



man, vrouw en kind

Universitair Ziekenhuis Gent



info voor de patiënt



# Genderdysforie VM

UZ Gent, Centrum voor Seksuologie en Genderproblematiek

## Diagnose en begeleiding van personen met genderdysforie

<b>Woord vooraf</b>	<b>4</b>		
<b>1. Algemene informatie</b>	<b>6</b>		
<b>2. Psychologische/psychiatrische aspecten en begeleiding</b>	<b>9</b>		
2.1 De diagnostische fase	10		
2.2 Begeleiding tijdens de hormonale fase	10		
2.3 Begeleiding tijdens de chirurgische fase	12		
<b>3. De hormoonbehandeling</b>	<b>13</b>		
3.1 Progestagenen	14		
3.2 Testosteron	14		
3.3 Wie mag geen mannelijk hormoon krijgen?	14		
3.4 Opvolging	15		
		<b>4. De geslachtsaanpassende chirurgie</b>	<b>16</b>
		4.1 Subcutane mammectomie en hysterectomie/ovariëctomie	16
		4.2 Eigenlijke genitale geslachtsaanpassende chirurgische ingreep	17
		4.3 Implantatie van testis- en/of erectieprothese	19
		4.4 Urologische aspecten van de geslachtsaanpassende ingreep	21
		<b>5. Ontharen met laserstralen</b>	<b>23</b>
		5.1 Inleiding	23
		5.2 Hoe werkt ontharing met laserstralen?	23
		5.3 Welk resultaat kan verwacht worden?	23
		5.4 Welke lichaamszones komen in aanmerking voor ontharingslasertherapie?	24
		5.5 Wat als de lasertherapie niet werkt?	24
		5.6 Bijwerkingen en voorzorgsmaatregelen	24
		5.7 Hoe een afspraak vastleggen?	25
		<b>6. De stem</b>	<b>26</b>
		<b>7. Juridische aspecten</b>	<b>28</b>
		7.1 Inleiding	28
		7.2 Juridische voorwaarden voor geslachtschirurgie	28
		7.3 Procedure naamsverandering (administratieve procedure)	30
		7.4 Procedure juridische geslachtsaanpassing	31
		7.5 Juridische gevolgen van de geslachtsaanpassing	34

## Woord vooraf

Sinds 1986 hebben enkele artsen van het UZ Gent aandacht voor de behandeling van transgenderpersonen.

Om de diagnosestelling en behandeling zo professioneel mogelijk uit te bouwen, werd in het UZ Gent het Genderteam opgericht. Het team is multidisciplinair samengesteld en bestaat uit psychiaters, psychologen, endocrinologen, plastisch chirurg, urologen, gynaecologen, neus-, keel- en oorartsen, neurolingüisten, dermatologen, een sociaal verpleegkundige, een kinesiste en een jurist. Deze multidisciplinaire aanpak staat garant voor een goede diagnosestelling en een intensieve behandeling van de aangemelde personen. De laatste tijd gaat er ook aandacht naar kinderen en jongeren die vragen hebben rond genderidentiteit. Zij kunnen terecht bij de kinderpsychiater, kinderpsycholoog en kinderendocrinoloog. Die vormen samen het Kindergenderteam.

De bedoeling van deze informatiebrochure is u zo goed mogelijk te informeren over de procedure van diagnosestelling en over het behandelingsplan dat in ons ziekenhuis gevolgd wordt. Wij hopen u zo te kunnen ondersteunen in de af te leggen weg. Wij zijn ervan overtuigd dat deze brochure niet al uw vragen zal beantwoorden. U kunt uiteraard met meer gerichte en persoonlijke vragen terecht bij de respectievelijke specialisten.

Als u opmerkingen heeft over deze brochure, contacteer ons dan via [centrumsege@uzgent.be](mailto:centrumsege@uzgent.be). Als u een afspraak wil met één van onze diensten, kan u ons bellen op tel. 09 332 60 23 of mailen via hogervermeld e-mail adres.

## Het genderteam

<b>Dr. Griet De Cuyper</b>	Psychiater - coördinator
<b>Dr. Gunter Heylens</b>	Psychiater
<b>Psy. Els Elaut</b>	Psycholoog
<b>Psy. Birgit Van Hoorde</b>	Psycholoog
<b>Karoline Gesquiere</b>	Sociaal verpleegkundige
<b>Prof. dr. Guy T'Sjoen</b>	Endocrinoloog
<b>Prof. dr. Stan Monstrey</b>	Plastisch chirurg
<b>Jan Smeyers</b>	Physician assistent
<b>Prof. dr. Piet Hoebeke</b>	Uroloog
<b>Dr. Steven Weyers</b>	Gynaecoloog
<b>Prof. dr. Petra De Sutter</b>	Gynaecoloog
<b>Bie Stockman</b>	Kinesiste
<b>Dr. Evelien Verhaeghe</b>	Dermatoloog
<b>Prof. dr. John Van Borsel</b>	Neurolingüist
<b>Marianne Cosyns</b>	Logopedist
<b>Dr. Katrien Bonte</b>	Neus-, Keel- en Oorarts
<b>Prof. dr. T. Balthazar</b>	Jurist

## 1. Algemene informatie

U komt ons raadplegen omdat u hulp zoekt voor uw genderproblemen.

Voor we onze werkwijze beschrijven, willen we enkele begrippen uitleggen en ook even stilstaan bij wat genderidentiteitsstoornissen zijn.

### Enkele woordverklaringen

- **Gender** (een Engels leenwoord) = dit begrip refereert niet enkel naar het biologisch geslacht maar ook naar de psychosociale aspecten van het geslacht.
- **Genderidentiteit** = het subjectief ervaren van het eigen geslacht.
- **Genderdysforie** = het gevoel van onbehagen dat een persoon zelf toeschrijft aan de incongruentie (of tegenstelling) tussen zijn/haar genderidentiteit enerzijds en zijn/haar biologisch geslacht anderzijds.

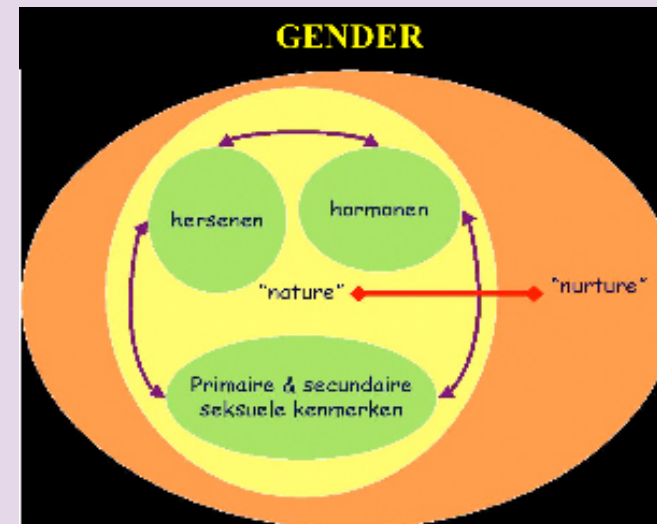
### Er zijn verschillende gradaties van genderdysforie

- **Transvestitisme** (of travestisme): hierbij treedt een episodische vorm van genderdysforie op, meer bepaald op het ogenblik dat de travestiet zich manifesteert in de kledij van het andere geslacht.
- **Transgenderisme**: is het verschijnsel waarbij mannen als vrouwen en vrouwen als mannen leven zonder een volledige geslachtsaanpassing te willen ondergaan. De genderdysforie gevoelens bij deze personen zijn meestal partieel, niet permanent en ambivalent. De laatste jaren is transgenderisme in toenemende mate ook een verzamelterm geworden voor het hele spectrum van crossgenderverschijnselen.
- **Genderidentiteitsstoornissen** (vroeger: transseksualiteit): dit is de meest extreme vorm van genderdysforie met de volgende criteria:
  1. een sterke en aanhoudende identificatie met het andere geslacht. Dit wordt zichtbaar door verschijnselen zoals de wens om tot de andere sekse te behoren, het frequent doorgaan voor iemand van de andere sekse, en het verlangen te leven en behandeld te worden als iemand van de andere sekse.

2. het zich voortdurend niet op het gemak voelen met zijn/haar sekse. Dit wordt duidelijk door verschijnselen als het voortdurend bezig zijn met het kwijt willen raken van de oorspronkelijke primaire en secundaire geslachtskenmerken.

