

Wsparcie medyczne osób transpłciowych.

Poradnik dla lekarzy POZ

Stowarzyszenie Grupa Stonewall
przy wsparciu Zespołu tranzycja.pl



TRANZYCA.PL

Autor innowacji

Stowarzyszenie Grupa Stonewall

opracowanie merytoryczne

Zespół tranzyca.pl



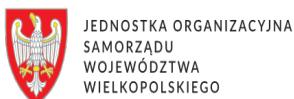
Inkubator

Włącznik Innowacji Społecznych



Lider projektu

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Poznaniu



Województwo Wielkopolskie



Partnerzy Projektu

Województwo Zachodniopomorskie



Stowarzyszenie na Rzecz Spółdzielni Socjalnych

Publikacja powstała jako efekt testowania innowacji społecznej **Standardy szkoleniowe dla personelu medycznego z tematu transpcjowości i niebinarności** w ramach inkubatora "Włącznik Innowacji Społecznych" realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER). Oś priorytetowa: IV. Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa, Działanie 4.1 Innowacje społeczne.



Rzeczpospolita
Polska



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Tekst

lek. Katarzyna Marzeda
Nina Kuta
Dag Fajt
Sofia Durys

Konsultacje

lek. Anna Torska - endokrynolog
lek. Jacek Bujko - podstawowa opieka zdrowotna
lek. Ryszard Sitarz - psychiatra
Dominik Haak - psycholog
Ewelina Negowetti - Stowarzyszenie My, Rodzice

Projekt graficzny i skład

Wiktoria Julia Żebrowska

Korekta językowa

Ginny Nawrocki

Korekta składu

Julia Zając

Spis treści

1	Wstęp	5
2	Słowniczek	6
3	Savoir-vivre opieki nad osobami transpłciowymi	11
4	Rys historyczny i obecna sytuacja prawną	13
5	Transpłciowość w danych	15
6	Transpłciowe osoby pacjenckie i ich potrzeby	17
6.1	Terapia hormonalna	
6.2	Ryzyka zdrowotne związane z terapią hormonalną	
6.3	Badania kontrolne	
6.4	Odstawienie leków	
6.5	Osoby nieletnie	
6.6	Zatrzymywane okresu	
6.7	Zabiegi chirurgiczne osób transpłciowych	
6.8	Wypisywanie recept i skierowań	
6.9	Syndrom "Transpłciowego złamania ręki"	
7	Zasoby	40
8	Bibliografia	41

Wstęp

Społeczność osób LGBTQ+, a zwłaszcza osoby transpłciowe i niebinarne, boryka się z licznymi problemami i wykluczeniem społecznym, co wpływa negatywnie na zdrowie psychiczne jej członków, a także wytwarza kolejne bariery, w tym w zakresie dostępu do odpowiedniej opieki medycznej – czy to z powodu problemów ze znalezieniem pracy i brakiem odpowiednich środków finansowych, lęku z powodu dyskryminacji ze strony ochrony zdrowia czy trudności w podróży do większych miast, w których skupiona jest większość specjalistów i specjalistek przyjaznych osobom transpłciowym.

W związku z wyżej wymienionymi barierami, a także ogólnym problemem braku specjalistów i specjalistek wyszkolonych odpowiednio do pracy z osobami niecisheteronormatywnymi, część opieki nad osobami transpłciowymi spada na lekarzy POZ. W naszym przekonaniu świadome zaangażowanie lekarza medycyny rodzinnej w ten proces pozwoliwiększej liczbie osób na dostęp do należytej opieki medycznej, a specjalistom da szansę na bardziej holistyczne spojrzenie na osobę pacjencką, a także na podnoszenie kompetencji dotyczących być może nieznanych do tej pory kwestii medycznych.

Oddajemy w Państwa ręce pierwszą polską publikację o transpłciowości skierowaną bezpośrednio do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i personelu przychodni. Mamy nadzieję, że nasz poradnik rozwieje wiele wątpliwości i pozwoli uzmysłowić istniejące pola do działania w zakresie wsparcia osób transpłciowych w ramach systemu podstawowej opieki zdrowotnej.

Słowniczek

Tożsamość płciowa

Płeć, z którą się identyfikujemy. Gdy tożsamość płciowa jest zgodna z płcią przypisaną nam przy urodzeniu mówimy o cisplciowości, gdy jest odmienna mówimy o transpłciowości. Każda osoba odczuwa swoją płeć inaczej.

Ekspresja płciowa

Zewnętrzny wygląd danej osoby, który niekoniecznie musi się zgadzać z tożsamością płciową. Ekspresja płciowa wiąże się z różnorodnymi normami kulturowymi. Zawiera się w niej m.in. ubiór, stylizacje włosów, modulacja głosu czy sposób zachowania.

Transpłciowość

Wszystkie formy określania swojej płci odmiennie od kategorii płciowej, której przypisano nam przy urodzeniu. Transpłciowość nie jest powiązana z orientacją seksualną – osoby transpłciowe mogą być dowolnej orientacji i ich pociąg romantyczny czy seksualny nie ulega zmianie z racji na ich tożsamość płciową.

Obecnie nie używa się już słowa transseksualizm – jest uznawane za przestarzałe, a dla niektórych osób obraźliwe. Transpłciowość to nie crossdressing (czyli przebieranie się w ubrania typowe dla płci przeciwej w celach artystycznych czy erotycznych – dawniej „transwestytyzm”).

Niebinarność

Nieidentyfikowanie się wyłącznie jako kobieta lub mężczyzną bądź odrzucanie podziału na płcie. Bycie osobą niebinarną nie wiąże się koniecznie z wyglądem „pomiędzy płciami”, choć część osób dąży do takiej ekspresji płciowej. Osoba niebinarna może, ale niemusi chcieć przechodzić tranzycji medycznej. Część osób przechodzi niestandardową tranzycję czyli np. pragnie operacji, ale już nie terapii hormonalnej.

Cispłciowość

Identyfikowanie się z płcią przypisaną przy urodzeniu. Osoby cisplciowe mogą nie stosować się do norm płciowych – założenie sukienki przez mężczyznę czy garnituru przez kobietę, nie oznacza, że są oni transpłciowi.

Interpłciowość

Interpłciowość to pojęcie parasolowe dotyczące osób, które rodzą się z ciałem, które nie wpisuje się w społeczne lub medyczne definicje typowych ciał żeńskich bądź męskich. Dotyczy ona różnorodności cielesnej, a nie tożsamości płciowej czy orientacji seksualnej. Osoby ze zróżnicowanymi cechami płciowymi, jak wszystkie inne mogą utożsamiać się jako kobiety, mężczyźni, osoby niebinarne itd. – definicja za Fundacją Interakcja, zajmującą się prawami osób interpłciowych.

W żargonie medycznym bywa określana jako zaburzenia rozwoju płci (ang. disorders of sex development, DSD), obojnactwo lub hermafrodyzm. Określenia uznawane są przez same osoby interpłciowe za patologizujące i krzywdzące i nie powinny być stosowane.

Cisheteronormatywność

System obowiązujących norm związanych z płcią i seksualnością, w którym przyszło nam żyć. Założenie, że cisplciowość i heteroseksualność to jedyne opcje i dopasowanie państwa oraz społeczeństwa wyłącznie pod nie.

Tranzycja

Wszystkie formy zmiany swojego funkcjonowania społecznego i/lub korekty cech płciowych swojego ciała w stronę płci, z którą się utożsamiamy. Obejmuje tranzycję społeczną i medyczną.

Detranzycja

Zrezygnowanie z procesu tranzycji (społecznej, medycznej) i powrót do życia zgodnie z płcią przypisaną przy urodzeniu. Część osób przestaje się identyfikować z transpłciowością, lecz dla części detranzycja jest niechciana i spowodowana np. kwestiami bezpieczeństwa czy finansowymi. Niekiedy detranzycja jest częścią tranzycji – część osób niebinarnych planuje stopniowe odstawienie hormonów po osiągnięciu zmian, na których im zależało.

Transpłciowa kobieta

Osoba, której przy urodzeniu przypisano płeć męską, ale jest kobietą.

Pokrewne terminy:

MtF (*Male-to-Female*) lub M/K (Mężczyzna/Kobieta) – przez wiele osób uznawany za przestarzały, ale część wciąż go używa.

AMAB

Skrót od *assigned male at birth*, anglojęzycznego określenia na osoby, którym przypisano przy urodzeniu płeć męską: cis mężczyzn, trans kobiety, część osób niebinarnych i interpłciowych. Na ten moment nie istnieje polski odpowiednik skrótu.

Transpłciowy mężczyzna

Osoba, której przy urodzeniu przypisano płeć żeńską, ale jest mężczyzną.

Pokrewne terminy:

FtM (*Female-to-Male*) lub K/M (*Kobieta/Mężczyzna*) – przez wiele osób uznawany za przestarzały, ale część wciąż go używa.

AFAB

Skrót od *assigned female at birth*, anglojęzycznego określenia dna osoby, którym przypisano przy urodzeniu płeć żeńską: cis kobiety, trans mężczyzn, część osób niebinarnych i interpłciowych. Na ten moment nie istnieje polski odpowiednik skrótu.

Dysforia płciowa

Dysforia płciowa oznacza uczucie dyskomfortu wynikające z rozdwojenia pomiędzy różnymi aspektami płci (cechami płciowymi ciała, wyglądem, odborem przez innych ludzi). Dysforię płciową często dzieli się na dwie kategorie w zależności od tego, co jest jej przyczyną: dysforię fizyczną i dysforię społeczną.

Przeciwieństwem dysforii płciowej jest euforia płciowa. W tym określeniu mieści się wiele różnorodnych odczuć i stanów, zarówno tych bardziej intensywnych jak i tych subtelniejszych. Ich wspólnym mianownikiem jest radość z przeżywania właściwej płci.

Niezgodność płciowa

Określenie pokrewne dysforii płciowej, lecz od niego szersze – oznacza stan niezgodności pomiędzy płcią odczuwaną, a płcią przypisaną przy urodzeniu. Może, ale nie musi wiązać się z dyskomfortem.

W klasyfikacji ICD-11 jednostka diagnostyczna „niezgodność płciowa” (kod Z77.1) zastąpiła wcześniej stosowany „transseksualizm” (kod F64.0). Razem ze zmianą nazwy i kryteriów diagnostycznych przesunięto ją z działu „Zaburzeń psychicznych” do działu „Problemów związanych ze zdrowiem seksualnym” (ang. *Conditions related to sexual health*).

Zaimki

Osoby transpłciowe używają różnorodnych zaimków. Coraz więcej osób nie korzysta już z form binarnych (ona/jej, on/jego), a używa języka neutralnego płciowo. Przykładowe formy takich zaimków to np. ono/jego, onu/jenu (tzw. dukaizmy) czy oni/ich.

Użycie w zdaniach za stroną zaimki.pl:

Myślę, że **ono** jest bardzo miło, przyjacielskie i urzekające.

Myślę, że **oni** są bardzo mili, przyjacielscy i urzekający.

Myślę, że **onu** jest bardzo miło, przyjacielsku i urzekajqcu.

Coming out

Inaczej – wyjście z szafy. Powiedzenie innym o swojej tożsamości płciowej czy orientacji seksualnej.

Deadname (nekronim)

Imię nadane osobie transpłciowej przy urodzeniu. Używanie tego imienia powoduje często u osób transpłciowych ból, a wypytywanie o nie jest uznawane za bardzo nieuprzejme i niepotrzebne.

Misgendering

Używanie nekronimu czy niewłaściwych zaimków, ogólnie zwracanie się do osób niezgodnie z ich tożsamością.

Passing

Bycie traktowanym przez inne osoby zgodnie ze swoją tożsamością płciową. Osiągnięcie passingu wiąże się ze zmianą wyglądu i zachowania, by dopasować się do stereotypowych norm płciowych. Wiele osób trans pragnie passingu dobrego na tyle, by móc funkcjonować społecznie identycznie jak osoba cisplciowa, której tożsamości nikt nie kwestionuje.

Binder

Specjalny rodzaj bielizny spłaszczającej klatkę piersiową. Często noszą go osoby transmęskie.

Korekta płci dokumentowej

W Polsce przybiera ona dwie formy:

- zmiana imienia w Urzędzie Stanu Cywilnego – nie wiąże się ze zmianą oznaczenia płci w dokumentach, jest to ścieżka wielu osób niebinarnych, jak i osób, które nie chcą przechodzić przez postępowanie sądowe
- sądowe uzgodnienie płci – zmiana oznaczenia płci w dokumentach. Wiąże się ze zmianą numeru PESEL, jak i imienia oraz nazwiska, gdy ma ono końcówkę wskazującą na płeć. By dokonać korekty płci w dokumentach, należy pozwać własnych rodziców, zaś sprawą rozpatrywana jest przez sąd w procesie cywilnym. Jest to często ciężka, długa i kosztowna procedura.

