid transpozisyonu, komplikasyonlarının önlenmesi şartıyla, sekonder darlık gelişenlerde en iyi seçenek olarak görülmektedir.

CDA ÜZERİNE KLİNİK DENEYİMİMİZ

Kliniğimizde son 2 yıllık dönemde, psikiyatri bölümünce tanısı kanan ve izlemeleri yapılan 4 primer transseksüele CDA uygulanmıştır. Tüm hastalarda orşiektomi, kavernöz cisimlerin total eksizyonu, penil+skrotal flep inversiyonu ile neovajina konstrüksiyonu (Şekil 2), ve dorsal penil nörovasküler pedikül bazlı parsiyel glans flebi transferiyle klitoris yapılmıştır. Bir hastada ameliyatta konan stentin basısına bağlı olarak skrotal flebin büyük kısmında nekroz ve daha sonra darlık gelişmiş, bu hastaya 5 ay sonra rektosigmoid transpozisyonu yapılmıştır. Bir hastaya vajen girişinin transvers görünümünü düzeltmek için introitusu daraltan lokal bir müdahale yapılmıştır. Vajen derinliği ve genişliği açısından hasta memnuniyeti tam bulunmuştur (Şekil 4). Vajen içinde kıl büyümesi sadece



Şekil 4: A: Penil+skrotal deri flebi inversiyonu ile neovajina yapılan bir erkek transseksüelde ameliyattan 6 ay sonra genital bölgenin görünümü. Klitoris dorsal penil nörovasküler pedikül bazlı parsiyel glans flebi ile oluşturulmuştur. B: Spekulum ile muayenede vajinal genişlik ve derinliğin yeterli olduğu görülmektedir.

1 kişide görülmüş, bu hasta bunun çok önemli bir problem olmadığını ifade etmiştir.

Ayrıca, penil flep veya deri grefti ile vajinoplasti sonucu darlık gelişmiş olan 3 hastada, ve yukarıda belirtilen bizim hastamızda olmak üzere toplam 4 kişiyen rektosigmoid transpozisyonu uygulanmıştır. Yöntemin uygulandığı ilk 2 hasta, vajen boyutları yeterli olmasına rağmen, cinsel ilişki sırasında ve ilişkiden hemen sonra neovajina içinde hissedilen, kramp tarzında, aşırı ağrı olduğunu belirtmişlerdir. Tuş ile muayenede, neovajina duvarında tek parmağı sıkıca yakalayacak şekilde peristaltik kontraksiyonlar saptanmıştır. Bu hastaların bir tanesine sirküler kontraksiyonu engellemek için, ameliyattan yaklaşık 6 ay sonra, transpoze edilmiş olan barsak segmenti saat 3 hizasında lateral duvar boyunca introitusdan başlayarak içeri doğru uzunlamasına kesilmiştir. Oluşan defekte inguinal bölgeden alınan 10x2 cm boyutlarında FTDG konulmuştur. Bu müdahale sonrası hastanın ilişki sırasındaki aşırı ağrı şikayeti büyük oranda geçmiştir. Diğer iki hastada ise aynı düşünce ile, rektosigmoid transpozisyonu sırasında barsağın antimezenterik kısmı uzunlamasına açılarak, araya boydan boya FTDG konulmuş, ve barsak segmenti bu şekilde transpoze edilmiştir. Bu modifikasyonun peristaltik kontraksiyonları önlemede yararlı olduğu saptanmıştır.

AMELİYAT SONRASI DÖNEM

CDA sonuçlarının basitçe başarılı veya başarısız olarak değerlendirilmesi ve farklı ameliyat yöntemleriyle alınan sonuçların karşılaştırılması mümkün değildir.⁴ Genel başarıyı cinsellik, psikolojik ve psikiyatrik başarı, toplumsal uyum gibi faktörler etkilediğinden, farklı serilerde alınan sonuçlar hasta grubunun ve bu grubun içinde yaşadığı toplumun dinamik özellikleri gözönüne alınarak karşılaştırılmalıdır.