### Voor de duidelijkheid definiëren we best nog de volgende begrippen:

- **Transman**: vrouw-naar-man (VM) transseksueel persoon
- **Transvrouw**: man-naar-vrouw (MV) transseksueel persoon



Figuur 1: het bio-psycho-sociaal model

### Wat bepaalt of iemand een mannelijke of vrouwelijke genderidentiteit ontwikkelt?

Dit is een ingewikkeld proces waarin chromosomen, hormonen, geslachtsklieren (eierstokken of teelballen), inwendige geslachtsorganen, uitwendige geslachtskenmerken, geslachtstoewijzing en opvoeding een rol spelen. De geslachts- en genderontwikkeling gebeurt stapsgewijs en verloopt gewoonlijk ofwel in mannelijke richting ofwel in vrouwelijke richting. Soms doen er zich aandoeningen voor in deze geslachtsontwikkeling (DSD: disorders of sex development). Vroeger sprak men van personen met een interseksprobleem (bv. vrouwen met mannelijke chromosomen).

Als geslacht en gender niet overeenkomen (stoornis in de genderontwikkeling), bv. een jongen die zich meisje voelt of een meisje dat zich jongen voelt, dan spreekt men over genderidentiteitsproblematiek.

Over de oorzaak van genderdysforie wordt veel gediscussieerd. Tot op heden is er nog geen afdoend antwoord gevonden op die vraag, ondanks de vele onderzoeken op zowel biologisch, psychologisch als sociaal terrein. Meer en meer worden biologische verklaringen onderzocht en gevonden (o.a. transseksuele vrouwen hebben bepaalde vrouwelijke hersenstructuren). Hoe dan ook moet de oorzaak gezocht worden in een subtiel samenspel van natuur (nature) en opvoeding (nurture): bio-psycho-sociaal verklaringsmodel (zie ook figuur 1).

Een belangrijk punt om te onthouden is: **niets of niemand draagt schuld voor het ontstaan van deze problematiek, wat de oorzaak ook moge zijn.**

## 2. Psychologische/psychiatrische aspecten en begeleiding

Op de psychologische/psychiatrische consultatie voor transseksuele problematiek (genderidentiteitsstoornissen) treffen we voornamelijk personen aan die zich aanbieden met de zelfdiagnose van transseksualiteit. Anderen komen hulp vragen voor hun genderdysfore gevoelens, hun travestiedrag of wensen van ons, psychiaters en psychologen, hulp bij de beslissing tot een (geslachtsaanpassende) behandeling.

Niet alle personen met genderdysforie zijn gebaat bij een geslachtsaanpassende behandeling en/of wensen deze zelf. Soms zijn psychotherapeutische gesprekken voldoende om personen te helpen die verward zijn over hun gender of die tijdelijk last hebben van genderdysforie.

Wij als genderteam zijn wel van oordeel dat een geslachtsaanpassende behandeling de behandeling bij uitstek is voor personen bij wie de diagnose van genderidentiteitsstoornis werd gesteld en die bewezen hebben te (kunnen) leven in de gewenste geslachtsrol. Aangezien het hier om een onomkeerbare behandeling gaat, wordt in de eerste plaats veel aandacht besteed aan een correcte diagnose.

De geslachtsaanpassende behandeling bestaat uit een hormonale behandeling en psychosociale begeleiding, gevolgd door de chirurgische interventies. Deze behandeling gebeurt stapsgewijs en wordt in de tijd gespreid om voldoende aandacht te kunnen besteden aan de psychologische processen die worden doorlopen en de beslissingen die moeten genomen worden.

Onze procedure is er vooral op gericht het aantal spijtoptanten (personen die later spijt zouden krijgen over de geslachtsaanpassende behandeling) minimaal te houden. Daarom hebben we twee beslissingsmomenten ingevoerd: ten eerste de klinische diagnose, ten tweede de beslissing tot geslachtsaanpassende chirurgie. Aan het eerste beslissingsmoment gaan ongeveer 9 maanden vooraf. Nadien is er een periode (ongeveer 18 maanden) waarin hormonale behandeling wordt toegepast. Dit brengt de totale procedure op ongeveer 27 maanden, maar dat kan individueel licht verschillen.

Deze beslissingen worden samen met de patiënt genomen, indien nodig in samenspraak met andere teamleden. Op eigen houtje hormonen innemen bete-

kent onnodige risico's nemen op diverse vlakken. Als genderteam willen wij daarin geen verantwoordelijkheid dragen.

## ■ 2.1 De diagnostische fase

De eerste diagnostische fase, die 9 maanden à 1 jaar duurt, bestaat erin de patiënt zowel psychologisch-psychiatrisch als hormonaal-lichamelijk te onderzoeken (zie verder). Die taak wordt opgenomen door de psychiater en de endocrinoloog.

Op psychologisch vlak is het allereerst de bedoeling uw genderdysfore klacht te evalueren. We kijken na of uw vraag om een geslachtsaanpassende behandeling te ondergaan niet bepaald wordt door een andere psychiatrische stoornis, zoals bijvoorbeeld waangedachten, hallucinaties, andere identiteitsstoornissen, onvrede met de eigen genderrol of het niet accepteren van de eigen homoseksualiteit. Het kan ook gaan om travestisme.

Daarenboven evalueren we hoe u omspringt met moeilijkheden en wordt uw draagkracht geëvalueerd. De bedoeling is te kunnen inschatten of u de problemen, die gepaard gaan met de real-life experience (het in de gewenste geslachtsrol leven en werken) zult aankunnen. Er wordt ook nagegaan in hoeverre er misbruik van alcohol en/of drugs is.

Tijdens de diagnostische gesprekken worden ook de verwachtingen van de behandeling besproken. Er gebeurt in die periode een evaluatie van de familiale ondersteuning en het sociale netwerk.

Tijdens deze diagnostische fase worden gesprekken gevoerd met de psychiater a rato van 1 consultatie per 6 weken. In deze fase vragen we nog niet dat u zich in de gewenste geslachtsrol begeeft.

## ■ 2.2 Begeleiding tijdens de hormonale fase

Transmannen krijgen meestal eerst de prikpil, om de menstruatie te stoppen. Nadien krijgen ze mannelijke hormonen toegediend (uitvoerige uitleg zie verder).

In de hormonale fase verwachten we dat de real-life experience een aanvang neemt. Dit houdt in dat u zich familiaal, sociaal en professioneel gaat gedragen in de gewenste geslachtsrol. Dit proces begint met het informeren van familie, vrienden, werk of school. Nadien wordt, afhankelijk van de reacties van derden, concreet gewerkt aan de omschakeling. Zo kan u zelf uittesten of u zich beter voelt in de

nieuwe geslachtsrol en of u voldoende gewapend bent om de maatschappelijke tegenkantingen te trotseren. In het begin van deze fase kan u samen met de psycholoog/psychiater uitkiezen welk sociaal omschakelingsproces het meest aangewezen is: ofwel een plotse omschakeling ofwel een meer geleidelijke procedure. Ondertussen kan deze omschakeling ook continu getoetst worden aan de haalbaarheid. De duur van het omschakelingsproces kan van persoon tot persoon verschillen naargelang de emotionele en concrete context.

Tijdens de hormonale fase is psychologische evaluatie en begeleiding aangewezen à rato van 1 consultatie per 2 maanden. De psychiater/psycholoog heeft in deze fase vooral twee aandachtspunten: de evolutie van de genderdysforie waarvan verwacht wordt dat deze vermindert naarmate u zich in de andere geslachtsrol begeeft, en de vastheid van beslissing tot geslachtswijziging ondanks de eventueel groeiende conflicten en problemen. Ook wordt de psychologische aanpassing aan de hormonale status begeleid.

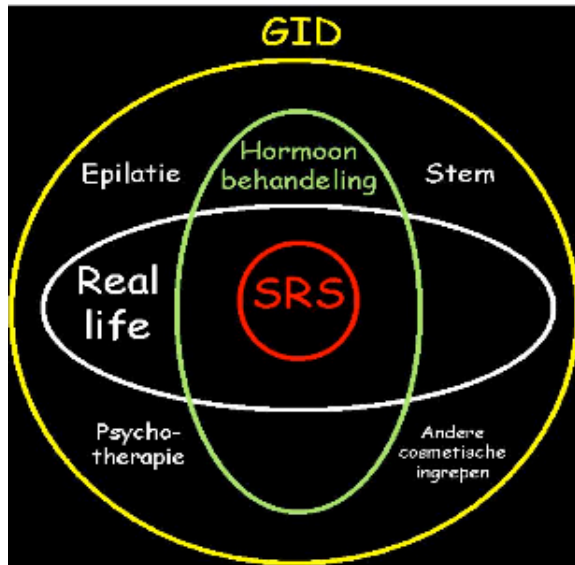
De rol van de psycholoog/psychiater is in de hormonale fase zowel evaluerend als ondersteunend en begeleidend. Als dit kan gebeuren in een sfeer van samen uitzoeken of een geslachtsaanpassende operatie de beste behandeling is, kan dit voor u enkel positief zijn. Ook de keuze van operaties wordt besproken. Aangezien de falloplastie (creëren van nieuwe penis) een moeilijke operatie is die met veel complicaties gepaard kan gaan, worden ook alternatieven besproken.