Operacje afirmujące płeć

Niektóre operacje, przez które mogą, ale nie muszą przejść osoby AFAB w procesie tranzycji:

- top surgery – inaczej mastektomia, modelowanie męskiej klatki piersiowej;
- redukcja piersi;
- histerektomia/podwieszanie jajowodów/ablacja endometrium;
- metoidioplastyka – wykształcenie mikropenisa;
- falloplastyka - wykształcenie prącia;
- FMS – *facial masculinisation surgery* – operacja maskulinizacji twarzy.

Niektóre operacje, przez które mogą, ale nie muszą przechodzić osoby AMAB w procesie tranzycji:

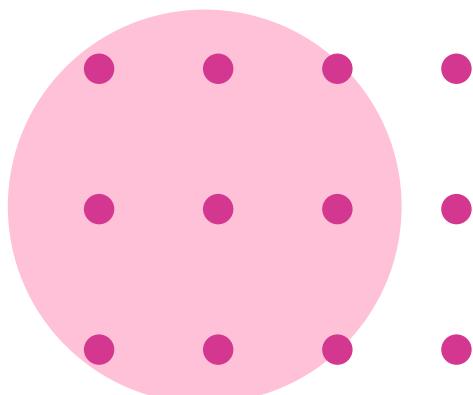
- powiększenie piersi;
- wazektomia;
- laryngoplastyka – modyfikacja strun głosowych;
- orchidektomia – usunięcie jąder;
- vaginoplastyka – wykształcenie pochwy;
- FFS – *facial feminisation surgery* – operacja feminizacji twarzy.

Model świadomej zgody (ICM)

Model alternatywny wobec zaleceń WPATH, realizowany przez rosnącą liczbę specjalistów na całym świecie. Opiera się on na demedykalizacji i depatologizacji transpłciowości oraz przywróceniu autonomii cielesnej osobom trans. Do rozpoczęcia tranzycji medycznej wystarczy w nim zdolność do wyrażenia świadomej zgody. Lekarz nie jest tu policjantem niczyjej tożsamości.

WPATH Standards of Care

Standardy opieki zdrowotnej dla osób transseksualnych, transpłciowych i różnorodnych płciowo wydany przez Światowe Stowarzyszenie Specjalistów(-tek) do spraw Zdrowia Osób Transpłciowych (WPATH). Dokument opisuje proces diagnostyczny transpłciowości.



Savoir-vivre opieki nad osobami transpłciowymi



INKLUZYWNOŚĆ ZACZYNA SIĘ PRZED WEJŚCIEM DO GABINETU

Osoby pacjenckie powinny mieć możliwość podania używanego imienia oraz zaimków w trakcie zapisywania się do przychodni i wypełniania wymaganych dokumentów – warto pomyśleć nad dodatkowym formularzem albo rozszerzeniem już istniejącego o dodatkowe pola, by zadbać o osoby, których dane urzędowe są inne od używanych. Sytuacja, w której osoby trans są zmuszane do coming outu przed każdym pracownikiem, z którym mają styczność może być bardzo stresująca.

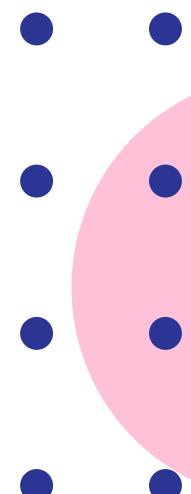
Innym aspektem inkluzywności i tworzenia przyjaznego środowiska mogą być plakaty, ulotki czy flagi informujące o transpłciowości obecne w poczekalni i gabinetach. Bardzo często lokalna organizacja LGBTQ+ może mieć możliwość podzielenia się swoimi materiałami.

Dodatkowo, jeżeli w przychodni jest taka możliwość, warto desygnować przynajmniej jedną toaletę jako neutralną płciowo – w praktyce zazwyczaj będą to toalety dla osób z niepełnosprawnościami oraz rodziców z małymi dziećmi.



UWAŻAJ NA JĘZYK

Osoby pacjenckie powinny mieć możliwość podania swojego wybranego imienia oraz zaimków w trakcie zapisywania się do przychodni i wypełniania wymaganych dokumentów – warto pomyśleć nad dodatkowym formularzem albo rozszerzeniem już istniejącego o dodatkowe pola. Sytuacja, w której osoby trans są zmuszane do coming outu przed każdym pracownikiem, z którym mają styczność może być bardzo stresująca.





SZANUJ PRYWATNOŚĆ

Nie ujawniaj tożsamości osoby komukolwiek, kto nie jest personelem medycznym mającym bezpośrednią styczność z osobą pacjencką. W szczególności nie outuj osoby przed członkami jej rodziny, gdyż może to narazić ją na niebezpieczeństwo. Powstrzymaj się od plotek. Gdy wołasz osobę pacjencką do gabinetu, nie używaj ich imienia i nazwiska (co oczywiście jest i tak niezgodne z RODO).



BĄDŹ DELIKATNY W TRAKCIE BADAŃ

Wiele osób transpłciowych, szczególnie w początkowych fazach tranzycji, czuje się niepewnie ze swoim ciałem. Postaraj się badać je, tak jak sobie tego życzą – nie proś nikogo o rozbieranie się bardziej niż jest to dla nich komfortowe, chyba że jest to absolutnie niezbędne. Wówczas przeproś i jasno przedstaw sytuację.

Unikaj używania upłciowionych terminów dotyczących intymnych części ciała osoby pacjenckiej. W przypadku osób transmęskich warto używać terminu „klatka piersiowa” zamiast „biust”. O genitaliach mów jak najbardziej neutralnie, medycznie.

PRZYKŁADOWE TERMINY:

piersi – klatka piersiowa, kolokwialnie osoba transmęska może powiedzieć „balast”

genitalia – najlepiej posługiwać się określeniem „na dole” lub „krocze”, a gdy mówisz o konkretnych częściach ciała używaj sformułowań neutralnych, jak np. penis, wagina, wargi sromowe, moszna

miesiączka – jest akceptowalnym sformułowaniem, podobnie jak „okres”

Rys historyczny i obecna sytuacja prawna

Niecheteronormatywność towarzyszyła nam od zarania cywilizacji. Funkcjonowanie w roli odmiennej niż wynikającej z płci przypisanej przy urodzeniu wiązało się z różnorodnymi przyczynami. W ramach szerszych zjawisk społecznych istotne były funkcje religijne, jak i związane z funkcjonowaniem w relacji nieheteronormatywnej. W źródłach historycznych możemy znaleźć też przypadki osób indywidualnych, którym zazwyczaj nikt nie oddawał głosu. Nie znamy więc ich historii i motywacji.

Współczesne pojęcie transpłciowości wykształciło się jednak dopiero w XX wieku i w poniższym tekście będziemy skupiać się właśnie na tym aspekcie historii. Medycyna zaczęła interesować się tematem wcześniej, bo już w XIX wieku, ale dopiero wraz z pracami Havelocka Ellisa i Magnusa Hirschfelda zaczęto wyodrębniać transpłciowość (określając odpowiednio eonizmem i transseksualizmem) od homoseksualności. Hirschfeld założył w Berlinie *Institut für Sexualwissenschaft* (Instytut Seksuologiczny), gdzie przeprowadzano pierwsze operacje korekty płci. Pacjentką Instytutu była np. znana z popkultury Lili Elbe. Dorobek życia Hirschfelda został spalony przez nazistów w 1933 roku – przepadło ok. 20 tys. woluminów oraz trudne do określenia liczby zdjęć i innych obiektów historycznych.

Po II Wojnie Światowej transpłciowość znalazła światowy rozgłos w 1952 roku, za sprawą trans kobiety i byłej żołnierki Christine Jorgsen. Dokonała ona publicznego coming outu, a sławę zyskał też zajmujący się jej sprawą lekarz Harry Benjamin, który w 1966 opublikował książkę *The Transsexual Phenomenon*, pierwszą pozycję naukową dla diagnostów. W 1979 r. powstało z kolei Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA), obecnie znane jako WPATH. Opisując historię społeczności osób trans nie możemy jednak zapomnieć o żywym udziale samych osób trans w rozwoju dostępnej nam wiedzy – warto tu wspomnieć choćby o Virginii Prince, wydawczyni jednego z pierwszych magazynów o trans-płciowości i badaczce, Michaelu Dillonie i jego pracy w dziedzinie endokrynologii czy Reedzie Ericksonie, który ufundował pierwszą klinikę uzgadniania płci w Stanach Zjednoczonych.

Polska znajdowała się w awangardzie zmian. Pierwszy wyrok sądowy, w którym zezwolono na dokonanie dokumentowej korekty płci miał miejsce już w 1964 r. Stanowisko Sądu Wojewódzkiego zostało potem potwierdzone przez Sąd Najwyższy w 1978 r. Sprostowanie aktu urodzenia odbywało się w trybie administracyjnym. Procedura wymagała diagnozy seksuologicznej oraz operacji genitaliów, ale przewidywała, że „w szczególnych okolicznościach” ten drugi wymóg mógł zostać pominięty, co było szeroko wykorzystywane. Pierwsza polska klinika uzgadniania płci, czyli warszawski Zakład Seksuologii i Patologii Więzi Międzyludzkich, od 1981r. zaczęła przyjmować osoby trans.

Pierwsza organizacja pomagająca osobom transpłciowym w Polsce została założona w 2001 r. przez dwójkę psychologów – Alicję Strzelecką i Marcina Czuba. Zajmowała się ona pomocą psychologiczną, organizowaniem konferencji i publikacją badań. W podobnym okresie zaczęły powstawać też pierwsze fora dla osób transpłciowych – w tym tzw. „niebieskie forum” (transseksualizm.pl) i założone w 2004 r. crossdressing.pl. W warszawskich klubach Manekin i Rasko odbywały się pierwsze towarzyskie spotkania osób transpłciowych. W 2007 roku zostało założone Stowarzyszenie (poźniej Fundacja) Trans-Fuzja, pierwsza w Polsce organizacja samorzecznica osób transpłciowych.

Anna Grodzka, prezeska Trans-Fuzji, została posłanką sejmu VII kadencji, gdzie wraz z polskimi organizacjami LGBTQ+ bezskutecznie lobbowała za przyjęciem ustawy o uzgodnieniu płci, która zniosłaby obowiązek pozywania własnych rodziców. Z racji zastosowania weta prezydenckiego przez Andrzeja Dudę ustawanie weszła w życie.

Dodatkowe źródła dla zainteresowanych:

Dębińska M. (2015), *Prawo, seksuologia a transpłciowość: przemiany społeczno-kulturowych praktyk konstruowania płci w Polsce (1964–2012)*, Front Cover, Warszawa

Mijas M., Koziara K. (2020), *Klasyfikacja i ewolucja rozumienia zjawiska transpłciowości w seksuologii oraz współczesnych systemach diagnostycznych*. W: Grabski B. Mijas M. Dora M. Iniewicz G. (red.), *Dysforia i niezgodność płciowa. Kompendium dla praktyków*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa

Jakubowski T. (2015), *Inność poprzez wieki – historia transpłciowości*. W: Bogdanowska-Jakubowska E. (red.), *Inność/różnorodność w języku i kulturze*. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Stryker S. (2017), *Transgender History*, Seal Press

Shuster S. M. (2021), *Trans Medicine: The Emergence and Practice of Treating Gender*, NYU Press

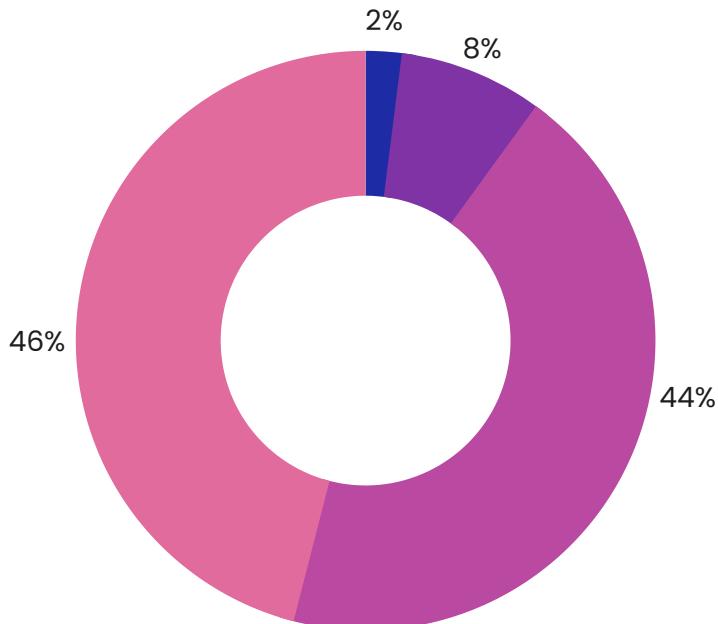
Transpłciowość w danych

Nie mamy żadnych państwowych danych dotyczących odsetka osób transpłciowych w Polsce – spis powszechny wprost uniemożliwił podanie płci niezgodnej z numerem PESEL, zaś zliczenie osób po zmianie danych metrykalnych nie jest miarodajne, gdyż relatywnie niewiele osób decyduje się na pozwanie własnych rodziców i przejście przez upokarzające dla nich postępowanie sądowe. By oszacować zatem liczbę osób trans w Polsce, musimy opierać się na trendach światowych i dostępnych nam najszerszych metaanalizach, z jednoczesnym zrozumieniem, że jest to jedynie ekstrapolacja. Zgodnie z danymi amerykańskimi osoby powyżej 18 r.ż. identyfikujące się jako transpłciowe stanowią 0.6% populacji (Flores i in., 2016). W przełożeniu na populację Polski oznaczałoby to ponad 156 tys. osób transpłciowych. Należy przy tym zaznaczyć, że ze względu na niedostateczny dostęp do wiedzy na temat niecisheteronormatywności, realnie wyutowanych osób w Polsce jest oczywiście znacznie mniej, a liczba 156 tys. ma na celu uzmysłowienie potencjału i potrzeby przygotowania praktyków na coraz większą liczbę transpłciowych osób pacjenckich, nie zaś zapewnienie twardych danych liczbowych.