Yayınlardaki ameliyat sonrası hasta değerlendirmeleri çoğunlukla sadece cerrahi başarıyı göz önünde bulundurmaktadır ve %80 civarında fonksiyonel bir vajen oluşturabilme oranı verilmektedir.^{25,54,55} Genel başarıyı inceleyen çalışmalar, CDAnın primer transseksüalizmde özellikle erken yaşta yapılırsa başarılı sonuçlar verdiğini, transseksüellerin ameliyat sonrası psikolojik uyumlarında gelişme ve psikopatolojilerinde azalma olduğunu ortaya koymaktadır.^{55,56} Ameliyat olanların bekleme listesindekilerle karşılaştırıldığında daha az nörotizm yaşadıkları, sosyal ve seksüel açıdan daha hoşnut ve uyumlu oldukları, intihar eğilimlerinin azaldığı saptanmıştır.⁵⁷ Snaith ve ark.⁵⁸ ameliyatın yararlı olduğundan şüphe olmadığını, fakat ameliyat sonrası psikososyal rehberlik sağlamanın, tıbbi destek sağlamak kadar önemli olduğunu vurgulamışlardır. Bilgili ve ark.⁷ ülkemizde ameliyat olan 16 transseksüelin değerlendirmesinde, hastalarda ameliyat öncesinde var

olan anksiyetenin tamamen silindiğini ve psikolojik açıdan daha sağlıklı bir dönemin başladığını saptamışlardır.

Bazı çalışmaların sonuçlarının ise yukarıda özetlenen olumlu sonuçları desteklemediği belirtilmelidir. Lindemalm ve ark.⁵⁹ izlem süresi arttıkça ve 10 yılın üzerine çıktıkça, hastaların sadece üçte birinin işlevsel bir vajinaya sahip olduklarını saptamışlardır. İncelenen bütün transseksüellerin üçte biri ameliyatı geriye yönelik olarak değerlendirdiklerinde hata olarak nitelendirmişlerdir.⁵⁹ Sorensen⁶⁰ transseksüellerin yeniden toplumsallaşması açısından CDAnın beklenen oranda başarı sağlamadığını, birçok transseksüelin ileride yapılan kontrollerde işsiz, toplumsal olarak soyutlanmış ve cinsellik açısından sorun yaşamakta olduğunu bulmuştur. Buna karşı, aynı gruptaki kişilerin çoğunluğu CDA sonrası komplikasyonlar geliştiği ve ek plastik cerrahi ameliyatlarına ihtiyaç duyduklarını belirtse de, ameliyat olmuş olmaktan ve cinsiyet değiştirmiş olmaktan hoşnut olduklarını söylemişlerdir.⁶⁰

SONUÇ

Sonuç olarak, günümüzde CDA primer transseksüellerin tedavisi için gerekli ve kabul edilebilir bir uygulamadır, ve CDA kişinin psikolojik ve sosyal yaşamını düzene sokmaktadır. Transseksüalite ameliyatlarının etik ve yasal düzenlemelerinin yapılması gereklidir. Klinisyenler transseksüellere karşı önyargılı ve tutucu olursa bu kişilerin yetersiz destek ve tedavi olanaklarıyla CDAna başvurmaları kaçınılmaz olacaktır. Ameliyat öncesi ayırıcı tanının özenle yapılması, psikiyatrik ve psikolojik değerlendirme, gerçek yaşam deneyiminin tamamlanması, ameliyatın özenle yapılması, ameliyat sonrası psikososyal desteğin sürdürülmesi, aile desteğinin sağlanması, ve toplumun transseksüalite konusunda bilgilendirilmesi CDAda başarıyı olumlu etkileyecek faktörlerdir.

Dr. Tuğrul MARAL

1. Cadde, 16. Sokak 11/8

Bahçelievler 06490 ANKARA

KAYNAKLAR

1. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA, ve ark. Synopsis of Psychiatry. 7. Edition. Baltimore, Williams and Wilkins, 1994, s. 682.
2. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. Standards of care: The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons. Arch Sex Behav. 14: 79, 1985.
3. Verwey B, Nicolai JPA, Verschoor L, Blokzijl E. Multidisciplinary treatment of patients with gender dysphoria. Eur J Plast Surg. 16: 63, 1993.
4. Özden A, Tuncer E, Bogenç A. Psikiyatri açısından transseksüellerde cinsiyet değiştirme ameliyatı, Bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi, 10: 237, 1999.