Als u dit wenst, worden ook uw naaste familieleden betrokken bij de begeleiding. Zeker als u als transseksuele man eigen kinderen hebt, raden we dit aan.

Tijdens deze periode voorzien we contacten met de gynaecoloog, plastisch chirurg en uroloog. Zij geven u alle mogelijke inlichtingen over de verschillende operaties en leggen u ook uit wat de beperkingen en de mogelijke complicaties zijn. Deze mogelijke problemen kan u ook nog verder met de psycholoog/psychiater bespreken. Meestal worden in een eerste fase (ongeveer 21 maanden na aanmelding, waarvan 9 maanden diagnostiek en 12 maanden hormonale behandeling) de baarmoeder, eierstokken en borsten verwijderd. In een tweede fase, zo'n 6 à 9 maanden later, gebeurt de genitale operatie (metadoïoplastie of falloplastie).

Alleen wanneer u de hormonale fase met succes doorlopen hebt, kan de beslissing tot de geslachtsaanpassende operaties genomen worden.

We raden u aan in die periode ook een aanvraag tot voornaamswijziging te doen. De voornaamswijziging kan de real-life experience vergemakkelijken. Hiervoor is een attest nodig van zowel de psychiater als van de endocrinoloog.



Figuur 2: de verschillende fasen van behandeling (GID= gender identity disorder of gender identiteitsstoornis; SRS = sex reassignment surgery of geslachtsaanpassende heelkundige ingreep)

### 2.3. Begeleiding tijdens de chirurgische fase

Na de chirurgische ingreep (voornamelijk na de falloplastie) brengt de psychiater/psycholoog u een bezoek op de afdeling waar u verzorgd wordt, enerzijds ter ondersteuning en anderzijds ter evaluatie van uw welbevinden. Meestal wordt dan ook de follow-up besproken. Vele mensen beslissen dan de psychologische/psychiatrische begeleiding stop te zetten. Andere vinden dat een aantal persoonlijke problemen niet opgelost zijn met de geslachtsaanpassende behandeling en wensen nog tijdelijk therapeutisch gevolgd te worden. Onze ervaring is dat een aantal psychische problemen soms onbespreekbaar bleven omdat de patiënt vóór de aanpassing heel intens bezig was met zijn genderidentiteitsproblemen. We kunnen in die gevallen psychiatrische/psychotherapeutische begeleiding enkel toejuichen.

### 3. De hormoonbehandeling

Er moet een onderscheid gemaakt worden tussen natuurlijke en synthetische (kunstmatig gemaakte) hormonen. Een natuurlijk oestrogeen is bijvoorbeeld oestradiol. Een natuurlijk progestageen is progesteron en er zijn heel wat natuurlijke androgenen (mannelijke hormonen), zoals testosteron of DHEAS. Synthetische oestrogenen zoals ethinyl oestradiol, een bestanddeel van contraceptie, zijn vele malen sterker dan een natuurlijk oestrogeen en hebben ook veel bijwerkingen. De synthetische testosteronpreparaten worden over het algemeen als zeer veilig beschouwd.

Transgenderpersonen krijgen in de transitie vaak een hormonale behandeling. De synthetische hormonale behandeling kan belangrijke effecten hebben, bijvoorbeeld spieropbouw onder invloed van testosteron, of borstontwikkeling onder invloed van oestrogenen. De kans op vruchtbaarheid onder invloed van hormonale behandeling in het originele geslacht wordt op termijn tenietgedaan. Daarom is het belangrijk om voor de hormonale behandeling het onderwerp vruchtbaarheid te bespreken met de psycholoog/psychiater en/of endocrinoloog. Voorlopig behoort het invriezen van niet-bevruchte eicellen nog tot de experimentele geneeskunde. Bij het opstarten van de hormonale behandeling wordt de endocrinoloog (hormoonspecialist) betrokken in de begeleiding van de transitie. De endocrinoloog begeleidt u bij het maken van een correcte en veilige keuze voor de hormonale behandeling. Wij raden zelfmedicatie of de aankoop van hormonen via het internet ten stelligste af.

Bij het toedienen van testosteron bij transmannen ontstaat na drie à vier maanden een onomkeerbare mannelijke lage stem. De onderhuidse vetverdeling verandert in mannelijke richting. De huid wordt ruwer en vettiger en er kan acné optreden. De menstruatie stopt meestal volledig. Het libido neemt toe en de clitoris groeit (in beperkte mate). Ook de spierkracht neemt toe. Er treedt baardgroei en lichaamsbehaarung op (of de lichaamsbehaarung neemt toe). Als u hiertoe aanleg heeft, kan er ook verlies van hoofdhaar optreden. Er treedt borstatrofie op, waardoor de borsten wat slapper en kleiner lijken. De mate waarin en de snelheid waarmee de mannelijke kenmerken verschijnen, verschilt van persoon tot persoon. Vaak moet deze behandeling levenslang voortgezet worden na de geslachtsaanpassende chirurgie.

### 3.1 Progestagenen

Er worden medicijnen gebruikt om de menstruatie tegen te gaan. Om de drie maanden wordt een langwerkende, inspuitbare vorm van progestagenen toegediend tot met de testosteronbehandeling gestart kan worden. Als de menstruele bloeding tijdens de testosteronbehandeling toch zou terugkomen, wordt de behandeling met progestagenen heropgestart.

### 3.2 Testosteron

De optimale testosterontoediening probeert de hormonale situatie van de jonge man na te bootsen. We mikken op een “normale” testosteronconcentratie in het bloed. Sinds geruime tijd bestaan er testosteronpreparaten die ingespoten kunnen worden. Deze producten worden om de twee à drie weken in de spier geïnjecteerd. Testosteron bestaat ook in pilvorm, maar deze preparaten hebben een relatief zwak testosteroneffect en vergen een frequente, dagelijkse inname. Testosterongel moet dagelijks worden aangebracht. Momenteel is een langwerkende, inspuitbare vorm van testosteron undecanoaat beschikbaar. Daarvan moeten slechts vier injecties per jaar toegediend worden.

### 3.3 Wie mag geen mannelijk hormoon krijgen?

Er zijn weinig redenen om geen testosteron toe te dienen. Bij bestaande leverfunctieproblemen is extra voorzichtigheid nodig, omdat levertesten door testosteron verder kunnen stijgen. Ernstig overgewicht en belangrijke hypercholesterolemie worden best aangepakt voor het opstarten van de testosteronbehandeling. Het is belangrijk om het aantal rode bloedcellen op te volgen omdat een te hoge dosis testosteron een te grote aanmaak van rode bloedcellen kan veroorzaken. Dat verhoogt het risico op trombose.

Masculinisatie		
Effect	Start	Maximum
Acné	1-6 maanden	1-2 jaar
Baardgroei en lichaamsbehandling	6-12 maanden	4-5 jaar
Hoofdhaar- en haarverlies	6-12 maanden	?
Toegenomen spiermassa en kracht	6-12 maanden	2-5 jaar
Vetredistributie	1-6 maanden	2-5 jaar
Stoppen van menstruatie	2-6 maanden	
Clitorisgroei	3-6 maanden	1-2 jaar
Vaginale atrofie	3-6 maanden	1-2 jaar
Daling van het stemgeluid	3-4 maanden	1-2 jaar
Afname van haargroei	6-12 maanden	Meer dan 3 jaar
Haargroei ter hoogte van de hoofdhuid	Beperkte teruggroei	

### 3.4 Opvolging

De opvolging van de hormonale behandeling gebeurt driemaandelijks in het eerste jaar en om de zes maanden in het tweede jaar. Na eventuele geslachtsaanpassende chirurgie worden de controles uitgevoerd op jaarbasis of frequenter op vraag. Bij de opvolging hoort naast het invullen van een vragenlijst over uw medische voorgeschiedenis en huidige behandeling, een bloedafname, een botdensitometrie, een meting van bloeddruk en spierkracht, en een nazicht door uw behandelende arts.

## 4. De geslachtsaanpassende chirurgie

Klassiek worden de geslachtsaanpassende ingrepen bij transseksuele mannen in drie fasen verricht.

### 4.1 Subcutane mammectomie en hysterectomie/ovariëctomie

Hierbij wordt het borstklierweefsel en/of de overvloedige huid ter hoogte van de borsten verwijderd, in combinatie met de baarmoeder en de eierstokken.