Informacje na temat polskiej populacji osób transpłciowych możemy znaleźć w raporcie *Sytuacja społeczna osób LGBT w Polsce 2019–2020* (Winiewski i Świder, 2021) stworzonym wspólnymi siłami Kampanii Przeciwko Homofobii oraz Stowarzyszenia Lambda Warszawa. Próba badawcza nie jest reprezentatywna dla wszystkich osób transpłciowych – raport został przygotowany w oparciu o ankiety publikowane na portalach randkowych, grupach wsparcia czy stronach organizacji LGBTQIA+. Wykluczone są więc osoby, które nie korzystają z takich form aktywności (m.in. z powodu wieku lub utrudnionego dostępu do Internetu).

Raport dotarł przede wszystkim do młodego pokolenia osób trans – większość badanych miała poniżej 25 lat i mieszkała w wielkich i średnich miastach.

Większość badanych osób nie przeszła jeszcze tranzycji medycznej. Jedynie 2% rozpoczęło ją przed 2018 rokiem, kolejne 8% – w przeciągu ostatnich dwóch lat. 44% osób trans pragnie rozpocząć tranzycję medyczną w przyszłości, a 46% nie planuje jej w ogóle. Pamiętajmy jednak, że nie oznacza to, że osoby te nie przechodzą tranzycji społecznej.



Dane dot. tranzycji wg raportu przygotowanego przez Kampanię Przeciwko Homofobii oraz Stowarzyszenia Lambda Warszawa

Jednym z powodów dla takich statystyk może być status materialny młodych osób trans i mała dostępność diagnostyki niezgodności płciowej w ramach NFZ. Osoby trans są jedną z najmniej zarabiających grup ujętych w badaniu. Różnica ta pozostawała znaczna również po wzięciu pod uwagę wieku i miejsca zamieszkania. 73% badanych pracujących osób transpłciowych zarabiało poniżej 4 000 zł netto. Najniższe dochody deklarowały osoby niebinarne.

Raport badał też statystyki związane z doświadczeniami opieki medycznej w obszarze transpłciowości. 27% badanych stwierdziło, że lekarz wiedział o niej mało lub prawie nic. W przypadku korzystania z opieki medycznej niezwiązanej z transpłciowością, wiedzę lekarzy oceniono na małą lub prawie żadną w przypadku 83% wszystkich ankietowanych. 43% osób trans korzystających z opieki medycznej spotkało się z przynajmniej jednym przejawem dyskryminacji przez ostatnie 2 lata. 20% doznało znieważania i negatywnych komentarzy ze strony lekarza, a 7% odmówiono udzielenia pomocy. Nie badano wpływu negatywnych doświadczeń na korzystanie z opieki medycznej, lecz na podstawie trendów amerykańskich możemy założyć, że wpływają one negatywnie na częstotliwość korzystania z opieki medycznej, to powoduje ogólny gorszy stan zdrowia (Cicero i in., 2019). Tym bardziej pokazuje to, że publikacje takie jak ten poradnik są potrzebne, a przed nami – zarówno trans edukatorami jak i lekarzami – jest jeszcze dużo pracy.





Transpłciowe osoby pacjenckie i ich potrzeby

Terapia hormonalna ●

Jedną z najczęściej spotykanych interwencji medycznych w społeczności osób trans jest maskulinizująca lub feminizująca terapia hormonalna. W polskiej praktyce medycznej jej wdrożenie jest najczęściej zadaniem specjalistów z zakresu endokrynologii/seksuologii. W zakres podstawowej opieki zdrowotnej wchodzić będzie przede wszystkim długofalowe monitorowanie zdrowia osób trans i badania kontrolne w obszarze ryzyka długotrwałego stosowania hormonów, takie jak choroby układu sercowo-naczyniowego czy badania przesiewowe w kierunku chorób nowotworowych, szczególnie w miejscach, w których brak jest zespołów lekarzy(-rek) wyspecjalizowanych w opiece nad osobami transpłciowymi.

Maskulinizująca terapia hormonalna

Wielu trans mężczyzn oraz transmęskich osób niebinarnych jest w trakcie maskulinizującej terapii hormonalnej polegającej na substytucji testosteronu. Do jej efektów należą:

Cechy	Oczekiwane pojawienie się	Oczekiwany efekt końcowy	Odwracalność
Przetłuszczanie się skóry/trądzik	1-6 miesięcy	1-2 lata	Odwracalne
Rozwój owłosienia ciała/twarz	6-12 miesięcy	4-5 lat	Nieodwracalne
Utrata włosów w obrębie głowy	6-12 miesięcy	Zmienny	Nieodwracalne
Zwiększenie siły/masy mięśniowej	6-12 miesięcy	2-5 lat	Odwracalne
Redystrybucja tkanki tłuszczowej	1-6 miesięcy	2-5 lat	Odwracalne
Zaprzestanie miesiączkowania	1-6 miesięcy	Nie dotyczy	Odwracalne
Powiększenie łechtaczki	1-6 miesięcy	1-2 lata	Nieodwracalne
Atrofia pochwy	1-6 miesięcy	1-2 lata	Odwracalne
Obniżenie się głosu	6-12 miesięcy	1-2 lata	Nieodwracalne

Zaadaptowane za Hembree i in., 2017

U dorosłych osób transpłciowych terapia hormonalna nie jest w stanie zmienić budowy kości i powiązanych z tym cech (np. wzrostu). Maskulinizująca terapia hormonalna nie uniemożliwia zajścia w ciąży, w zależności od form seksualnej aktywności i doboru osób partnerskich, więc wskazane może być użycie antykoncepcji (Francis i in. 2018).

Przykład w zdaniu:

Musi Pan pamiętać o stosowaniu antykoncepcji, jeżeli uprawia Pan seks z osobą zdolną do wytrysku – nawet jeżeli jest to trans kobieta przyjmująca estrogen. Maskulinizująca terapia hormonalna nie jest skuteczną formą antykoncepcji.

Według zaleceń Endocrine Society (Hembree i in., 2017) maskulinizująca terapia hormonalna ma na celu podwyższenie poziomów testosteronu do typowego zakresu męskiego (w zależności od źródła może być on definiowany różnie, wytyczne Endocrine Society podają od 320 do 1000 ng/dL testosteronu całkowitego we krwi). Nie ma potrzeby monitorowania poziomów estradiolu poza wyjątkowymi przypadkami.

Używane w Polsce preparaty testosteronu

Preparaty domięśniowe:

- Nebido (1000 mg undecylanu testosteronu), stosowany co 10–14 tygodni;
- Omnadren 250 (250 mg różnych estrów testosteronu), stosowany co 2–3 tygodnie;
- Testosteronum Prolongatum Jelfa (100 mg enantianu testosteronu), stosowany co 1–2 tygodnie.

Preparaty przezskórne:

- żel Androtop (testosteron), stosowany codziennie.

Choć dostępne w Polsce preparaty są przeznaczone do zastrzyków domięśniowych, w ciągu ostatnich lat seria badań dowiodła bezpieczeństwa i efektywności podskórnej drogi podawania testosteronu (Laurenzano, 2021; Spratt, 2017).

Główną różnicą między różnymi preparatami testosteronu jest stabilność osiąganych poziomów hormonu we krwi. Periodyczne wahania poziomów testosteronu mogą powodować u niektórych nieprzyjemne skutki uboczne, takie jak poczucie zmęczenia, napady gorąca i wahania emocjonalne, pojawiające się szczególnie w okresie przed kolejnym zastrzykiem. W takich przypadkach zaleca się zamiast zastrzyków na żel lub undecylantestosteronu. Barierą może być jednak znacznie wyższa cena tych preparatów.

Feminizująca terapia hormonalna

Wiele trans kobiet oraz transkobiecych osób niebinarnych jest w trakcie feminizującej terapii hormonalnej polegającej na substytucji estradiolu, często w połączeniu z lekami antyandrogennymi.

Cecha	Oczekiwane pojawienie się	Oczekiwany efekt końcowy	Odwracalność
Redystrybucja tkanki tłuszczowej	3–6 miesięcy	2–3 lata	Odwracalne
Zmniejszenie siły/masy mięśniowej	3–6 miesięcy	1–2 lata	Odwracalne
Zmiękczenie/zmniejszenie przetłuszczania się skóry	3–6 miesięcy	Nieznany	Odwracalne
Spadek libido	1–3 miesiące	3–6 miesięcy	Odwracalne
Rozwój piersi	3–6 miesięcy	2–3 lata	Nieodwracalne
Atrofia jąder	3–6 miesięcy	2–3 lata	Zmienne
Zmniejszona produkcja nasienia	Zmienny	>3 lat	Zmienne
Ścieńczenie i spowolnienie pojawiania się owłosienia w obrębie skóry twarzy i tułowia	6–12 miesięcy	>3 lat	Odwracalne
Łysienie typu męskiego	Brak odrastania, utrata zatrzymuje się po 1–3 miesiącach	Zmienny	Odwracalne

Zaadaptowane za Hembree i in., 2017

U dorosłych osób transpłciowych terapia hormonalna nie jest w stanie zmienić budowy kości i powiązanych z tym cech (np. wzrostu). Zarost, który zdążył pojawić się w trakcie dojrzewania, nie zniknie – jego usunięcie wymaga zastosowania trwałych zabiegów depilacyjnych (depilacji laserowej lub elektrolizy). Mutacja nie ulegnie cofnięciu, do przybrania kobiecej barwy głosu konieczne są ćwiczenia u foniatry i/lub zabieg laryngoplastii. Wpływ feminizującej terapii hormonalnej na płodność cechuje się dużą zmiennością – u części osób razem z upływem lat dochodzi do trwałej azoospermii, u części płodność ulega tylko ograniczeniu (Jindarak i in. 2018).

Przykład w zdaniu:

Jeżeli współżyje Pani z osobą zdolną do zajścia w ciążę, nawet jeżeli jest to trans mężczyzna stosujący hormonalną terapię zastępczą, to powinna stosować Pani antykoncepcję.

Według zaleceń Endocrine Society (Hembree i in., 2017) feminizująca terapia hormonalna ma na celu podwyższenie poziomów estradiolu do uśrednionego zakresu kobiecego 100-200 pg/mL oraz obniżenie poziomów testosteronu do poniżej 50 ng/dL. Wahania poziomu estradiolu związane z cyklem menstruacyjnym nie są symulowane.

Używane w Polsce preparaty estradiolu

Preparaty doustne:

- Estrofem (2 mg estradiolu), dawkowanie 2-8 mg dziennie.

Preparaty przezskórne:

- Żel Divigel (1 mg/1g), dawkowanie 1-3 g dziennie;
- Plastry Climara 50 (50 mcg/24h) 1-3 plastry zmieniane co 3 dni;
- Plastry System 50 (50 mcg/24h) 1-3 plastry zmieniane co 3-4 dni.