5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington D.C., APA Press, 1994.
6. World Health Organization. ICD-10, Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. Ankara, Medikomat Basım Yayın Ltd, 1992, s. 251.
7. Bilgili B, Biçer Ü, Eryılmaz A, Çolak B. Adli tıp kurumuna yapılan cinsiyet değiştirme nedenli başvurular. 1. Ulusal Adli Tıp Kongresi, Özet Kitabı, 1-4 Kasım 1994, İstanbul.
8. Verschoor AM, Poortinga J. Psychological differences between Dutch male and female transsexuals. Arch Sex Behav. 17: 173, 1988.
9. Tunalı İ, Kendi Ö, Bogenç A, Bilge Y, Demirel B. 1989-1994 yılları arasında AİTF Adli Tıp Anabilim Dalına cinsiyet ve isim tashihi yönünden mahkemelerce gönderilmiş 30 transseksüel vakanın incelenmesi. 1. Ulusal Adli Tıp Kongresi, Özet Kitabı, 1-4 Kasım 1994, İstanbul.
10. Resmi Gazete. TMK ile ilgili değişiklikler. 12/5/1988 tarih ve 19812 sayı.
11. Gülçat Z, Aydın H, Aydınalp K, ve ark. Transseksüeller ve homoseksüeller üzerinde psikososyal bir çalışma. 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Özet Kitabı, 19-23 Eylül 1988, Ankara.
12. Brown GR. A review of clinical approaches to gender dysphoria. J Clin Psychiatry, 51: 57, 1990.
13. Caldwell C, Keshavan MS. Schizophrenia with secondary transsexualism. Can J Psychiatry, 36: 300, 1991.
14. Person E, Oversey L. The transsexual syndrome in males. Am J Psychother. 28: 174, 1974.
15. Commannder M, McDean C. Symptomatic transsexualism. Br J Psychiatry, 156: 894, 1990.
16. Cohen L, de Ruiter C, Ringelberg H, ve ark. Psychological functioning of adolescent transsexuals. J Clin Psychology, 53: 187, 1997.
17. Cole CM, Boyle M, Emory LE, ve ark. Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. Arch Sex Behav. 26: 13, 1997.
18. Yüksel S, Yücel B, Tükel R, ve ark. Hastaneye başvuran 21 transseksüel oğunun grup psikoterapisi içinde değerlendirilmesi. Türk Psikiyatri Dergisi, 2: 103, 1991.
19. Huberman MA, Michael RP. Autocastration in transsexualism. Am J Psychiatry, 136: 417, 1979.
20. Dixen JM, Maddever H, Van Maasdam J, ve ark. Psychological characteristics of applicant evaluated for surgical gender reassignment. Arch Sex Behav. 13: 269, 1984.
21. Ross MW, Need JA. Effects of adequacy of gender reassignment surgery on psychological adjustment: a follow-up of fourteen male to female patients. Arch Sex Behav. 18: 145, 1989.
22. Futterweit W. Endocrin therapy of transsexualism and potential complications of long-term treatment. Arch Sex Behav. 27: 209, 1998.
23. Karim RB, Hage JJ, Bouman FG, ve ark. Refinements of pre-, intra-, and postoperative care to prevent complications of vaginoplasty in male transsexuals. Ann Plast Surg. 35: 279, 1995.
24. Edgerton MT. The surgical treatment of male transsexuals. Clin Plast Surg. 1: 285, 1974.
25. Karim RB, Hage J, Mulder JW. Neovaginoplasty in male transsexuals: review of surgical techniques and recommendations regarding eligibility. Ann Plast Surg. 37: 669, 1996.
26. Edgerton MT, Knorr NJ, Callison JR. The surgical treatment of transsexual patients. Limitations and indications. Plast Reconstr Surg. 45: 38, 1970.
27. Karim RB, Hage JJ, Bouman FG, Decker JJ. The importance of near total resection of the corpus spongiosum and total resection of the corpora cavernosa in the surgery of male to female transsexuals. Ann Plast Surg. 26: 554, 1991.
28. McIndoe AH, Banister JB. An operation for the cure of congenital absence of the vagina. J Obstet Gynecol. 45: 490, 1938.
29. Ohlsen L, Vedung S. Skoog's technique for constructing female genitalia in the male transsexual developed in 24 operated cases. Chir Plast. 6: 1, 1981.
30. Laub DR, Fisk N. A rehabilitation program for gender dysphoria syndrome by surgical sex change. Plast Reconstr Surg. 53: 388, 1974.
31. Huang TT. Twenty years of experience in managing patients with gender dysphoria. I. Surgical management of the male transsexual. Plast Reconstr Surg. 96: 921, 1995.
32. Glenn JF. One-stage operation for male transsexuals. J Urol. 123: 396, 1980.
33. Hage JJ, Karim RB. Abdominoplastic secondary full-thickness skin graft vaginoplasty for male-to-female transsexuals. Plast Reconstr Surg. 101: 1512, 1998.
34. Edgerton MT, Bunll J. Surgical construction of the vagina and labia in male transsexuals. Plast Reconstr Surg. 46: 529, 1970.
35. Pandya NI, Stuteville OH. A one-stage technique for constructing female external genitalia in male transsexuals. Br J Plast Surg. 26: 277, 1973.
36. Meyer R, Kesselring UK. One-stage reconstruction of the vagina with penile skin as an island flap in the male transsexual. Plast Reconstr Surg. 66: 401, 1980.
37. Perovic S. Male to female surgery: a new contribution to operative technique. Plast Reconstr Surg. 91: 703, 1993.
38. Bouman FG. Sex reassignment surgery in male to female transsexuals. Ann Plast Surg. 21: 526, 1988.
39. Small MP. Penile and scrotal inversion vaginoplasty for male to female transsexuals. Urology 29: 593, 1987.
40. Eldh J. Construction of neovagina with preservation of the glans penis as a clitoris in male transsexuals. Plast Reconstr Surg. 91: 895, 1993.
41. van Noort DE, Nicolai JPA. Comparison of two methods of vagina construction in transsexuals. Plast Reconstr Surg. 91: 1308, 1993.
42. Foerster DW, Reynolds CL. Construction of natural-appearing female genitalia in the male transsexual. Plast Reconstr Surg. 64: 306, 1979.
43. Cairns TS, de Villiers W. Vaginoplasty. S Afr Med J. 57: 30, 1980.
44. Wee JT, Joseph VT. A new technique of vaginal reconstruction using neurovascular pudental-thigh flaps: a preliiminary report. Plast Reconstr Surg. 83: 701, 1989.