Tijdens deze eerste operatietijd wordt een mannelijke borstkas verkregen door het verwijderen van alle borstklierweefsel en ook, indien nodig, door het verkleinen van tepel en tepelhof in combinatie met een correctie van het overschot aan huid. Bij kleine borsten en elastische huid kan dit gebeuren via een kleine incisie aan de onderrand van de tepelhof. In deze gevallen is er nadien weinig of geen litteken merkbaar. Bij meer volumineuze borsten met flink huidoverschot of met zeer lakse huid moet het teveel aan huid ook worden gecorrigeerd en dit kan ofwel via een litteken circulair rond de tepelhof ofwel via een langer litteken onder de borst.

Het verwijderen van de baarmoeder, de baarmoederhals, de eierstokken en de eileiders gebeurt over het algemeen tijdens dezelfde narcose als de subcutane mammectomie. Standaard gebeurt deze ingreep in ons centrum via laparoscopische weg: dit is de zogenaamde 'sleutelgatchirurgie' waarbij via een drietal kleine sneetjes in de buikwand wordt gewerkt. Dit betekent dat u achteraf slechts minimale littekens zult hebben en dat ook de postoperatieve pijn kan worden beperkt. Er is echter steeds een kleine kans (<2%) dat tijdens de ingreep toch de beslissing moet genomen worden om de buik via een klassieke 'bikini-insnede' open te maken. De opnameduur voor de gecombineerde ingreep (mastectomie en hysterectomie) bedraagt meestal 3 - 5 dagen.

## 4.2 Eigenlijke genitale geslachtsaanpassende chirurgische ingreep

### 4.2.1 Falloplastie

Patiënten worden één dag voor de operatie opgenomen om een preoperatieve darmvoorbereiding te doen (leegmaken van de darmen).

De ingreep wordt altijd door twee teams uitgevoerd.

Het is aangewezen om de voorarm (waar de ent genomen wordt) een aantal keer te epilieren met laser. Het is ook heel belangrijk om te stoppen met roken om te vermijden dat de ent afsterft.

De uroloog opereert van bij het begin van de operatie in de genitale of perineale positie. Hij reconstrueert het vaste of het horizontale deel van de urethra of de urinebuis met de kleine schaamlippen. Zo wordt de uitmonding van de urineafvoer tot vooraan in de schaamstreek verlengd. Door verplaatsing van de grote schaamlippen wordt een normaal mannelijk scrotum gereconstrueerd. Via een incisie laag in de onderbuik en ter hoogte van de liezen worden ook de zenuwen vrij geprepareerd evenals de bloedvaten waarop dan later de anastomosen of connecties met het weefsel van de penis zullen plaatsvinden.

De reconstructie van de penis, de zogenaamde falloplastie, gebeurt meestal met weefsel van de voorarm (huid + vetweefsel, geen spier). Dat wordt als vrij gevasculariseerd transplantaat (vrije flap) verplaatst van de arm naar de genitale streek (figuur 3). Hierbij wordt een penis gereconstrueerd als een buis-in-een-buis: de binnenste buis dient voor de afvoer van de urine, de buitenste buis dient als volume en bedekking van de penis. De eikel en rand van de eikel worden gereconstrueerd. Deze nieuw gereconstrueerde penis blijft alleen nog verbonden met de voorarm via een slagader voor de toevoer van het bloed en met een ader voor de afvoer van het bloed. Als de uroloog klaar is, de bloedvaten in de lies vrij geprepareerd zijn en de vrije flap dus getransfereerd kan worden, worden deze slagader en ader doorgenomen en met behulp van de microscoop gereconnecteerd met een slagader en een ader in de liesstreek. Zo wordt opnieuw bloedcirculatie in de penis op gang gebracht. Ook worden twee zenuwen van de onderarm geconnecteerd, één met een zenuw van de clitoris voor erogene gevoeligheid en één met een zenuw in de liesstreek voor de normale protectieve of beschermende sensibiliteit. Na de operatie wordt de penis zeer frequent gecontroleerd om te zien of de bloedvoorziening nog intact is.



Figuur 3

Op de plaats waar de huid en het vetweefsel weggenomen zijn, gebeurt een huidtransplantatie met een huident. Dit geeft wel een wat verlittekend uitzicht en de arm zal er iets dunner uitzien. De operatie duurt zo'n 8 à 9 uur en de patiënt blijft gemiddeld 2,5 weken in het ziekenhuis.

In uitzonderlijke gevallen kan ook weefsel van de dij gebruikt worden.

Een vroege complicatie kan zijn dat zich een klontert vormt in het slagadertje naar de flap. Dan is een nieuwe chirurgische ingreep noodzakelijk om de bloedcirculatie terug op gang te brengen. Andere vroege complicaties zijn, zoals bij elke chirurgische ingreep, nabloeding, moeilijke wondgenezing of infectie.

Het ziekenfonds betaalt ongeveer 90% van de kosten voor de ingreep terug. Voor het ziekenhuis zijn daarmee niet alle kosten gedekt. Daarom rekent het ziekenhuis de patiënt een eigen bijdrage tussen de 1500 tot 2500 € aan, inclusief remgeld en opleg voor medicatie. U moet meestal rekening houden met een tijdelijke arbeidsongeschiktheid van een tweetal maanden.

#### 4.2.2 Metadoioplastie

Voor de VM die geen falloplastie wil maar wel een genitale reconstructie om mannelijke genitale proporties te krijgen, is de metadoioplastie een alternatief. Hierbij wordt de clitoris omgebouwd tot een micropenis waarbij ook de plasbuis wordt verlengd tot op de tip van de clitoris. Deze ingreep wordt gecombineerd met de chirurgische verwijdering van de vagina en de reconstructie van een balzak.

De finale functionaliteit wordt bepaald door de lengte van de clitoris die zeer wisselend kan zijn. Bij sommige patiënten groeit de clitoris fors, zodat stand

plassen bij reconstructie mogelijk wordt. Bij meer dan de helft van de patiënten is dit echter niet het geval.

De urologische complicaties na metadoioplastie zijn vergelijkbaar met deze na falloplastie. Zowel fistels als plasbuisvernauwingen komen voor bij ongeveer 25% van de patiënten.

### 4.3 Implantatie van testis- en/of erectieprothese

#### Testisprothesen

Het scrotum dat bij de eerste ingreep wordt gevormd uit de grote schaamlippen kan in een latere tijd worden gevuld met testisprothesen. Een minimale wachttijd van 6 maanden na de eerste ingreep is aangewezen. De testisprothesen zijn met silicongel gevuld en bestaan in verschillende maten. Meestal wordt een grote maat geplaatst.

Zoals bij alle implantaten bestaat een risico op infectie (tot 10% van de gevallen). Als een prothese infecteert moet deze onherroepelijk verwijderd worden en dringt zich opnieuw een wachttijd van 6 maanden op alvorens een nieuwe implantatie kan worden uitgevoerd. Recent wordt de plaatsing van een testisprothese gecombineerd met het implanteren van de erectieprothese. De nieuwere erectieprothesen hebben immers een reservoir dat scrotaal geplaatst wordt en dat lijkt op een testis. Hierdoor is het mogelijk om één helft van het scrotum op te vullen met de pomp en in de andere helft extra een testisprothese te plaatsen.

#### Erectieprothese

Dit is enkel mogelijk na de falloplastie operatie.

Meestal is na verloop van een 12-tal maanden de gevoeligheid tot in de top van de penis teruggekeerd. Vanaf dan komt de patiënt in aanmerking voor het plaatsen van een erectieprothese waarmee seksueel contact met penetratie mogelijk wordt. Wel is in de meeste gevallen stimulatie met orgasme mogelijk, ook zonder erectieprothese.

Absolute voorwaarde voor implantatie van een erectieprothese is dat de gevoeligheid teruggekeerd is tot in de top van de fallus. Als er geen gevoel is, dan is het risico op traumatische perforatie van de prothese groot. Meestal moet hiervoor een wachttijd van 12 tot 18 maanden na de eerste operatie ingecalculeerd worden.

De ingreep duurt ongeveer 1 uur en de opnameduur bedraagt vijf dagen. Bij deze ingreep wordt voor een vijftal dagen een blaaskatheter geplaatst.

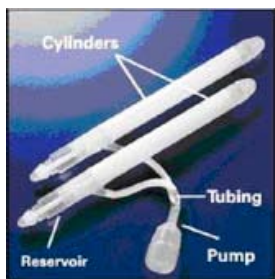
Op dit moment wordt enkel een tweedelige erectieprothese geplaatst, waarbij het reservoir met vloeistof in het scrotum wordt geplaatst (als een testis) en 1 of 2 cilinders in de fallus. Meestal wordt 1 cilinder geplaatst omdat dit esthetisch betere resultaten oplevert. Bij grote fallussen wordt soms geopteerd om 2 cilinders te plaatsen.