Preparaty domięśniowe:

- Neofilin (5 mg walerianianu estradiolu), stosowane co 5-7 dni. Dostępny tylko w Czechach, ale stosowany przez część pacjentek.

Dodatkowo używane są antyandrogeny:

- Androcur (octan cyproteronu), 10-25 mg dziennie;
- Spironol, Finospir, Verospiron (spironolakton), 100-300 mg dziennie;
- w rzadkich przypadkach agoniści gonadolibertyny (buserelina, goserelina, leuprorelina), dostępne w formie iniekcji podskórnych.

U części pacjentek monoterapia estradiolem wystarcza do stłumienia poziomów testosteronu i dodatkowe użycie antyandrogenów nie jest wymagane. Po orchidektomii antyandrogeny są zawsze odstawiane.

Choć progesteron nie jest typową częścią feminizującej terapii hormonalnej, bywa on przepisywany na życzenie pacjentek w oparciu o anegdotyczne pozytywne doświadczenia płynące ze społeczności osób trans. Badania dotyczące jego potencjalnych pozytywnych skutków jeszcze trwają, stąd na ten moment nie istnieją żadne wytyczne odnośnie jego dawkowania i monitorowania.

● Ryzyka zdrowotne związane z terapią hormonalną ●

Terapia hormonalna jest stosunkowo bezpieczną interwencją medyczną. Długoterminowe badania dotyczące śmiertelności wśród osób korzystających z terapii hormonalnej nie stwierdziły znaczącego wzrostu śmierci z przyczyn powiązanych z uży-ciem hormonów – choć śmiertelność wśród osób transpłciowych była wyższa niż w populacji ogólnej, to przede wszystkim wynikała z czynników takich jak uzależnienia, infekcje HIV oraz samobójstwa (Aschemann i in., 2011; de Blok i in., 2021). W przeglądzie literatury dotyczącej bezpieczeństwa terapii hormonalnej Weinanda i Safera (2015) uznano ją za pozbawioną znaczącego ryzyka efektów ubocznych przy założeniu monitorowania kilku istotnych klinicznie obszarów.

Feminizująca terapia hormonalna – ryzyko

W przypadku schorzeń/kwestii, które dotykają tylko cis mężczyzn i trans kobiet (jak rak prostaty) możesz mówić o schorzeniach/kwestiach dotyczących osoby AMAB lub unikać określeń płciowych przez wymienienie konkretnej cechy płciowej powiązanej z danym schorzeniem (np. osoby posiadające gruczoł krokowy, osoby z przewagą testosteronu)

Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa

Stosowanie estradiolu jest powiązane ze wzrostem ryzyka wystąpienia zakrzepicy. Z racji mnogości różnych preparatów i dawek stosowanych w feminizującej terapii hormonalnej oszacowanie tego ryzyka jest utrudnione. Wiele ze starszych kohort pacjentek stosowało obecnie nieużywane już formy estradiolu takich jak skoniugowane estrogeny końskie, czy etynyloestradiol. Nowsze badania wskazują na od 2-krotnego do 5-krotnego wzrostu ryzyka zakrzepicy (Seal, 2019; Nota i in., 2019) w porównaniu do ogółu populacji.

U osób, u których występują czynniki ryzyka (otyłość, wiek powyżej 40 lat, niska aktywność fizyczna, palenie papierosów, historia chorób zakrzepowych w rodzinie) zaleca się stosowanie przezskórnej formy podawania estradiolu z racji jej relatywnie słabszego działania prokoagulacyjnego. Rutynowe badania przesiewowe nie są zalecane bez współistniejących czynników ryzyka (Deutsch, 2016).

Choroby układu krążenia

Wpływ feminizującej terapii hormonalnej na ryzyko zawału mięśnia sercowego oraz udaru nie jest jasny. Część badań stwierdziła podwyższony wzrost ryzyka względem populacji cis mężczyzn (Wierckx i in., 2013), część nie odnotowała podobnego zjawiska (Seal, 2019). U osób, u których występują czynniki ryzyka chorób układu krążenia, zaleca się przejście na przezskórную formę podawania estradiolu.

Wytyczne University of California, San Francisco (Deutsch, 2016) rekomendują dostosowanie stosowanego kalkulatora ryzyka do wieku rozpoczęcia terapii hormonalnej u danej osoby. U osób, które rozpoczęły terapię hormonalną w młodym wieku bardziej zasadne może być stosowanie kalkulatorów dla cis kobiet.

Choroby wątroby

Estradiol nie jest powiązany ze wzrostem prób wątrobowych, ani przypadkami uszkodzeń wątroby (Hashemi i in., 2021; Stangl i in., 2021).

Octan cyproteronu w dawkach 25 mg i więcej jest powiązany z uszkodzeniami wątroby (Kumar i in., 2021; Bessone i in., 2016), stąd zaleca się stosowanie mniejszych dawek.

Osteoporozą

Feminizująca terapia hormonalna ma korzystny wpływ na gęstość kości u trans kobiet. W monitorowaniu ryzyka osteoporozy należy przestrzegać ogólnych zasad dotyczących cis kobiet (Rothman i Iwamoto, 2019).

U pacjentek, które przez dłuższy czas były na niskich dawkach estradiolu lub były pozbawione dostępu do hormonów (szczególnie po orchidektomii) konieczna może być densytometria.

Hiperkalemia

Efektem ubocznym spironolaktonu jest podwyższenie poziomów potasu we krwi. Osoby, u których występują inne czynniki mogące podwyższać poziomy potasu (choroby bądz leki), powinny stosować inny antyandrogen (Deutsch, 2016).

Hiperprolaktynemia oraz gruczolak

Estradiol oraz octan cyproteronu (Androcur) są powiązane z podwyższonymi poziomami prolaktyny oraz zwiększym ryzykiem guzów prolaktynowych (Glintborg i in., 2021). W przypadku pojawienia się objawów takich jak mleketok, bóle głowy i ograniczenia pola widzenia konieczne może być skierowanie osoby pacjenckiej na konsultację endokrynologiczną w celu zmniejszenia dawki octanu cyproteronu lub wymiany na inny antyandrogen.

Guz opon mózgowych

Długoletnie stosowanie octanu cyproteronu zostało powiązane ze znaczącym, kumulatywnym wzrostem ryzyka wystąpienia guza opon mózgowych, szczególnie u osób stosujących dawki ponad 25 mg dziennie. Według rozporządzenia Unii Europejskiej (European Medicines Agency, 2020) dawki powyżej 10 mg dziennie należy stosować tylko w sytuacjach, w których niższa dawka nie spełniła swojego zadania. W praktyce medycznej wielu lekarzy nadal przepisuje znacznie wyższe dawki 50 do 100 mg pomimo tego, że nie są one klinicznie uzasadnione i znacznie niższe dawki wystarczają do stłumienia poziomów testosteronu. Rekomendujemy, by zwracać na to uwagę pacjentkom przyjmującym bardzo wysokie dawki octanu cyproteronu.

Część z badań poza zmniejszeniem dawki rekomenduje również skrócenie okresu używania octanu cyproteronu do maksymalnie 2 lat (Glintborg in., 2021). U pacjentek z dłuższym stażem terapii hormonalnej wskazana może być zmiana antyandrogenu na inny lub próba odstawiania go.

Nowotwory

W wyniku feminizującej terapii hormonalnej następuje rozwój gruczołu piersiowego, co wiąże się ze podwyższeniem ryzyka raka piersi (de Blok i in., 2019). Przy profilaktyce raka piersi rekomenduje się stosowanie do zaleceń przeznaczonych dla cis kobiet.

W zakresie pozostałych nowotworów nie stwierdzono podwyższonego ryzyka (Wierckx, 2013). Choć wstępne badania wskazują na znaczące obniżenie ryzyka nowotworów zależnych od androgenów takich jak rak prostaty (de Nie i in., 2019), nadal mogą się one pojawić, w szczególności wśród osób, które rozpoczęły terapię hormonalną w późniejszym wieku.

Migreny

Feminizująca terapia hormonalna może wpływać negatywnie na przebieg migren (Deutsch, 2016). W celu zmniejszenia intensywności objawów wskazane może być obniżenie dawki oraz zmiana formy podania estradiolu na doustną lub przezskórную w celu zminimalizowania wahań poziomów estradiolu we krwi.

Wirus HIV

Trans kobiety stanowią populację szczególnie narażoną na zakażenie wirusem HIV (Stutterheim, 2021). Rekomendujemy przypominanie o możliwości wykonania bezpłatnych testów w punktach konsultacyjno-diagnostycznych.

Wirus HIV nie stanowi przeciwwskazania dla terapii hormonalnej. Leki używane w trakcie terapii antyretrowirusowej mogą zmniejszać poziomy estradiolu we krwi, co może wiązać się z koniecznością zmiany dawkowania (Hiransuthikul i in., 2021).

Maskulinizująca terapia hormonalna – ryzyko

W przypadku schorzeń/kwestii odnoszących się do cis kobiet, możesz mówić o schorzeniach/kwestiach dotyczących osoby AFAB lub unikać określeń płciowych przez wymienienie konkretnej cechy płciowej powiązanej z danym schorzeniem (np. osoby z macią, osoby menstruujące, osoby z przewagą estradiolu).

Choroby układu krążenia

Nie wykryto wzrostu ryzyka zakrzepicy żył głębokich oraz udaru powiązanego z maskulinizującą terapią hormonalną (Seal, 2019). Ciśnienie krwi może ulec zwiększeniu, szczególnie wśród pacjentów korzystających z domięśniowej formy testosteronu (Banks i in., 2021). Dane dotyczące zawału serca są niekonkluzywne – część badań stwierdziła wzrost ryzyka do poziomu typowego dla cis mężczyzn, część nie zauważała takiego efektu (Wierckx i in., 2013, Nota i in., 2019).

Zespół policystycznych jajników

Zaburzenia gospodarki lipidowej związane z zespołem policystycznych jajników nie ulegają pogorszeniu w wyniku terapii hormonalnej (Chan i in., 2018).

Choroby wątroby

Odnoszono nieznaczny wzrost prób wątrobowych o niesprecyzowanym znaczeniu klinicznym, nie stwierdzono wzrostu ryzyka uszkodzeń wątroby (Hashemi i in., 2021; Stangl i in., 2021). Preparaty testosteronu obecnie używane w praktyce klinicznej nie są powiązane z hepatotoksycznością, jaką cechowała obecnie wycofany z użytku metylotestosteron.

Zespół bezdechu sennego

Testosteron może powodować pogorszenie się lub ujawnienie zespołu bezdechu sennego (Payne, 2020). Osoby, u których występują objawy lub czynniki ryzyka tej choroby, powinny zostać skierowane do odpowiedniej poradni specjalistycznej w celu diagnostyki.

Nadkrwistość

Jest to jeden z najczęściej spotykanych efektów ubocznych terapii hormonalnej. Przejściowo występuje u 1 na 10 osób w trakcie maskulinizującej terapii hormonalnej (Madsen i in., 2021). Długotrwała nadkrwistość może doprowadzić do podwyższzonego ryzyka poważnych problemów zdrowotnych, w tym zakrzepicy żył głębokich. W wypadku przekroczenia hematokrytu ponad górną granicę normy męskiej konieczne jest skierowanie osoby pacjenckiej na konsultację endokrynologiczną w celu zmniejszenie dawki lub przejście na formę testosteronu powiązaną z mniejszymi wahaniem poziomów tego hormonu we krwi.

Atrofia pochwy

W wypadku pojawiienia się objawów atrofii pochwy (suchość, łatwość podrażnień i skałeczeń, pocienienie ścian pochwy) rekomendowane jest przepisanie kremu z estradiolem. Stosowany miejscowo w obszarze pochwy nie będzie miał negatywnego przełożenia na maskulinizację cech płciowych (Deutsch, 2016).

Przykład w zdaniu:

Ma Pan objawy zaniku pochwy. Zalecam stosowanie dopochwowo kremu z estradiolem.

Nowotwory

W przeszłości z racji obaw dotyczących wzrostu ryzyka nowotworów układu rozrodczego pacjentom w trakcie transmęskiej terapii hormonalnej zalecano przejście panhisterektomii w trakcie pierwszych paru lat od rozpoczęcia terapii. Istniejące dane nie potwierdzają jednak takiego efektu, a decyzja o histerektomii lub owariektomii jest pozostawiana w gestii osoby pacjenckiej (Deutsch, 2016). Osoby pacjenckie, które nie zdecydowały się na usunięcie tych organów, podlegają pod te same zalecenia profilaktyki raka jajnika i raka szyjki macicy, co cis kobiety. To samo dotyczy profilaktyki raka piersi u osób pacjenckich, które nie przeszły mastektomii. Mastektomia znaczco zmniejsza ryzyko raka sutka, w literaturze odnotowano jednak przypadki jego występowania (Kopetti i in., 2021).