45. Lenaghan R, Wilson N, Lucas CE, Ledgerwood AM. The role of rectosigmoid neocolporrhaphy. *Surgery*, 122: 856, 1997.
46. Markland C, Hastings D. Vaginal reconstruction using cecal and sigmoid bowel segments in transsexual patients. *J Urol*. 111: 217, 1974.
47. Laub DR, Laub DR, Jr, Biber S. Vaginoplasty for gender confirmation. *Clin Plast Surg*. 15: 463, 1988.
48. Dalton JR. Use of sigmoid colon in sex reassignment operations. *Urology*, 17: 223, 1981.
49. Karim RB, Hage JJ, Cuesta MA. Rectosigmoid neocolpoptosis for male-to-female transsexuals: Amsterdam experience. *Ann Plast Surg*. 36: 388, 1996.
50. Hage JJ, Karim RB, Assheman H, ve ark. Unfavorable long-term results of rectosigmoid neocolpoptosis. *Plast Reconstr Surg*. 95: 842, 1995.
51. Laub DR, Sr, Laub DR, Jr., Lebovic GS. Re: Rectosigmoid neocolpoptosis for male-to-female transsexuals: Amsterdam experience. *Ann. Plast. Surg*. 36: 662, 1996.
52. Hage JJ, Karim RB, Bloem J, ve ark. Sculpturing the neoclitoris in vaginoplasty for male-to-female transsexuals. *Plast Reconstr Surg*. 93: 358, 1994.
53. Rubin SO. A method of preserving the glans penis as a clitoris in sex conversion operations in male transsexuals. *Scand J Urol Nephrol*. 14: 215, 1980.
54. Stein M, Tiefer L, Melman A, ve ark. Follow-up observations of operated male to female transsexuals. *J Urol*. 143: 188, 1990.
55. Lundstrom B, Pauly I, Walinge J. Outcome of sex reassignment surgery. *Acta Psychiatr Scand*. 70: 289, 1984.
56. Cohen-Kettenis L, van Goozen SH. Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36: 263, 1997.
57. Mate-Kole C, Freschi M, Robin A, ve ark. A controlled study of psychological and social change after surgical gender reassignment in selected male transsexuals. *Br J Psychiatry*, 157: 261, 1990.
58. Snaith P, Tarsh MJ, Reid R, ve ark. Sex reassignment surgery: a study of 141 Dutch transsexuals. *Br J Psychiatry*, 162: 681, 1993.
59. Lindemalm G, Korlin D, Uddenberg N, ve ark. Long term follow-up of sex change in 13 male-to-female transsexuals. *Arch Sex Behav*. 15: 187, 1986.
60. Sorensen T. A follow-up study of operated transsexual males. *Acta Psychiatr Scand*. 64: 50, 1981.