De erectieprothese wordt slechts deels vergoed door het ziekenfonds. De patiënt moet een opleg van ongeveer 2000 € betalen. Er is wel een levenslange garantie op het materiaal zodat de prothese bij eventuele vervanging niet opnieuw betaald moet worden.

Ook hier is infectie de belangrijkste complicatie. Als het systeem infecteert, moet het onherroepelijk verwijderd worden. Het kan dan zes maanden later opnieuw geplaatst worden. Ook in dit geval is een garantie op het materiaal geldig.

De langetermijnwerking van deze prothesen is onduidelijk. De firma's stellen een levensduur van 15 jaar voorop. Binnen die periode vallen vervangingen onder de garantie, op voorwaarde dat hetzelfde model nog op de markt beschikbaar is. Als dit niet het geval is, wordt enkel de waarde van de prothese in garantie afgehouden van de waarde van de nieuwe prothese.

Tenslotte mag u niet vergeten dat de erectieprothese steeds een hulpmiddel blijft waarmee de normale erectiefunctie wordt nagebootst, ondanks de vele technische mogelijkheden. Dat dit anders is dan een natuurlijke erectie en haar mogelijkheden moeten transmannen goed begrijpen om nadien niet teleurgesteld te zijn. Daarenboven is het inlichten van de partner over de ware toedracht van de erectie essentieel voor een goede seksuele relatie.



Figuur 4

## 4.4 Urologische aspecten van de geslachtsaanpassende ingreep

### 4.4.1 Algemeen

De urologische behandeling bestaat uit een verlenging van de plasbuis. Dit kan aanleiding geven tot urologische problemen.

Verder wordt bij de ingreep ook gewerkt in het anatomisch vlak tussen endeldarm en blaas om een vaginectomie uit te voeren. In het plan tussen endeldarm en blaas bevinden zich zenuwen en spieren die belangrijk zijn voor de normale blaasfunctie. De chirurgische bewerking in deze ruimte kan aanleiding geven tot blaasfunctiestoornissen.

Daarom kan het plassen onmiddellijk na de heekunde in het begin soms wat moeizaam verlopen.

De meeste personen kunnen onmiddellijk na het verwijderen van de blaaskatheter opnieuw plassen. Bij een kleinere groep duurt het iets langer voor het plassen terug normaal verloopt. Bij sommige patiënten kan dit tot 8 weken duren. In die periode dient soms tijdelijk opnieuw een katheter geplaatst te worden.

### 4.4.2 Urologische complicaties bij de transman

Bij deze chirurgie wordt de plasbuis met meer dan 90% verlengd. De nieuwe plasbuis heeft een stuggere, buisvormige structuur met een verhoogde weerstand voor de uitstroom van de urine tot gevolg. De blaas moet dus wellicht wat harder werken om de urine te evacueren. Hoewel op dit moment geen aanwijzingen bestaan dat dit enige invloed heeft op de blaasfunctie, kan niet worden uitgesloten dat dit op langere termijn toch aanleiding kan geven tot blaasfunctiestoornissen. Alleszins zijn regelmatige controles bij de uroloog aangewezen. Een uroflowmetrie is een eenvoudig en niet-invasief onderzoek dat voor het opsporen van deze problemen gebruikt kan worden. Het onderzoek wordt uitgevoerd met een plasmeter waarmee de kracht van de urinestraal kan worden gemeten. Naast een onzeker probleem op lange termijn bestaan een aantal belangrijke complicaties op korte termijn.

50% van de transmannen krijgt op korte termijn met een urologische complicatie te maken. De voornaamste complicaties zijn fistels en plasbuisvernauwingen of urethrastenosen.

## Fistels

Een fistel is een opening in de nieuwgevormde plasbuis. Dit betekent dat tijdens het plassen urine ontsnapt langs de fistelopening wat tot vervelende situaties kan leiden. Twee weken na de geslachtsveranderende ingreep, plast de patiënt voor het eerst. Bij ongeveer 50% van de personen zien we op dat moment een fistel. Bij ruim de helft van deze personen sluiten deze fistels spontaan. Bij ruim 25% is er echter na 6 maanden nog steeds een fistel. Die wordt dan als definitief beschouwd en dient chirurgisch gesloten te worden. Hoewel de ingreep hiervoor minimaal is, krijgt de patiënt wel voor 10 dagen een blaassonde, zoals bij alle ingrepen aan de plasbuis. Dit betekent een korte opname en 10 dagen thuis met een blaaskatheter. De kans op succes bij deze fistelsluiting ligt rond de 95%.

## Stenosen

Stenosen van de plasbuis zijn een uiting van te sterke littekenvorming zodat een insnoering in de plasbuis ontstaat. Dit uit zich door een slechtere kwaliteit van de urinestraal. Het is vaak een laattijdige complicatie die tot zes maanden na de eerste ingreep kan ontstaan. Deze stenosen kunnen ambulante en zonder algemene narcose behandeld worden maar de succesratio van deze behandelingen ligt laag. Er kunnen urethradilataties uitgevoerd worden waarbij een metalen sonde van opklimmende dikte door de vernauwing wordt geduwd. Er kan ook een Sachse urethrotomie uitgevoerd worden. Na lokale verdoving met een zalf die in de plasbuis wordt gebracht, wordt via een kijkoperatie de vernauwing ingesneden. Zoals reeds gezegd ligt de kans op succes met deze behandelingen laag (<50%) maar toch worden ze in eerste instantie steeds uitgevoerd. Lukt het niet, dan volgt een ingreep onder algemene narcose. Het gaat om een relatief kleine ingreep met korte hospitalisatie maar met 10 dagen blaassonde. De kans op succes bij de chirurgische behandeling van de urethrastenose is ruim 95%.

Sommige fistels en stenosen kunnen zo uitgesproken zijn dat normaal plassen in een eerste periode onmogelijk is. In dit geval wordt ervoor gekozen om een perineostomie aan te leggen. Dit betekent dat de plasbuis opnieuw wordt opengezet op de plaats van de oorspronkelijke plasopening. Ook dit betekent een kleine ingreep met korte hospitalisatie en een 3-tal dagen een blaaskatheter. Deze perineostomie kan dan 6 maanden later opnieuw gesloten worden.

## 5. Ontharen met laserstralen

### 5.1 Inleiding

Sinds +/- 15 jaar bestaat de mogelijkheid om ongewenste beharing door middel van een ontharingslaser te verwijderen. In het UZ Gent wordt hiervoor gebruik gemaakt van een long pulsed Alexandrite laser (Gentle lase Laser, Candela). Met een ontharingslaser kan zowel gelaatsbeharing als lichaamsbeharing verwijderd worden.

### 5.2 Hoe werkt ontharing met laserstralen?

De epilatielaser zendt licht uit met hoge energie. Dit licht werkt in op de donkere kleur (= het pigment) dat zich in de haarwortel en in de haarschacht bevindt. Hierdoor beschadigt de haarwortel.

Het streefdoel is om de haarwortel volledig te vernietigen. Als de haarwortel volledig vernietigd is, komt er een einde aan de haargroei. Dit gebeurt echter niet altijd. Is de haarwortel slechts gedeeltelijk vernietigd dan vertraagt de groei en/of verfijnen de haren. In dit geval is de epilatie slechts van tijdelijke aard.

### 5.3 Welk resultaat kan verwacht worden?

Laserepilatie zorgt voor de beste resultaten bij personen met donkere haargroei en een blanke huid. Gemiddeld zijn een 6 tot 8-tal behandelingssessies noodzakelijk om een optimaal resultaat te verkrijgen. De resultaten van de verschillende sessies ontharingslasertherapie kunnen sterk wisselen van patiënt tot patiënt. Dit wil zeggen dat bij sommige mensen 80% van de haren definitief vernietigd is na 6 sessies en bij andere slechts 50% of minder. De reden hiervoor is tot nog toe onbekend.

## 5.4 Welke lichaamszones komen in aanmerking voor ontharingslasertherapie?

Bij de transman is het vaak aangewezen dat de voorarm waar de ent genomen zal worden, geëpileerd wordt met de ontharingslaser voor de geslachtsaanpassende chirurgische ingreep.

Let op: deze behandeling dient op tijd gestart te worden. Er zijn immers gemiddeld 7 behandelingssessies nodig met een tussenperiode van 6 tot 8 weken.

Blonde haren bevatten slechts weinig pigment. Mensen met blonde haren zijn geen goede kandidaten voor ontharing met lasertherapie. Grijs of witte haren bevatten geen pigment. Een behandeling heeft dan ook geen effect op de ontharing.

Personen met een donker huidtype of gebruinde personen zijn niet geschikt voor ontharing met laser omwille van de kans op bijwerkingen.