Trądzik

U większości pacjentów w trakcie pierwszych 6-12 miesięcy terapii hormonalnej pojawia się trądzik (Thoreson i in., 2021). Postępowanie analogiczne do leczenia trądziku u cis mężczyzn.

Łysienie androgeniczne

Maskulinizująca terapia hormonalna może wywołać łysienie androgeniczne w obrębie linii włosów oraz czubka głowy. U osób, które chciałyby tego uniknąć, rekomenduje się to samo leczenie, co u cis mężczyzn – inhibitory 5-alfa-reduktazy (finasteryd, dutasteryd) oraz minoksydyl.

Ból w obrębie miednicy mniejszej

U części osób pacjenckich może występować ból miednicy mniejszej o potencjalnym związku z funkcją mięśni macicy (występujący w cyklach zależnych od dawkowania testosteronu lub przy orgazmie) o nieznanej etiologii (Deutsch, 2016). Jeśli w trakcie badania ginekologicznego wykluczono inne przyczyny bólu, rekomendowane jest używanie niesteroidowych leków przeciwwypałowych lub histerektomia.

Wirus HIV

Choć odsetek osób zarażonych wirusem HIV wśród osób transmęskich jest niższy niż wśród osób transkobieczych, nadal jest wielokrotnie wyższy niż w populacji ogólnej (Stutterheim, 2021). Rekomendujemy przypominanie o możliwości wykonania bezpłatnych testów w punktach konsultacyjno-diagnostycznych.

Wpływ leków używanych w trakcie terapii antyretrowirusowej na maskulinizującą terapię hormonalną nie został jeszcze zbadany, nie są one jednak uznawane za przeciwwskazanie do jej kontynuacji.

Badania kontrolne

Zgodnie z obowiązującymi wytycznymi to prowadzący terapię hormonalną lekarz endokrynolog odpowiada za jej dalszą kontrolę. Jednakże, z racji niewielkiej liczby endokrynologów prowadzących terapie hormonalne oraz trudnej sytuacji socjo-ekonomicznej osób transpłciowych, nie zawsze do takich badań dochodzi. Tę lukę częściowo mogą wypełnić lekarze POZ. Zdajemy sobie przy tym sprawę, że wiąże się to z dodatkowymi kosztami oraz zwiększeniem zobowiązań już i tak przeciążonych lekarzy medycyny rodzinnej. Zaangażowanie przyjaznych lekarzy jest jednak kluczowe dla zredukowania nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej, jaka dotyczy osoby transpłciowe – z tego względu gorąco zachęcamy do zapewnienia wsparcia w tym obszarze.

Poniżej przedstawiamy krótkie podsumowanie tego, jak według wytycznych opublikowanych przez Endocrine Society oraz University of California, San Francisco należy monitorować przebieg terapii hormonalnej tak, aby było to bezpieczne dla osoby pacjenckiej i jednocześnie pozwalało lekarzom POZ na zapewnienie jak najlepszej opieki w ujęciu holistycznym. Część zalecanych badań diagnostycznych nie jest dostępna w koszyku świadczeń gwarantowanych (przede wszystkim dotyczy to badań hormonów płciowych) – te dostępne zostaną zebrane pod koniec rozdziału, tak aby były łatwiejsze do szybkiego odnalezienia. Pozostałe zostaną wymienione głównie w celach edukacyjnych oraz ukazania szerszej perspektywy opieki nad transpłciowymi osobami pacjenckimi.

Feminizująca terapia hormonalna

Podstawowe elementy, na jakie należy zwrócić uwagę w przypadku kontroli feminizującej terapii hormonalnej to ponadfizjologiczne dawki lub zbyt wysokie stężenie estrogenów, co może doprowadzić do zwiększonego ryzyka choroby zakrzepowo–zatorowej, zaburzeń pracy wątroby lub wystąpienia nadciśnienia tętniczego. Monitorowanie działań niepożądanych powinno obejmować zarówno badania laboratoryjne, jak i przedmiotowe, ze szczególnym uwzględnieniem pomiarów ciśnienia tętniczego, tężna, masyciąła, zmian osłuchowych i obecności obrzęków]. Podsumowanie najważniejszych etapów monitorowania feminizującej terapii hormonalnej przedstawiamy poniżej (na podstawie wytycznych Endocrine Society):

- pomiar hormonów płciowych, których stężenie powinno mieścić się w zakresie fizjologicznym dla cispłciowych kobiet w wieku rozrodczym:
 - stężenie testosteronu < 50 ng/dl (1,7 nmol/l)
 - stężenie estradiolu nie powinno przekraczać 100–200 pg/ml (734 pmol/l);
- ocena stężenia elektrolitów, zwłaszcza potasu, w przypadku osób leczonych przy pomocy spironolaktonu powinna odbywać się co 3 miesiące w pierwszym roku leczenia, a następnie przynajmniej 1 raz w roku;
- badania przesiewowe w kierunku nowotworów związanych z obecnymi u osoby pacjenckiej narządami należy wykonywać zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami dla całej populacji; dane dotyczące nowotworów piersi oraz ich profilaktyki nie są jasne – wśród zalecanych wymienia się badanie mammograficzne wykonywane raz na dwa lata po osiągnięciu 50. roku życia i po 5-10 latach od rozpoczęcia terapii estrogenami; jednocześnie należy pamiętać o indywidualnych czynnikach ryzyka, które mogą wpływać na sposób prowadzonej profilaktyki; w przypadku raka stercza należy kierować się zaleceniami przeznaczonymi dla cispłciowych mężczyzn pamiętając o wpływie niektórych antyandrogenów na obniżenie stężenia PSA, który w tym przypadku może okazać się niemiarodajny; regularne badania przesiewowe w kierunku raka jąder nie są zalecane w przypadku cispłciowych mężczyzn i nie ma przesłanek, aby wykonywać je u osób w czasie feminizującej terapii hormonalnej;

Pomimo, iż pomiar wyżej wymienionych hormonów płciowych nie jest dostępny w koszyku świadczeń gwarantowanych, zamieszczone przez nas informacje mają ułatwić lekarzom POZ opiekę nad pacjentem transpłciowym oraz interpretację dostarczonych przez nich wyników badań laboratoryjnych. Zakresy norm wartości laboratoryjnych umieszczone tutaj jedynie poglądowo, ponieważ poszczególne laboratoria posługują się zwykle własnymi wartościami liczbowymi – w takich sytuacjach warto skonsultować się z lokalnym laboratorium diagnostycznym i poprosić o umieszczenie zakresów wartości dla cispłciowych kobiet i mężczyzn tak, aby możliwa była analiza danych zgodnie z tożsamością płciową osoby pacjenckiej, a nie płcią oznaczoną przy urodzeniu (wyjątki od tej reguły opisano poniżej).

- rozważenie oceny gęstości mineralnej kości (BMD) i wykonanie densytometrii przed rozpoczęciem leczenia; kluczowa może być ocena obecności ewentualnych czynników ryzyka niskiej masy kostnej, zwłaszcza u transpłciowych kobiet po orchidektomii; badania przesiewowe w kierunku osteoporozy należy przeprowadzić u osób nieprzestrzegających zaleceń co do terapii hormonalnej, a u osób pacjenckich z niskim ryzykiem osteoporozy w 60. roku życia;
- ocena stężenia prolaktyny (co związane jest z możliwością wzrostu liczby komórek laktotropowych przysadki pod wpływem stosowanych estrogenów) corocznie w czasie tranzycji, a następnie co 2 lata;
- ocena czynników ryzyka chorób serca i naczyń, w tym lipidogramu oraz testów przesiewowych w kierunku zaburzeń gospodarki wodorowęglanowej.

WAŻNE! Należy pamiętać, iż u niektórych osób transpłciowych nasilenie dysforii płciowej może być tak skrajne, że uniemożliwi przeprowadzenie badania fizykalnego. Mając to na uwadze, należy zawsze dostosować postępowanie do obecnych potrzeb i możliwości osoby pacjenckiej tak, aby zapewnić jej jak najlepszą opiekę bez zadawania cierpienia.

Interpretacja wyników badań, których wartości zależne są od hormonów płciowych

W związku z wpływem hormonów płciowych na rozkład tkanki tłuszczowej i mięśniowej oraz na funkcjonowanie innych narządów, u osób w trakcie terapii hormonalnej wartości większości parametrów sprawdzanych po pobraniu krwi powinny być interpretowane zgodnie z zakresami właściwymi dla płci odczuwanej (Cheung i in., 2021). Wartości parametrów takich jak próby wątrobowe (AST, ALT, GGTP, ALP, bilirubina całkowita), hemoglobina (Hb), hematokryt (Ht), kreatyninia (Cr) (a więc także eGFR), zależeć będą od obecnej konfiguracji hormonalnej danej osoby. Do niewielu wyjątków będą należeć m.in. wartość PSA czy troponin sercowych, których stężenie zależy od masy danego narządu.

Stężenia hematokrytu i hemoglobiny u transpłciowych kobiet, których poziom estrogenów mieści się w zakresie żeńskich norm, powinny być interpretowane w dolnych zakresach norm dla cisplciowych kobiet. Ma to związek z brakiem wpływu wyższego stężenia poziomu testosteronu charakterystycznego dla cisplciowych mężczyzn na erytropoezę. I odwrotnie – w związku z brakiem menstruacji oraz potencjalną aktywnością androgenną u osób z zachowanymi gonadami, rozsądne będzie używanie górnej granicy normy dla hematokrytu i hemoglobiny jak dla cisplciowych mężczyzn. Podobne rozważania dotyczą stężeń parametrów wątrobowych i kreatyniny – użycie górnych zakresów norm dla cisplciowych mężczyzn może być

wskazane w związku z zachowaną zwiększoną masą kostną i mięśniową. Ma to szczególnie znaczenie w przypadku transpłciowych kobiet w czasie terapii spironolaktonem, u których zwłaszcza po zmianie danych, stężenia kreatyniny w analizie laboratoryjnej mogą wykazywać znacznie przekroczone zakresy wartości dla cisplciowych kobiet. W takiej sytuacji warto skonsultować się z laboratorium w celu uzyskania zakresów prawidłowych charakterystycznych dla cisplciowych mężczyzn.

Badania laboratoryjne	Dolna granica normy	Górna granica normy
Kreatynina	Nieokreślona	Wartość dla cis mężczyzn
Hemoglobina/hematokryt	Wartość dla cis kobiet	Wartość dla cis mężczyzn
Fosfataza alkaliczna (ALP)	Nieokreślona	Wartość dla cis mężczyzn

Maskulinizująca terapia hormonalna

Podstawowymi elementami, na jakie należy zwrócić uwagę w przypadku kontroli maskulinizującej HRT są ponadfizjologiczne dawki lub zbyt wysoki poziom testosteronu, co może doprowadzić do nadkrwistości, zespołu bezdechu sennego, nadciśnienia tętniczego, nadmiernego wzrostu masy ciała, retencji sodu, zmian w lipidogramie oraz ryzyka pojawienia się/zaostrzenia trądziku torbielowatego. Monitorowanie działań niepożądanych powinno obejmować zarówno badania laboratoryjne, jak i fizyczne, ze szczególnym uwzględnieniem pomiarów ciśnienia tętniczego, tętna, zmian osłuchowych, nadmiernego wzrostu masy ciała, trądziku i krwawień przełomowych z dróg rodnych. Podsumowanie najważniejszych etapów monitorowania maskulinizującej terapii hormonalnej przedstawiamy poniżej (na podstawie wytycznych Endocrine Society):

- pomiar stężenia testosteronu co 3 miesiące do chwili uzyskania wartości w zakresie normy dla cisplciowych mężczyzn:
 - w przypadku stosowania heptanianu testosteronu pomiaru należy dokonywać w połowie odstępu pomiędzy kolejnymi iniekcjami (wartości docelowe w zakresie 400-700 ng/dl [13,9-24,3 nmol/l]): alternatywną stosowaną przez niektórych lekarzy jest pomiar dzień przed następną iniekcją
 - w przypadku stosowania undecylenu testosteronu – pomiar tuż przed kolejną iniekcją (wartości docelowe > 400 ng/dl [13,9 nmol/l])
 - żele: pierwszy pomiar nie wcześniej niż po tygodniu od włączenia terapii, co najmniej 2 godz. po aplikacji leku;
- ocena stężenia hemoglobiny i hematokrytu co 3 miesiące w pierwszym roku terapii, następnie 1-2 razy w roku;

- regularny pomiar masy ciała, ciśnienia tętniczego oraz profilu lipidowego;
- badania przesiewowe w kierunku osteoporozy u pacjentów, którzy zaprzestali leczenia hormonalnego, nie stosują się do zaleceń lub u których występują czynniki ryzyka osteoporozy;
- w przypadku zachowanej szyjki macicy – przesiew nowotworowy zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej;
- badania przesiewowe w kierunku raka piersi (zarówno u osób przed rekonstrukcją klatki piersiowej jak i po jej przebyciu), zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, z zachowaniem omówionych wcześniej zasad związanych z badaniem pacjenta i poszanowaniem jego potrzeb.