## 5.5 Wat als de laserepilatie niet werkt?

- Gebruik een crème die de haargroei afremt. Bespreek deze behandeling met de arts of schoonheidsspecialiste.
- Als het resultaat niet voldoende is omwille van te weinig pigment in de haartjes, is elektrische ontharing mogelijk. Hierbij wordt haartje per haartje behandeld. Deze methode is geschikt voor kleine zones. Voor deze behandeling kan je niet terecht in het UZ Gent, wel in schoonheidsinstituten.
- Gebruik eventueel ontharingscrèmes. Die werken enkel als de haren fijn van structuur zijn.
- Een andere mogelijkheid is harsen. Hierbij worden de haren verwijderd met de wortel, waardoor ze ongeveer drie weken wegblijven. Harsen is niet aan te raden in het gelaat. Ook voor deze behandeling kan u niet terecht in het UZ Gent, wel in schoonheidsinstituten.

## 5.6 Bijwerkingen en voorzorgsmaatregelen

Voor een effectieve laserbehandeling is het belangrijk dat het haartje in het haarzakje aanwezig is. U mag daarom de haren niet meer epileren met een pincet of met was de laatste 3 weken voor de laserbehandeling. Afknippen, afscheren of gebruik van ontharingscrèmes zijn wel toegelaten.

Vermijd het bruinen van de huid vanaf 6 weken voor de behandeling tot het einde van alle behandelingen. Dit is om verbranding van de huid gedurende de behandeling te voorkomen.

Onmiddellijk na de behandeling wordt de huid rondom de haarfollikels rood en soms ontstaan kleine oppervlakkige blaasjes. Deze huidreacties zijn meestal na maximum vier dagen verdwenen. De meeste patiënten vermelden verder geen bijwerkingen. Onmiddellijk na de behandeling is de huid zeer gevoelig voor UV-licht, waardoor overmatig zonlicht gedurende één maand vermeden dient te worden. De haren zullen pas 1 tot 3 weken na de behandeling uitvallen.

Het aantal noodzakelijke behandelingen varieert sterk en wordt o.a. bepaald door de kleur van de haren, de groeicyclus van de haren, de dichtheid van de haren, de plaats van de haargroei... Gemiddeld zijn 6-8 behandelingen nodig om tot een aanvaardbaar resultaat te komen.

Momenteel is voor deze behandeling nog geen terugbetaling voorzien. De kostprijs van de behandeling varieert naargelang de uitgebreidheid van de te behandelen zone.

## 5.7 Hoe een afspraak vastleggen?

Bij de eerste afspraak bespreken we met u het verloop en de kostprijs van de behandeling en gaan we na of u in aanmerking komt voor een behandeling. Als u dit wenst, kan aansluitend een eerste behandeling plaatsvinden. Dit dient u wel te vermelden als u een afspraak vastlegt (tel. 09 332 22 87) zodat we hiervoor de nodige tijd kunnen voorzien.

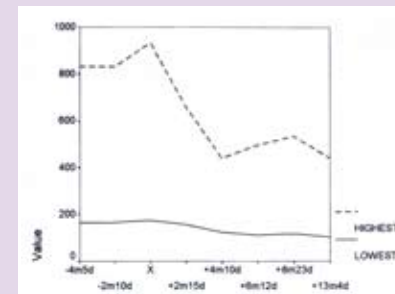
## 6. De stem

Mensen verschillen van elkaar, niet alleen door hun uiterlijk maar ook door de manier waarop ze spreken. Er zijn duidelijke verschillen tussen de stem van mannen en die van vrouwen. Het meest opvallende en daarom belangrijkste spraakverschil tussen man en vrouw is het feit dat mannen met een lagere toonhoogte spreken. Dat heeft te maken met de trillingsfrequentie van de stembanden. Ook variëren mannen de toonhoogte minder. Daarnaast spreken mannen over het algemeen luider dan vrouwen, met meer borstresonantie. Ook op het vlak van de articulatie van klanken, de woordenschat en de gespreksonderwerpen zijn er wel verschillen.

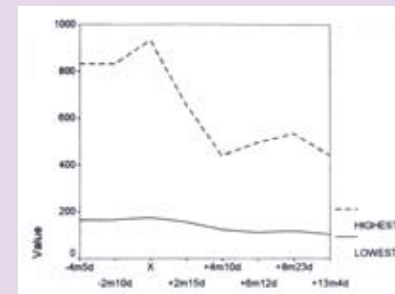
De opvatting leeft dat de stemwijziging bij transseksuele mannen geen problemen stelt aangezien er automatisch een stemverlaging plaatsvindt bij toediening van mannelijke hormonen. Het klopt inderdaad dat de stem onder invloed van de hormoontherapie automatisch daalt. Toch is ook bij transseksuele mannen logopedische tussenkomst, en met name een consult voor de aanvang van de hormoontherapie, aangewezen. De ervaring leert namelijk dat sommige transseksuele mannen onrealistische verwachtingen hebben ten aanzien van de invloed van de hormoontherapie op de stem. Bij navraag blijkt dat sommigen gehoopt hadden dat de stemverlaging vlugger zou plaatsvinden. U moet toch rekenen op drie à vier maanden voor er een duidelijke daling van de stem hoorbaar is. Ook wordt soms een te grote daling verwacht. Vooral bij mensen die al een relatief lage stem hadden, is het resultaat van de hormoontherapie wel eens beperkter dan verwacht. Mensen die zingen moeten er zich van bewust zijn dat hun stembereik onder invloed van de hormoontherapie geringer zal worden. De mogelijkheden om hoge tonen te zingen worden beperkter. Dit verlies wordt niet volledig gecompenseerd door de winst bij lage tonen. Figuren 5 en 6 geven een illustratie van de stemdaling onder invloed van de hormoontherapie. Figuur 5 laat de effecten zien op het stemgebruik (bij het aanhouden van een /a/ en bij het lezen van een tekst). Figuur 5 laat het effect zien op de stemmogelijkheden (fonatie van de hoogst en laagst mogelijke toon).

Als de hormoontherapie onvoldoende resultaat geeft, kan ook nog altijd een operatieve ingreep uitgevoerd worden, een zogenaamde thyroplastie type III. Hierbij wordt een verticale kraakbeenstrip, paramediaan links en rechts, uit het schildkraakbeen verwijderd. Zo ontspannen de stembanden. Dit leidt tot een verlaging van de stem. Tot slot moeten we nog eens benadrukken dat de toonhoogte van

de stem maar één aspect van de spraak is dat gewijzigd moet worden. Voor een succesvolle aanpassing aan de andere sekse is het aangewezen ook de andere reeds genoemde aspecten (intonatiepatronen, articulatie, resonantie, woordenschat) niet uit het oog te verliezen. Bovendien kan de aanpassing van de spraak niet los gezien worden van het hele proces. Onderzoek heeft bijvoorbeeld uitgewezen dat personen met een goede stem toch niet zullen “passeren” als ook hun uiterlijk niet bevredigend is. Omgekeerd kan iemand met een niet optimale stem toch vrij goed passeren als het uiterlijk meezit.



Figuur 5: Invloed van hormoontherapie op de stemmogelijkheden qua toonhoogte (fonatie van de hoogst en laagst mogelijke toon). X geeft de start aan van de hormoontherapie.



Figuur 6: Invloed van hormoontherapie op het stemgebruik qua toonhoogte (bij het aanhouden van een /a/ en bij het lezen van een tekst). X geeft de start aan van de hormoontherapie.

## 7. Juridische aspecten

### 7.1 Inleiding

De westerse rechtspraktijk werd pas na de Tweede Wereldoorlog voor het eerst met transseksualiteit geconfronteerd, als antwoord op de sociale bewustwording van de mens en de snelle vooruitgang op medisch gebied. In de loop der jaren evolueerde ook het recht, al holde het steeds de medische evoluties achterna.

Op 10 mei 2007 werd een wet aangenomen over transseksualiteit waarin de belangrijkste juridische aspecten in verband met transseksualiteit globaal worden behandeld. De wet is in werking getreden op 1 september 2007. Verder moet er nog gewezen worden op de circulaire betreffende de transseksualiteitswetgeving van 1 februari 2008. Deze omzendbrief richt zich tot ambtenaren van de burgerlijke stand en verduidelijkt de bepalingen van de wet van 10 mei 2007.

Hierna wordt een overzicht gegeven van de huidige, juridische stand van zaken. Hierbij worden chronologisch de juridische knelpunten overlopen die een transseksuele persoon zal dienen te doorlopen alvorens hij of zij volgens het recht tot het andere geslacht zal behoren. Het gaat om het voldoen aan de juridische voorwaarden tot geslachtschirurgie, de procedure “naamswijziging” en de procedure “juridische geslachtswijziging”. Tot slot wordt stilgestaan bij de juridische gevolgen van de wijziging van het geslacht.

### 7.2 Juridische voorwaarden voor geslachtschirurgie

#### 7.2.1 Algemene voorwaarden

Sinds de zaak Wijnen (Corr. Brussel 27 september 1969, J.T. 1969, 635) wordt de geslachtsveranderende therapie als een gewone medische handeling beschouwd waardoor het geoorloofd karakter van de ingreep afhankelijk is van de vervulling van de voorwaarden die gelden bij elke andere medische handeling. Het gaat om de aanwezigheid van een therapeutische noodzaak, de vereiste van de voorafgaande informatie over de relevante risico's en gevolgen, de voorwaarde van de voorafgaande, vrije en bewuste toestemming (informed consent) en de naleving van het zorgvuldigheidsprincipe door de arts. De beslissing om over te gaan tot een medische geslachtsoperatie komt enkel en

alleen toe aan de behandelende arts. De arts zal na interdisciplinair overleg in geweten oordelen of de patiënt voor de ingreep in aanmerking komt. Een persoon heeft dus geen afdwingbaar recht om over zijn eigen geslacht te beschikken: het beschikkingsrecht over het eigen lichaam gaat niet zover dat iedereen zou kunnen eisen dat zijn geslacht gewijzigd wordt.

#### 7.2.2 Hoe zit het bij minderjarigen?

Er bestaat heel wat controverse rond de vraag of minderjarigen een geslachtsveranderende behandeling mogen ondergaan. In het advies van de Orde van Geneesheren van 20 september 1997 ([www.ordomedic.be](http://www.ordomedic.be)) wordt overwogen dat de mentale leeftijd van de minderjarige van doorslaggevend belang is: indien de minderjarige tot de jaren van verstand is gekomen en over voldoende onderscheidingsvermogen beschikt om een bewuste, zelfstandige keuze te maken, dan komt hij of zij in aanmerking voor het opstarten van de hormonale behandeling. Het is de behandelende arts die zal oordelen over de graad van mentale rijpheid bij de minderjarige en dit in functie van de ernst van de problematiek. Het komt enkel en alleen toe aan de minderjarige om zijn of haar geïnformeerde en vrijwillige toestemming te geven tot het opstarten van de geslachtsveranderende therapie. Over de juridische geslachtsaanpassing komen wij hierna terug onder nr. 7.4.1.

Toch dient benadrukt dat in de praktijk doorgaans zal gewacht worden met de geslachtsveranderende operatie tot op het ogenblik dat de patiënt meerderjarig is. Dit tijdstip is niet alleen gunstiger vanuit juridisch oogpunt (er stellen zich immers geen problemen meer inzake toestemming, vertegenwoordiging,...), ook vanuit medisch oogpunt neemt men aan dat men pas bij het bereiken van de meerderjarigheid over de vereiste mentale capaciteiten beschikt om bewust en vrij te kiezen voor de zeer ingrijpende geslachtsveranderende operatie. Er dient in elk geval een voldoende lange observatieperiode (met inbegrip van een hormonale kuur en een real-life experience) aan de ingreep vooraf te gaan.

## 7.3 Procedure naamsverandering (administratieve procedure)

### 7.3.1 Algemene voorwaarden

Opdat een transseksuele persoon zich ten volle zou kunnen ontplooiën op emotioneel en sociaal gebied, is het noodzakelijk dat hij of zij zijn voornaam kan veranderen. Hiervoor dient een “verzoek tot voornaamswijziging” te worden gericht tot de minister van justitie, hetzij door de betrokkene zelf, hetzij door zijn wettelijke vertegenwoordiger.

De minister van justitie moet de voornaamsverandering toestaan aan de personen die de voortdurende en onomkeerbare innerlijke overtuiging hebben tot het andere geslacht te behoren dan datgene dat is vermeld in de akte van geboorte en de daarmee overeenstemmende geslachtsrol hebben aangenomen, en die bij hun verzoekschrift een verklaring van de psychiater en de endocrinoloog hebben gevoegd waaruit blijkt :

- dat betrokkene de voortdurende en onomkeerbare innerlijke overtuiging heeft tot het andere geslacht te behoren dan datgene dat is vermeld in de akte van geboorte;
- dat betrokkene een hormonale substitutietherapie ondergaat of heeft ondergaan, teneinde de lichamelijke geslachtskenmerken van het geslacht waartoe de betrokkene overtuigd is te behoren te induceren;
- dat de voornaamsverandering een essentieel gegeven is bij de rolomkering.

Dit recht op voornaamswijziging is echter niet absoluut. De gevraagde voornamen mogen immers niet van aard zijn dat zij aanleiding geven tot verwarring of de verzoeker of derden zouden kunnen schaden.

### 7.3.2 Verloop van de procedure

De machtiging tot voornaamswijziging wordt door de minister van justitie gegeven bij ministerieel besluit, maar wordt niet bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad.

Zodra het ministerieel besluit genomen is, wordt de verzoeker daarvan bij een ter post aangetekende brief verwittigd. Aan de verzoeker zal gevraagd worden om binnen een periode van twee maanden een registratierecht van 54 euro te betalen (49 euro registratierecht + 5 euro taksen).

Binnen de zestig dagen na registratie dient een afschrift van of uittreksel uit het ministerieel besluit meegedeeld te worden aan de bevoegde ambtenaar van de burgerlijke stand. Zoniet wordt de machtiging als onbestaande beschouwd.

De bevoegde ambtenaar van de burgerlijke stand is deze van de geboorteplaats van de begunstigde of van de gewone verblijfplaats indien de begunstigde niet in België is geboren. Hij zal het beschikkend gedeelte van het ministerieel besluit overschrijven in zijn registers.

### 7.3.3 Gevolgen

Vanaf de overschrijving in de registers van de burgerlijke stand heeft de begunstigde het recht, maar ook de plicht om de gewijzigde voornaam door te voeren.

## 7.4 Procedure juridische geslachtsaanpassing (administratieve procedure met gerechtelijke controle)

### 7.4.1 Algemene voorwaarden

Elke Belg of elke in de bevolkingsregisters ingeschreven vreemdeling, die de voortdurende en onomkeerbare innerlijke overtuiging heeft tot het andere geslacht te behoren dan datgene dat is vermeld in de akte van geboorte, en die lichamelijk zodanig aan dat andere geslacht is aangepast als uit medisch oogpunt mogelijk en verantwoord is, kan van die overtuiging aangifte doen bij de ambtenaar van de burgerlijke stand. Ook de niet-ontvoogde minderjarige transseksueel kan aangifte doen van zijn overtuiging. Hij of zij moet wel worden bijgestaan door zijn moeder, zijn vader of zijn wettelijke vertegenwoordiger.

De aangifte moet gebeuren bij de ambtenaar van de burgerlijke stand van de gemeente waar de betrokkene is ingeschreven in de bevolkingsregisters. De Belg die niet is ingeschreven in de bevolkingsregisters doet aangifte bij de ambtenaar van de burgerlijke stand van zijn geboorteplaats, met melding van het adres waarop een weigering om de akte houdende vermelding van het nieuwe geslacht op te maken moet worden meegedeeld, of, indien de begunstigde niet in België is geboren, bij de ambtenaar van de burgerlijke stand te Brussel.

Bij de aangifte overhandigt de betrokkene aan de ambtenaar van de burgerlijke stand een verklaring van de behandelende psychiater en chirurg, waaruit blijkt :

- dat de betrokkene de voortdurende en onomkeerbare innerlijke overtuiging heeft tot het andere geslacht te behoren dan datgene dat is vermeld in de akte van geboorte;
- dat de betrokkene een geslachtsaanpassing heeft ondergaan die hem zodanig in overeenstemming heeft gebracht met dat andere geslacht, waartoe betrokkene overtuigd is te behoren, als dit uit medisch oogpunt mogelijk en verantwoord is;
- dat de betrokkene niet meer in staat is om overeenkomstig het vroegere geslacht kinderen te verwekken.

In principe dient conform 2° een geslachtsoperatie plaats te vinden, tenzij dit de gezondheid van de betrokkene schade zou berokkenen. De behandelende artsen kunnen dus, na een hormonale behandeling, verklaren dat de betrokkene een lichamelijke aanpassing heeft ondergaan die hem of haar zodanig in overeenstemming heeft gebracht met het andere geslacht, als uit medisch oogpunt mogelijk en verantwoord is, met verwijzing naar en bewijs van het gezondheidsrisico in geval van een chirurgische ingreep.