Ocena poziomu stężenia testosteronu dokonywana co 3 miesiące jest trudna do przeprowadzenia i prawdopodobnie nie przynosi większych korzyści po osiągnięciu stabilnego poziomu tego hormonu płciowego (Deutsch, 2016). Powodem częstszych kontroli poziomu testosteronu mogą być jednak znaczące zmiany metaboliczne organizmu takie jak początek zaburzeń gospodarki węglowodanowej bądź chorób gruczołu tarczowego, istotne zmiany masy ciała, subiektywne lub obiektywne objawy regresji wirylizacji bądź nowe objawy mogące świadczyć o zaburzeniach gospodarki hormonalnej takie jak uderzenia gorąca, skurcze mięśni międnic, krwawienia z narządu rodniego, migreny.

Interpretacja wyników badań, których wartości zależne są od hormonów płciowych

Podobnie jak w przypadku osób w trakcie feminizującej terapii hormonalnej, podczas interpretacji wyników badań laboratoryjnych stężeń fosfatazy alkalicznej (oraz innych parametrów wątrobowych), hemoglobiny (Hb), hematokrytu (Ht) oraz kreatyniny (Cr), należy brać pod uwagę obecną sytuację hormonalną u danego pacjenta. Wiele osób korzystających z maskulinizującej terapii hormonalnej nie doświadcza cyklicznych krwawień menstruacyjnych. Jednocześnie wyższe stężenie testosteronu pobudza układ erytropoetyczny. W związku z tym, zasadne może być użycie górnego zakresu normy stężeń hemoglobiny i hematokrytu jak dla cispłciowych mężczyzn. Podobnie górne zakresy wartości normy powinny być użyte w czasie interpretacji poziomu fosfatazy alkalicznej czy kreatyniny, w związku ze zwiększoną masą kostną i mięśniową u trans-płciowych mężczyzn.

Badania laboratoryjne	Dolna granica normy	Górna granica normy
Kreatynina	Nieokreślona	Wartość dla cis mężczyzn
Hemoglobina/hematokryt	Wartość dla cis mężczyzn w przypadku amenorrhea*	Wartość dla cis mężczyzn
Fosfataza alkaliczna (ALP)	Nieokreślona	Wartość dla cis mężczyzn

*Jeśli osoba doświadcza regularnych krwawień menstruacyjnych należy rozważyć użycie dolnej granicy normy jak dla cis płciowych kobiet.

Podsumowanie badań możliwych do wykonania w warunkach POZ pomocnych w przypadku kontroli osób korzystających z HRT (na podstawie wykazu świadczeń gwarantowanych)

Badanie	
Feminizująca HRT	Maskulinizująca HRT
<ul style="list-style-type: none"> • kreatynina, potas, mocznik, profil lipidowy, ocena gospodarki węglowodanowej (jako okresowa kontrola w związku ze stosowanymi estrogenami i antyandrogenami) • albumina (potrzebna w niektórych dostępnych kalkulatorach w celu obliczenia stężenia wolnych hormonów płciowych) • PSA, USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej ze wstępnią oceną gruczołu krokowego (w razie konieczności kontroli gruczołu krokowego) 	<ul style="list-style-type: none"> • profil lipidowy, ocena gospodarki węglowodanowej, morfologia krwi obwodowej z płytka krwi (jako okresowa kontrola w związku ze stosowanym testosteronem) • albumina (potrzebna w niektórych dostępnych kalkulatorach w celu obliczenia stężenia wolnego testosteronu)

Należy pamiętać, że wybór zlecanych przez lekarza POZ badań zależy od stanu osoby pacjenckiej w czasie badania podmiotowego i przedmiotowego, a także innych czynników takich jak choroby przewlekłe czy przyjmowane leki.

Odstawienie terapii hormonalnej

Większość osób transpłciowych przyjmuje terapię hormonalną do końca życia – dla większości osób pacjenckich terapia hormonalna jest pozytywną i przynoszącą szczęście i spełnienie interwencją. Niemniej jednak sytuacje przerwania terapii hormonalnej mogą się zdarzać, z bardzo zróżnicowanych i indywidualnych powodów takich jak:

- Inne problemy zdrowotne, których przebieg jest pogarszany przez terapię hormonalną (hormonozależne nowotwory, poważne uszkodzenia wątroby);
- presja rodziny i środowiska, problemy finansowe;
- celowy zabieg w celu osiągnięcia androgynicznego wyglądu;
- zmiana w odczuwaniu tożsamości płciowej (detranzycja).

Osoby przerywające terapię hormonalną często mogą spotykać się z niezrozumieniem lub niemiłymi komentarzami ze strony lekarzy, przez co mogą mieć problem z dostępem do odpowiedniej pomocy medycznej. Niestety, z racji małej liczebności osób przerywających terapię hormonalną, do tej pory nie powstały żadne badania omawiające ich potrzeby medyczne i problemy związane z tym procesem. Jest niezwykle ważne, by również do takich osób pacjenckich podchodzić z szacunkiem, zwracając się do nich zgodnie z preferowanym przez nie rodzajem gramatycznym oraz starając się zapewnić im zindywidualizowane wsparcie w dotykających ich problemach. Pomocne mogą być tutaj informacje dotyczące tego, które efekty tranzycji są permanentne, a które cofną się razem z odstawieniem hormonów.

Alternatywne formy terapii hormonalnej

W ostatnich latach coraz więcej endokrynologów podejmuje się prowadzenia alternatywnych form terapii hormonalnej. Należą do nich:

- mikrodozowanie hormonów (przyjmowanie mniejszych dawek w celu spowolnienia tempa zachodzenia zmian i ich złagodzenia);
- u transmęskich pacjentów przyjmowanie testosteronu razem z inhibitorem 5-alfa reduktazy w celu spowolnienia lub zatrzymania niektórych zmian (łysienie androgeniczne, rozwój zarostu, powiększenie łehtaczki);
- u transżeńskich pacjentek stosowanie selektywnych modulatorów receptora estrogenowego zamiast estradiolu;
- planowe odstawienie hormonów po zajściu permanentnych zmian.

Wszystkie powyższe formy terapii hormonalnej są eksperymentalne. Dokładny przebieg terapii oraz związane z nimi specyficzne ryzyka nie zostały dotąd zbadane w populacji osób transpłciowych. W przypadku przyjmowania osoby korzystającej z alternatywnej formy terapii hormonalnej konieczne jest zindywidualizowane podejście oraz wyraźne zaznaczenie potencjalnych niewiadomych związanych z jej efektami.

Osoby niepełnoletnie

W gabinecie lekarza POZ pojawić się mogą również niepełnoletnie osoby transpłciowe. Populację tę można podzielić na kilka podgrup:

- grupa nieprzechodząca żadnej tranzycji medycznej. Mogą do niej należeć dzieci przed okresem dojrzewania, nastolatkowie z rodzicami niewyrażającymi zgody na tranzycję oraz część osób niebinarnych;
- grupa w trakcie supresji dojrzewania. Zgodnie z wytycznymi Endocrine Society (Hembree, 2017) oraz American Academy of Pediatrics (Rafferty, 2018) standardową częścią procesu diagnostycznego dysforii płciowej u osób niepełnoletnich jest zastosowanie agonistów gonadoliberyny (buserelin, leuprorelin, goserelin) w celu zahamowania zmian cech płciowych związanych z dojrzewaniem. Dzięki temu zdejmuje się z nastolatków stres związany z dojrzewaniem i pozwala na spokojnie przemyśleć decyzję o tym, co robić dalej. Blokery dojrzewania najwcześniej przepisuje się po osiągnięciu II fazy Tannera (wyznaczanej przez pojawienie się owłosienia łonowego i niewielkie powiększenie prącia i moszny lub brodawki sutkowej);
- grupa w trakcie maskulinizującej lub feminizującej terapii hormonalnej, najwcześniej od 14. roku życia.

Kwestie diagnostyki i monitorowania powyższych interwencji w pełni należą do zadań specjalistów takich jak psychologowie czy endokrynolodzy dziecięcy. Podstawowym zadaniem lekarza POZ jest wsparcie osoby pacjenckiej oraz jej bliskich w całym procesie, zarówno poprzez wystawienie potrzebnych skierowań jak i edukacji na temat dostępnej pomocy, np. poprzez przekierowanie do lokalnych/internetowych grup wsparcia lub organizacji pomocowych (np. organizacji rodziców osób transpłciowych My, rodzice). W przypadku stosowania supresji dojrzewania pomocna może być znajomość najczęstszych efektów ubocznych agonistów GnRH: wahań nastroju, uderzeń gorąca, poczucia zmęczenia oraz zahamowania wzrostu gęstości kości. Monitorowanie terapii w warunkach POZ obejmować może m.in. zwrócenie uwagi na pomiary antropometryczne takie jak: wysokość, masa ciała, ciśnienie tętnicze krwi, stopień dojrzałości płciowej wg skali Tannera. Osobom pacjenckim należy zalecić odpowiednie ćwiczenia oraz dietę wzmacniającą stan kości, a także w miarę możliwości, sprawdzać poziom wapnia i witaminy D3 w surowicy. Zgodnie z zaleceniami co 1-2 lata należy przeprowadzić badanie densytometrii oraz wieku kostnego. W ramach badań laboratoryjnych warto kontrolować poziom hemoglobiny/hematokrytu, lipidogramu i testosteronu u trans chłopców oraz prolaktyny i estradiolu u trans dziewcząt (Hembree i in., 2017).

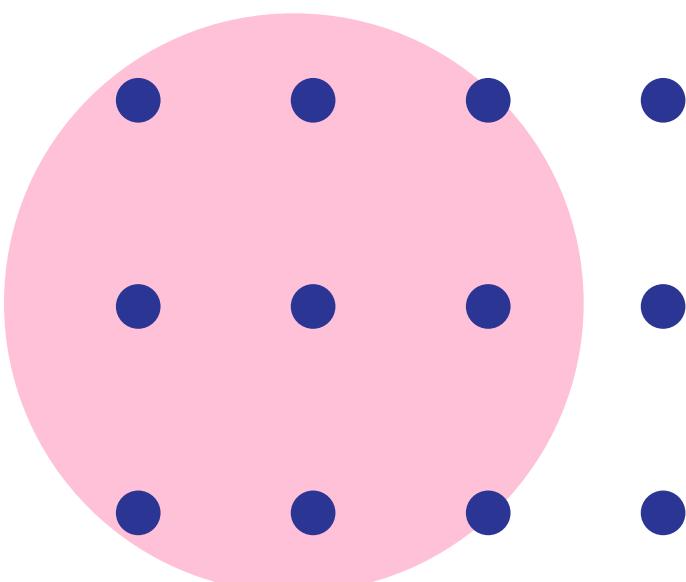
Wytyczne Amerykańskiej Akademii Psychiatrycznej (Rafferty i in., 2018) przypominają o istotności akceptacji transpłciowych dzieci i nastolatków, podkreślając konieczność stosowania preferowanego imienia oraz rodzaju gramatycznego, oraz unikania form podważania tożsamości płciowej niepełnoletnich osób trans. Popularne w społeczeństwie przekonania o „modzie” czy „chwilowej fazie” na transpłciowość mogą przekładać się na podwyższone ryzyko myśli samobójczych oraz zaburzeń depresyjnych.