#### 7.4.2 Verloop van de procedure

Indien aan deze vereisten is voldaan zal de ambtenaar een akte met vermelding van het nieuwe geslacht opmaken, die naam, voornamen, plaats en datum van geboorte en het nieuwe geslacht vermeldt en ook de nieuwe afstammingsband met de moeder en -indien mogelijk- de vader. De ambtenaar van de burgerlijke stand “kantmeldt” in de geboorteakte van de betrokkene het nieuwe geslacht of geeft, indien de geboorteakte van de begunstigde niet kan worden aangetroffen op de plaats waar hij of zij in de bevolkingsregisters is ingeschreven, kennis van de akte houdende vermelding van het nieuwe geslacht aan de bevoegde ambtenaar van de burgerlijke stand.

De akte met vermelding van het nieuwe geslacht heeft uitwerking vanaf haar inschrijving in het register van de geboorteakten. Deze inschrijving kan slechts gebeuren wanneer de ambtenaar vaststelt dat geen verhaal tegen de akte werd aangetekend en ten vroegste 30 dagen na het verstrijken van de verhaaltermijn (zie verder).

De ambtenaar van de burgerlijke stand die de akte tot vermelding van het nieuwe geslacht opmaakt, moet dit binnen drie dagen melden aan de procureur des Konings bij de rechtbank van eerste aanleg. Dit met het oog op het verhaal dat de procureur des Konings kan instellen tegen de beslissing van de ambtenaar van de burgerlijke stand om een dergelijke akte op te stellen (zie verder).

De ambtenaar van de burgerlijke stand die weigert een akte houdende vermelding van het nieuwe geslacht op te maken – bijvoorbeeld in geval van twijfel omtrent de echtheid van de verklaringen - moet zijn gemotiveerde beslissing onverwijld meedelen aan de betrokkene. Terzelfder tijd wordt een afschrift hiervan, samen met een afschrift van alle nuttige documenten, overgemaakt aan de procureur des Konings van het gerechtelijke arrondissement waarin de weigering plaatsvond. Tegen deze weigering kan beroep ingesteld worden.

Elke belanghebbende en de procureur des Konings kunnen met een aan de rechtbank van eerste aanleg gericht verzoekschrift een verhaal instellen tegen de beslissing genomen door de ambtenaar van de burgerlijke stand (hetzij de beslissing om de akte houdende vermelding van het nieuwe geslacht op te maken, hetzij de weigering een dergelijke akte op te stellen). Dit moet gebeuren binnen zestig dagen te rekenen van de dag waarop de akte houdende vermelding van het nieuwe geslacht werd opgemaakt of de dag van de kennisgeving door de ambtenaar van de burgerlijke stand van de weigering tot opmaak van deze akte. De bevoegde rechter is deze van de plaats waar de aangifte tot het opmaken van een akte met vermelding van het nieuwe geslacht werd gedaan. Na het verstrijken van de termijn van hoger beroep, cassatieberoep, of nog, na de uitspraak van het arrest waarbij de voorziening wordt afgewezen, stuurt de griffier binnen een maand het beschikkende gedeelte van de uitspraak aan de ambtenaar van de burgerlijke stand van de plaats van aangifte.

Indien het beschikkende gedeelte het nieuwe geslacht vaststelt en er reeds een akte werd opgesteld, schrijft deze ambtenaar de bestaande akte houdende vermelding van het nieuwe geslacht in en schrijft hij het beschikkende gedeelte van het vonnis of het arrest over in zijn registers. Van het beschikkende gedeelte wordt ook melding gemaakt op de kant van de akte houdende vermelding van het nieuwe geslacht. Indien daarentegen nog geen akte houdende vermelding van het nieuwe geslacht werd opgesteld schrijft de ambtenaar van de burgerlijke stand het beschikkend gedeelte van het vonnis of arrest over in zijn registers. Het vonnis of arrest betreffende de wijziging van het geslacht van een persoon heeft overigens zijn gevolgen vanaf de dag van de overschrijving.

De ambtenaar van de burgerlijke stand moet tenslotte op de kant van de geboorteakte die betrekking heeft op de betrokkene het nieuwe geslacht vermelden of, indien de geboorteakte van de begunstigde niet kan worden aangetroffen op de plaats van inschrijving in de bevolkingsregisters, kennisgeven van het nieuwe geslacht aan de bevoegde ambtenaar van de burgerlijke stand. Dit gebeurt via de akte houdende vermelding van het nieuwe geslacht (indien

tevergeefs verhaal werd ingesteld tegen een dergelijke akte), respectievelijk de akte houdende overschrijving van het nieuwe geslacht (indien met succes verhaal werd ingesteld tegen de weigering van de ambtenaar van de burgerlijke stand een akte houdende vermelding van het nieuwe geslacht op te maken).

## 7.5 Juridische gevolgen van de geslachtsaanpassing

### 7.5.1 Gevolgen voor het huwelijk

Sinds de wet van 13 februari 2003 kunnen personen van hetzelfde geslacht een huwelijk sluiten. Bijgevolg zal een huwelijk tussen man en vrouw in principe blijven bestaan wanneer één van de twee na een geslachtsoperatie een verandering van zijn/haar juridisch geslacht ondergaat. Ook wanneer iemand na een geslachtsoperatie en naamswijziging met iemand van hetzelfde geslacht wil trouwen, zal in principe niets het huwelijk in de weg staan.

Toch blijkt, zoals reeds vermeld, uit de nieuwe wet van 10 mei 2007 dat elke belanghebbende persoon, en dus ook de partner en/of de kinderen van de gehuwde transseksuele persoon, een verhaal kunnen instellen bij de rechtbank van eerste aanleg tegen de beslissing van de ambtenaar van de burgerlijke stand om een akte houdende vermelding van het nieuwe geslacht op te maken.

### 7.5.2 Gevolgen voor de familierechtelijke verhoudingen

De juridische geslachtswijziging werkt in principe niet met terugwerkende kracht. De akte houdende vermelding van het nieuwe geslacht laat de bestaande afstamming en de daaruit voortvloeiende rechten, bevoegdheden en verplichtingen voortbestaan. Alle vorderingen met betrekking tot deze afstamming en de daaruit voortvloeiende rechten, bevoegdheden en verplichtingen kunnen nog worden ingesteld na de opmaak van de akte houdende vermelding van het nieuwe geslacht. Bestaande familierechtelijke betrekkingen en alle daaruit voortvloeiende rechten en plichten van en tegenover de ouders en kinderen van de transseksuele persoon (vb. alimentatieplichten, bijstandsplichten,...), blijven dus ongewijzigd. Wel zijn de in het Burgerlijk Wetboek opgenomen bepalingen omtrent de vaststelling van de afstamming van vaderszijde (en het zogenaamde “vermoeden van vaderschap” van de gehuwde man) niet meer van toepassing op een man die aangifte deed in overeenstemming met de nieuwe administratieve procedure vanaf het moment van de opmaak van een akte houdende vermelding

van het nieuwe geslacht, zonder dat vereist is dat deze akte reeds effectief moet zijn ingeschreven in het register van de geboorteakten.

Uiteraard heeft de akte slechts ten volle uitwerking vanaf haar inschrijving in het register van de geboorteakten. In geval van een verhaalprocedure heeft de geslachtsaanpassing slechts uitwerking vanaf de dag van overschrijving: de rechterlijke uitspraak ressorteert gevolgen vanaf de dag van de overschrijving van het beschikkend gedeelte in de registers van de burgerlijke stand.

### 7.5.3 Met betrekking tot echtscheiding

Vormt een juridische geslachtsaanpassing grond tot echtscheiding? Een transseksuele persoon wiens geslacht juridisch werd veranderd, kan geldig huwen met een persoon behorend tot zijn vroegere geslacht. Dit huwelijk kan in België niet worden vernietigd louter omwille van de voorgeschiedenis van de transseksuele persoon of de gevolgen van de operatie (bv. steriliteit of impotentie). Wel moet worden aangenomen dat echtscheiding op grond van onherstelbare ontwrichting mogelijk is indien bijvoorbeeld de echtgeno(o)t(e) niet werd ingelicht over de ondergane geslachtsoperatie. Het huwelijk is onherstelbaar ontwricht wanneer de voortzetting van het samenleven tussen de echtgenoten en de hervatting ervan redelijkerwijs onmogelijk is geworden. Het bewijs van de onherstelbare ontwrichting kan met alle wettelijke middelen worden geleverd.



Centrum voor Seksuologie en Genderproblematiek  
Gebouw B2, 1ste verdieping  
Tel. 09 332 60 23  
centrumsege@uzgent.be

*Deze brochure werd enkel ontwikkeld voor gebruik binnen het UZ Gent. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het UZ Gent.*

Universitair Ziekenhuis Gent  
De Pintelaan 185 - 9000 Gent  
Tel. +32 (0)9 332 21 11 - Fax +32 (0)9 332 38 00

info@uzgent.be - www.uzgent.be