Zatrzymywanie okresu

Menstruacja może stanowić znaczące wyzwanie dla osób transmęskich, w szczególności osób niepełnoletnich. Doświadczenie menstruacji ma bardzo często negatywny wpływ na zdrowie psychiczne i fizyczne, nie tylko pogłębiając dysforię, ale uniemożliwiając także codziennie funkcjonowanie. W wielu przypadkach uczucie to jest na tyle nasilone, że prowadzi do rozwoju lub pogłębienia zaburzeń psychicznych, np. zaburzeń odżywiania jako mechanizmu powstrzymywania niechcianego krewawienia. Może się zdarzyć, że osoby te nie mają dostępu do interwencji hormonalnych, które mogłyby być rozwiązaniem tego problemu. Blokery dojrzewania mogą w pewnym stopniu zatrzymać krewawienie, ale problem może stanowić ich wysoka cena czy ograniczona dostępność. W takiej sytuacji zatrzymanie okresu może być możliwe poprzez nieprzerwane przyjmowanie doustnych środków antykoncepcyjnych oraz środków zawierających progestageny, czy to w formie implantów, zastrzyków czy wkładki wewnętrzmacicznej (Carswell i Roberts, 2017). Zgodnie z badaniami, wkładka domaciczna powoduje zatrzymanie krewawienia u około 50% użytkowników. Leki te mogą być w takiej sytuacji przepisane przez lekarza POZ, a w przypadku założenia wkładki lub implantów, osobę pacjencką warto skierować do doświadczonego w pracy z osobami transpłciowymi ginekologa.

W czasie rozmowy z młodzieżą należy pamiętać o unikaniu określeń typu „żeńskie hormony”, co może pogłębiać istniejącą u osób transmęskich dysforię, i wytłumaczyć, że stosowane progestageny mają niewielkie lub żadne działanie feminizujące. Niektóre z leków używanych do zatrzymania okresu mogą mieć uboczne, łagodne działanie maskulinizujące (m.in. danazol, lystrenol). Części osób transmęskich może znaczco pomóc to w znoszeniu dysforii płciowej w oczekiwaniu na rozpoczęcie terapii hormonalnej.

Podobnego zatrzymania krewawienia pragnąć mogą także dorosłe osoby, które nie są w trakcie maskulinizującej terapii hormonalnej lub u których menstruacja występuje pomimo jej rozpoczęcia. W tej sytuacji zalecić można postępowanie podobne do opisanego powyżej.



Zabiegi chirurgiczne osób transpłciowych

Zabiegi chirurgiczne, z racji znaczco wyższych kosztów i ograniczonej możliwości uzyskania ich w placówkach publicznych, w praktyce są poza zasięgiem wielu osób transpłciowych.

Operacje osób transżeńskich

To najczęściej operacje powiększania piersi, operacje genitaliów (np. waganoplastyka) oraz gonad (np. orchidektomia, skrotektomia).

Operacje osób transmęskich

Operacje osób transmęskich skupiają się na redukcji bądź całkowitym usunięciu piersi, operacjach genitaliów (np. metoidioplastyka lub falloplastyka) i gonad (np. panhisterektomia lub owarektomia).

Każda tranzycja jest sprawą indywidualną, i zabiegi, na które dana osoba się decyduje, w pełnej mierze zależą od jej potrzeb i wymagań.

Ryzyko związane z operacjami

Mastektomia

Osoby po mastektomii skarżące się na ból w klatce piersiowej, utrzymujący się dugo po zabiegu, powinny być kierowane na USG w celu kontrolnym. Może zdarzać się, że podczas operacji gruczoł nie został całkowicie wycięty i jego szczątki sprawiają ból lub dyskomfort. Jeżeli USG wykazuje jakiekolwiek pozostałości tkanki gruczołowej należy skierować osobę pacjencką na ewentualne poprawki po zabiegu. Na ile jest to możliwe rekomendujemy skierowanie pacjenta do lekarza który przeprowadził operację.

Augumentacja piersi

Zabiegi powiększania piersi z użyciem silikonowych implantów zostały powiązane z szerokim niespecyficznych problemów zdrowotnych obejmujących fibromalгиę oraz choroby autoimmunologiczne (Khoo i in., 2019).

Rak szyjki macicy u osób transpłciowych a operacje

Skierowanie na wymaz co trzy lata jest wymagane dla każdej osoby pacjenckiej, u której obecna jest szyjka macicy. U osób, które usunęły szyjkę macicy dalsze badania kontrolne mogą być wskazane w sytuacji występowania historii rodzinnej choroby.

Przykład w zdaniu:

Czy jest Pan gotowy na wymaz z szyjki macicy w celach profilaktycznych?

Na ten moment nie powstały żadne szeroko przyjęte wytyczne odnośnie profilaktyki raka szyjki macicy u trans kobiet po operacji rekonstrukcji pochwy. W literaturze pojawiły się jednak przypadki raka spowodowanego przez HPV (van der Sluis, 2016), co w niektórych krajach doprowadziło do przyjęcia zaleceń okresowych wymazów ze ścianek neowagini u trans kobiet. Rekomendujemy by zwracać pacjentkom uwagę na konieczność regularnych kontroli ginekologicznych.

Operacje gonadektomii

W zakresie powikłań zabiegi owarektomii/histerektomii u trans mężczyzn nie różnią się od analogicznych zabiegów u cis kobiet, a zabiegi orchidektomii u trans kobiet nie różnią się od analogicznych zabiegów u cis mężczyzn.

Po gonadektomii konieczne jest przyjmowanie terapii hormonalnej. W innym razie osoba pacjencka będzie narażona na szereg problemów zdrowotnych podobnych do wczesnej menopauzy lub deprywacji androgenów:

- osteoporozą;
- zwiększenie masy ciała;
- problemy układu krążenia;
- zaburzenia depresyjne i kognitywne.

Osoby pacjenckie po gonadektomii powinny być monitorowane pod kątem wspomnianych symptomów, które mogą wskazywać na nieprawidłowe dawkowanie hormonów lub nieregularności w ich przyjmowaniu.

Operacje genitaliów

Techniki używane przy falloplastyce/metoidioplastyce oraz waginoplastyce cechują się znaczącą różnorodnością, mającą przełożenie na szeroki wachlarz uzyskiwanych efektów i możliwych komplikacji. W przypadku występowania problemów na tle urologicznym, ginekologicznym lub andrologicznym rekomendujemy skierowanie osoby pacjenckiej do odpowiedniego specjalisty.

Wypisywanie receipt i skierowań

Znaczna część opieki dotyczącej tranzycji jest w Polsce świadczona prywatnie – specjalisci przyjmujący w placówkach publicznych są rzadko spotykani, a większość interwencji chirurgicznych nie jest refundowana. Osoby transpłciowe, już i tak znajdujące się często w niekorzystnej sytuacji socjoekonomicznej, są w związku z tym obłożone znaczącymi kosztami tranzycji. Lekarze POZ przychylni osobom transpłciowym mogą starać się o choćby częściowe zmniejszenie tego obciążenia poprzez wypisywanie skierowań na badania zlecone przez lekarzy prywatnych. Zdajemy sobie sprawę, że wykracza to poza standardowe obowiązki lekarzy POZ, dla wielu transpłciowych osób pacjenckich dodatkowe koszta badań mogą stanowić jednak znaczącą barierę w dostępie do opieki. Do przykładowych działań należą:

- skierowania na badania krwi przed wizytą u endokrynologa/seksuologa (te, które mieszczą się w koszyku świadczeń gwarantowanych);
- skierowania do endokrynologa lub psychologa (stosunkowo rzadko spotykane, większość endokrynologów przyjmujących w placówkach publicznych odmawia prowadzenia terapii hormonalnej u osób trans);
- wypisywanie receipt na hormony (po okazaniu odpowiedniego dokumentu od endokrynologa/seksuologa z informacjami odnośnie dawkowania i rodzaju stosowanej terapii);
- skierowania na wykonanie iniekcji domięśniowych (lekarze POZ mogą również udzielić instruktażu samodzielnego wykonywania iniekcji na prośbę osoby pacjenckiej);
- skierowania na operację ginekomastii u trans mężczyzn po zmianie danych urzędowych (N62, przerost sutka);
- skierowania na operację histerektomii u trans mężczyzn.

W praktyce lekarskiej może zdarzyć się sytuacja, w której osoba pacjencka z jakiegoś powodu nie posiada odpowiednich dokumentów odnośnie używanych preparatów, ale potrzebuje uzyskania recepty. Sytuacje te są etycznie trudne – rozumiemy pojawiające się w związku z tym obawy. Z jednej strony można obawiać się zaszkodzenia przepisaniem nieodpowiedniego preparatu w złej dawce oraz braku odpowiedniej dokumentacji medycznej, która w sytuacjach spornych chronić może lekarza przed konsekwencjami prawnymi. Z drugiej niespodziewane przerwanie terapii hormonalnej może nieść ze sobą negatywne skutki dla życia i zdrowia osoby transpłciowej, takie jak utrata gęstości kości prowadząca do osteoporozy i częstych złamań, bóle mięśni, poczucie zmęczenia, depresja, wahania nastroju, problemy z pamięcią, uderzenia gorąca, zanik libido. Odstawienie leków hormonalnych dla osób transpłciowych może przełożyć się na zwiększenie intensywności dysforii płciowej oraz powiązane z tym znaczące pogorszenie zdrowia psychicznego (w tym większą częstotliwość myśli samobójczych i zachowań autoagresywnych, obniżenie nastroju i dysocjacji, próby samobójcze).

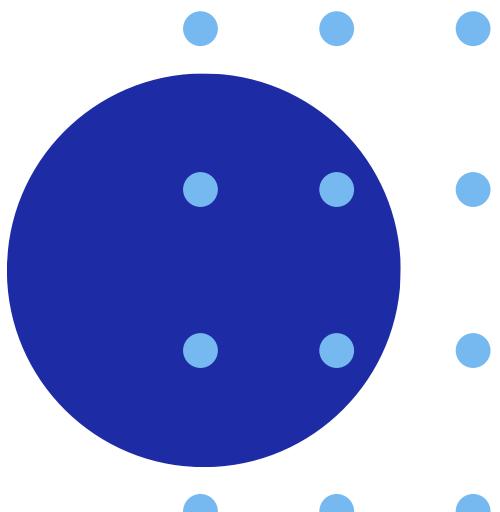
W związku z powyższym gorąco rekomendujemy, by rozważać takie przypadki indywidualnie i dopuszczać możliwość przepisania leków hormonalnych bez odpowiedniej dokumentacji w sytuacjach, w których przerwanie terapii zagrozi życiu i zdrowiu osoby pacjenckiej. W razie jakichkolwiek problemów bądź wątpliwości zalecamy kontakt z lekarzem prowadzącym terapię hormonalną lub portalami takimi jak tranzycja.pl oraz korzystanie z darmowych źródeł medycznych umożliwiających poszerzenie wiedzy na temat terapii hormonalnej, takich jak:

- wytyczne *Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People* stworzone przez University of California, San Francisco;
- wytyczne *Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline*;
- poradnik dla lekarzy POZ *Sherbourne's Guidelines for gender-affirming primary care with trans and non-binary patients*.

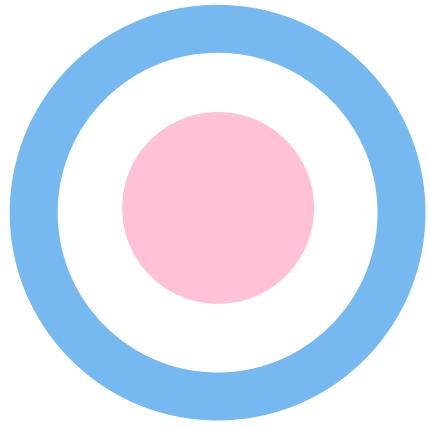
Syndrom „transpłciowego złamania ręki”

Osoba trans przychodzi do lekarza ze złamaną ręką, a ten odpowiada „Proszę znaleźć kogoś innego, nie znam się na transpłciowości”.

Ta żartobliwa scena opisuje bardzo realny problem postrzegania transpłciowych osób pacjenckich wyłącznie przez pryzmat ich płci. Gdy osoby trans chorują, najczęściej nie ma to związku z terapią hormonalną czy innymi interwencjami medycznymi affirmującymi ich płeć – pomimo tego lekarze często mogą odmawiać udzielenia pomocy, kierować nas do specjalistów, nawet gdy nie ma takiej potrzeby, czy na siłę próbować powiązać nasze problemy zdrowotne z terapią hormonalną. Kompetentna opieka zdrowotna polega na znalezieniu balansu pomiędzy odpowiadaniem na unikalne potrzeby naszej społeczności, a zauważeniem, że też jesteśmy ludźmi i możemy chorować zupełnie zwyczajnie i niewyjątkowo.



Zasoby



DARMOWA POMOC PRAWNA:

Fundacja Trans-Fuzja, adres mailowy: prawnik@transfuzja.org
prawnicy.lgbt, adres mailowy: kontakt@prawnicy.lgbt
Miłość nie Wyklucza, zgłoszenia przez stronę mnw.org.pl
Kampania Przeciwko Homofobii, adres mailowy: prawo@kph.org.pl
Federacja Znak Równości, adres mailowy: pomoc.prawna@znakirownosci.org.pl

DARMOWA POMOC PSYCHOLOGICZNA (ZA STRONĄ MWN.ORG.PL):

Lambda Warszawa

Telefon Zaufania dla osób LGBT i ich bliskich czynny od poniedziałku do piątku w godzinach 18.00–21.00,
nr. tel. 22 628 52 22

Fundacja Trans-Fuzja

Wsparcie psychologiczne dla osób transpłciowych psycholog@transfuzja.org

Gdańskie Centrum Równego Traktowania

Wsparcie w sytuacjach dyskryminacji i przemocy, motywowanej uprzedzeniami ze względu na orientację psychoseksualną, wiek, płeć, rasę/pochodzenie, religię/bezwyznaniowość, stan zdrowotny/niepełnosprawność –
kontakt@gcrt.pl, nr. tel. 519 544 485,

Stowarzyszenie Queerowy Maj

Wsparcie psychologiczne dla osób LGBT+. Dyżur psychologa w każdy poniedziałek w godz. 16.00–19.00 – wsparcie@queerowymaj.org

Kultura Równości

Bezpłatne konsultacje psychologiczne dla osób LGBT+ (i członków rodzin osób LGBT+), konsultacje seksopoztywne, pomoc prawna we Wrocławiu i okolicach – pomoc@kulturarownosci.org

Tęczowy Białystok

Telefon zaufania dla osób LGBT+. Prowadzi go psycholożka Ewelina Maria Gawenda w każdy poniedziałek, w godzinach 16.30–18.30, nr. tel. 799 869 881

Grupa Stonewall (Poznań)

Indywidualne wsparcie psychologiczne dla osób LGBT+ agnieszka.pixi.fraczek@gmail.com, zofia.weronika.czerwinska@gmail.com
Grupy wsparcia dla młodzieży, osób transpłciowych, biseksualnych oraz rodziców kontakt@grupa-stonewall.pl

Krakowskie Centrum Równości Dom EQ

Wsparcie psychologiczne dla osób LGBTQ wsparcie@znakirownosci.org.pl

Kampania Przeciw Homofobii

Wsparcie dla osób doświadczających dyskryminacji na tle orientacji seksualnej lub tożsamości/ekspresji płciowej bezpieczniej@kph.org.pl

Marsz Równości w Toruniu

Wsparcie psychologiczne dla osób LGBT+ – LGBTQIApomoc@gmail.com

Stowarzyszenie Tęczówka (Katowice)

Wsparcie psychologiczne dla osób LGBTQ psycholog@teczowka.org.pl

Lambda Szczecin

Bezpłatne wsparcie dla osób LGBTQ+ i ich bliskich. Pomoc psychologiczna, terapeutyczna indywidualna, rodzinna, grupy wsparcia, grupy otwarte, warsztaty wzmacniające, zajęcia arteterapeutyczne – pomoc@lambda.szczecin.pl, nr. tel. 91 885 17 00

Bibliografia

Asscheman H., Giltay E.J., Megens J.A.J., de Ronde W., van Trotsenburg M.A.A., Gooren L.J.G. (2011), *A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones*, European Journal of Endocrinology, 164(4):635-642.

Banks K., Kyinn M., Leemaqz S.Y., Sarkodie E., Goldstein D., Irwig M.S. (2021), *Blood pressure effects of gender-affirming hormone therapy in transgender and gender-diverse adults*, Hypertension, 77(6):2066-2074.

Bessone F., Lucena M.I., Roma M.G. i in. (2016), *Cyproterone acetate induces a wide spectrum of acute liver damage including corticosteroid-responsive hepatitis: report of 22 cases*, Liver International, 36(2):302-310.

Carswell J.M., Roberts S.A. (2017), *Induction and maintenance of amenorrhea in transmasculine and nonbinary adolescents*, Transgender Health, 2(1):195–201.

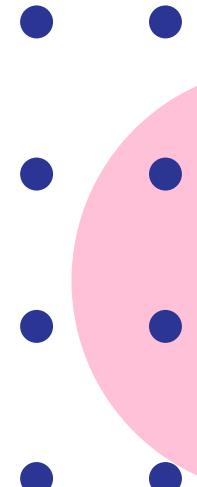
Chan K.J. (2018), *Exogenous testosterone does not induce or exacerbate the metabolic features associated with PCOS among transgender men*, Endocrine Practice, 24(6):565-572.

Cicero E.C., Reisner S.L., Silva S.G., Merwin E.I., Humphreys J.C. (2019), *Healthcare experiences of transgender adults: An integrated mixed research literature review*, Advances in Nursing Science, 42(2):123-138.

de Blok C.J.M., Wiepjes C.M., Nota N.M. i in. (2019), *Breast cancer risk in transgender people receiving hormone treatment: nationwide cohort study in the Netherlands*, BMJ (Clinical Research Ed.), 365:l11652.

de Blok C.J.M., Wiepjes C.M., Van Velzen D.M., Staphorsius A.S., Nota N.M., Gooren L.J.G., Kreukels B.P.C., den Heijer M. (2021), *Mortality trends over five decades in adult transgender people receiving hormone treatment: A report from the Amsterdam cohort of gender dysphoria*, The Lancet Diabetes & Endocrinology, 9(10):663-670.

de Nie I., de Blok C.J.M., van der Sluis T.M. i in. (2020), *Prostate cancer incidence under androgen deprivation: nationwide cohort study in trans women receiving hormone treatment*, The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 105(9):e3293-e3299.



Deutsch M. (2016), *Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people [online]*. Centre of Excellence for Transgender Health. 2016. Dostępny [w]: <http://transhealth.ucsf.edu/protocols>

European Medicines Agency (2020), *Ograniczenie stosowania cyproteronu z powodu ryzyka wystąpienia oponiaka*.

Flores A. R., Herman J. L., Gates G. J., Brown, T. N. T. (2016), *How many adults identify as transgender in the United States?* The Williams Institute.

Francis A., Jasani S., Bachmann G. (2018), *Contraceptive challenges and the transgender individual*, Women's Midlife Health, 4:12.

Glintborg D., T'Sjoen G., Ravn P., Andersen M.S. (2021), *Management of endocrine disease: optimal feminizing hormone treatment in transgender people*, European Journal of Endocrinology, 185(2):49–63.

Hashemi L., Zhang Q., Getahun D., Jasuja G.K., McCracken C., Pisegna J., Roblin D., Silverberg M.J., Tangpricha V., Vupputuri S., Goodman M. (2021), *Longitudinal Changes in Liver Enzyme Levels Among Transgender People Receiving Gender Affirming Hormone Therapy*, The Journal of Sexual Medicine, 18(9):1662–1675.

Hembree W.C., Cohen-Kettenis P.T., Gooren L., Hannema S.E., Meyer W.J., Murad M.H. i in. (2017), *Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An Endocrine Society clinical practice guideline*, The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 102(11):3869–3903.

Hiransuthikul A., Janamnuaysook R., Hammad K. i in. (2019), *Drug-drug interactions between feminizing hormone therapy and pre-exposure prophylaxis among transgender women: the iFACT study*, Journal of the International AIDS Society, 22(7):e25338.

Jindarak S., Nilprapha K., Atikankul T., Angspatt A., Pungrasmi P., Lamphongsai S., Promniyom P., Suwajo P., Selvaggi G., Tiewtranon P. (2018), *Spermatogenesis Abnormalities following Hormonal Therapy in Transwomen*, BioMed Research International, 2018:7919481.

Khoo T., Proudman S., Limaye V. (2019), *Silicone breast implants and depression, fibromyalgia and chronic fatigue syndrome in a rheumatology clinic population*, Clinical Rheumatology, 38(5):1271–1276.

Kopetti C., Schaffer C., Zaman K., Liapi A., di Summa P.G., Bauquis O. (2021), *Invasive breast cancer in a trans man after bilateral mastectomy: case report and literature review*, Clinical Breast Cancer, 21(3):e154–157.

Kumar P., Reddy S., Kulkarni A., Sharma M., Rao P.N. (2021), *Cyproterone Acetate-Induced Acute Liver Failure: A Case Report and Review of the Literature*, Journal of Clinical and Experimental Hepatology, 11(6):739–741.

Laurenzano S. E., Newfield R. E., Lee E., Marinkovic M. (2021), *Subcutaneous Testosterone Is Effective and Safe as Gender-Affirming Hormone Therapy in Transmasculine and Gender-Diverse Adolescents and Young Adults: A Single Center's 8-Year Experience*, *Transgender Health*, 6(6):343–352.

Madsen M.C., van Dijk D., Wiepjes C.M., Conemans E.B., Thijs A., den Heijer M. (2021), *Erythrocytosis in a large cohort of trans men using testosterone: a long-term follow-up study on prevalence, determinants, and exposure years*, *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 106(6):1710–1717.

Nota N.M., Wiepjes C.M., de Blok C.J.M., Gooren L.J.G., Kreukels B.P.C., den Heijer M. (2019), *Occurrence of acute cardiovascular events in transgender individuals receiving hormone therapy*, *Circulation*, 139(11):1461–1462.

Payne K., Lipshultz L. I., Hotaling J. M., Pastuszak A. W. (2020). *Obstructive sleep apnea and testosterone therapy*, *Sexual Medicine Review*, 9(2):296–303.

Spratt D.I., Stewart I.I., Savage C., Craig W., Spack N.P., Chandler D.W., Spratt L.V., Eimicke T., Olshan J.S. (2017), *Subcutaneous Injection of Testosterone Is an Effective and Preferred Alternative to Intramuscular Injection: Demonstration in Female-to-Male Transgender Patients*. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 102(7):2349–2355.

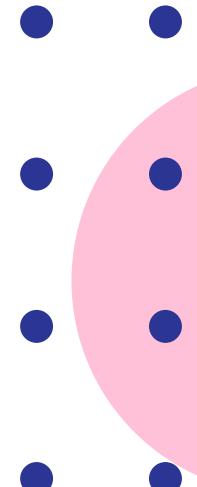
Rafferty J., Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Adolescence, and Section on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health and Wellness, (2018). Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents, *Pediatrics*, 142(4): e20182162.

Rothman M.S., Iwamoto S.J. (2019), Bone health in the transgender population, *Clinical Reviews in Bone and Mineral Metabolism*, 17(2):77–85. Seal L.J. (2019), Cardiovascular disease in transgendered people: A review of the literature and discussion of risk, *JRSM Cardiovascular Disease*, 8:2048004019880745.

Stangl T. A., Wiepjes C. M., Defreyne J., Conemans E., Fisher A. D., Schreiner T., T'Sjoen G., den Heijer M. (2021), *Is there a need for liver enzyme monitoring in people using gender-affirming hormone therapy?*, *European Journal of Endocrinology*, 184(4):513–520.

Streed C.G. Jr, Harfouch O., Marvel F., Blumenthal R.S., Martin S.S., Mukherjee M. (2017), *Cardiovascular disease among transgender adults receiving hormone therapy: a narrative review*, *Annals of Internal Medicine*, 167(4):256–67.

Stutterheim S.E., van Dijk M., Wang H., Jonas K.J. (2021), *The worldwide burden of HIV in transgender individuals: an updated systematic review and meta-analysis*, *PLoS One*, 16(12):0260063.



Thoreson N., Park J.A., Grasso C., Potter J., King D.S., Marc L.G. i in. (2021), *Incidence and factors associated with acne among transgender patients receiving masculinizing hormone therapy*, JAMA Dermatology, 157(3):290–295.

van der Sluis W.B., Buncamper M.E., Bouman M-B., Elfering L., Ozer M., Bogaarts M. i in. (2016), *Prevalence of neovaginal high-risk Human Papillomavirus among transgender women in the Netherlands*, Sexually transmitted diseases, 43(8):503–505.

Weinand J.D., Safer J.D. (2015), *Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision; A review of hormone therapy sequelae for transgender individuals*. Journal of Clinical and Translational Endocrinology, 2(2):55–60.

Wierckx K., Elaut E., Declercq E. i in. (2013), *Prevalence of cardiovascular disease and cancer during cross-sex hormone therapy in a large cohort of trans persons: a case-control study*, European Journal of Endocrinology, 169(4):471–478.

Winiewski, M., Świder, M. (red.) (2021), *Sytuacja społeczna osób LGBT w Polsce. Raport za lata 2019–2020*, Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii i Stowarzyszenie Lambda Warszawa.

