

Transseksüel Cerrahide Ürogenital ve Ekstra Genital Sakatlanma: İlgili Literatür Eşliğinde Bir Olgu Sunumu

Zeki Bayraktar | ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2493-2457> | dr.zekibay@gmail.com

Prof, Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Öz

Cinsiyet değiştirmek amacıyla yapılan transseksüel cerrahiler; genellikle genetik, doğumsal veya anatomik bir hastalığın tedavisi için değil, cinsiyet hoşnutsuzluğunda/transseksüellerde var olan ruhsal sorunların tedavisi için uygulanmaktadır. Aslında transseksüellerdeki ruhsal sorunların transseksüel cerrahi ile tedavi edilebildiğini gösteren kesin bir kanıt bulunmamaktadır. Literatür bu konuda çelişkili bulgular ve etik tartışmalar içermektedir. İlgili araştırmalar ameliyat olan transseksüellerde ruhsal sorunların ameliyattan sonra da devam ettiğini hatta bazı vakalarda bu sorunların daha da arttığını göstermektedir. Ek olarak vakaların dörtte ikisi ile dörtte üçü arasında yaşam kalitesini düşüren ciddi komplikasyonlar gelişmektedir. Bu komplikasyonların yarısından fazlası ürogenital mutilasyon/sakatlanma niteliğindedir ve tekrar ameliyatlara [reoperasyonlara] ihtiyaç duyar. Ancak reoperasyonların da önemli bir bölümü başarısızlıkla sonuçlanır. Transseksüel cerrahi prosedürler pek çok olguda femininizasyon veya maskülinizasyondan ziyade mutilasyon ile sonuçlanır. Erkekten-kadına geçiş [MtF] olgularında ürogenital mutilasyon, kadından-erkeğe geçiş [FtM] olgularında hem ürogenital hem ekstra-genital mutilasyon görülür. Ameliyat olan tüm trans bireyler üreme işlevlerini [anne veya baba olma şanslarını] geriye dönüşümsüz bir şekilde kaybettikleri gibi çoğu vaka cinsel işlevini de kaybeder. Cinsel işlevini kaybetmeyen vakalar da önemli oranda cinsel işlev bozukluğu yaşarlar. Falloplasti yapılan FtM olgularda sadece üretral-ürogenital yaralanma değil, neofallus yapımı için flap alınan sağlam kol veya bacakta da hasar görülür [ekstra genital mutilasyon]. Veriler ameliyat olan transseksüellerde yaşam kalitesinin anlamlı düzeyde düşük olduğunu ve yaşam süresinin de hormon kullanımına bağlı hastalıklar, ruhsal sorunlar-intiharlar ve ameliyatlara bağlı komplikasyonlar nedeniyle ortalama 25-28 yıl kısalacağını gösterir. Bu yazıda/sunumda kadından erkeğe geçiş amacıyla [FtM] başka bir merkezde transseksüel cerrahi-falloplasti yapılan ve hem ürogenital hem ekstra genital [bacakta] mutilasyon ile sonuçlanan 34 yaşındaki bir trans olgu sunulmaktadır; 12 yıl önce falloplasti yapılan ve penil protez takılan trans vaka son 3 aydır idrar yapmakta zorlanma ve idrarını ancak neofallusunu sıvazlayarak, acılar içinde, kıvrınarak,

Transseksüel Cerrahide Ürogenital ve Ekstra Genital Sakatlanma: İlgili Literatür Eşliğinde Bir Olgu Sunumu

ıkınarak ve damla damla çıkarma şikayetiyle başvurdu. Başvurudan bir gün önce idrar akımı tamamen durunca hastanemizin acil servisine müracaat eden hastaya tarafımızca yapılan muayene ve ultrasonografik incelemede neouretral meatusun tama yakın kapalı olduğu, 6F kalınlığındaki kateterin bile ilerletilemediği, mesanenin dolu [glob vezika] ve böbreklerin de her iki tarafta hidronefrotik olduğu gözlemlendi. Hasta yatırıldı ve gerekli cerrahi müdahaleleri yapıldı [suprapubik mesane kateterizasyonu, üretroskopi, üretrotomi, üretral dilatasyon ve -hastanın talebi üzerine- işlevsiz penil protezin çıkarılması ve üretral eksternalizasyon]. Bu yazıda sunduğumuz bu trans olgu ile birlikte transseksüel cerrahinin komplikasyonları hakkındaki literatür verileri ve bu cerrahi prosedürlerle ilgili etik tartışmalar özetlenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Biyoetik; Cerrahi, Cinsiyet Hoşnutsuzluğu; Komplikasyon; Sakatlama; Transgender; Transsexual

Atıf Bilgisi

Bayraktar, Zeki. (2024). Transseksüel Cerrahide Ürogenital ve Ekstra Genital Sakatlanma: İlgili Literatür Eşliğinde Bir Olgu Sunumu. *Aile Dergisi*, 2/1, 36-74.
<https://doi.org/10.70348/aile.2024.2>

Geliş Tarihi	24.05.2024
Kabul Tarihi	27.06.2024
Yayın Tarihi	30.06.2024
Değerlendirme	İki Dış Hakem / Çift Taraflı Körleme Bu makale, Uluslararası Aile Sempozyumu II: Küresel Tehditler Karşısında Aile Sempozyumu'nda sunulan "Transseksüel Cerrahide Ürogenital ve Ekstra Genital Sakatlanma: İlgili Literatür Eşliğinde Bir Olgu Sunumu" adlı tebliğin içeriği geliştirilerek ve kısmen değiştirilerek üretilmiş hâlidir. Bu çalışmanın hazırlanma sürecinde bilimsel ve etik ilkelere uyulduğu ve yararlanılan tüm çalışmaların kaynakçada belirtildiği beyan olunur.
Etik Beyan	
Benzerlik Taraması	Yapıldı – Turnitin
Etik Bildirim	dergi@isavak.org
Çıkar Çatışması	Çıkar çatışması beyan edilmemiştir.
Finansman	Bu araştırmayı desteklemek için dış fon kullanılmamıştır.
Telif Hakkı & Lisans	Yazarlar dergide yayınlanan çalışmalarının telif hakkına sahiptirler ve çalışmaları CC BY-NC 4.0 lisansı altında yayımlanmaktadır.

Urogenital and Extra Genital Mutilation in Transseual Surgery: A Case Report With Relavent Literature

Zeki Bayraktar | <https://orcid.org/0000-0002-2493-2457> | dr.zekibay@gmail.com

Prof. Dr., Department of Urology, Sancaktepe Sehit Prof. Dr. Ilhan Varank Training and Research
Hospital, University of Health Sciences, Istanbul, Turkey

Abstract

Transsexual surgeries performed for the purpose of gender affirming/changing, it is not applied for the treatment of a genetic, congenital or anatomical disease, but for the treatment of psychological problems in gender dysphoria/transsexuals. In fact, there is no definitive evidence that mental problems in transgender people can be treated with transgender surgery. The literature contains conflicting findings and ethical debates on this subject. Relevant research shows that psychological problems in transsexuals who have undergone surgery continue after the surgery, and in some cases, these problems even increase. In addition, two-quarters to three-quarters of cases develop serious complications that reduce the quality of life. More than half of these complications are of the nature of urogenital mutilation and require re-operations. However, a significant portion of reoperations end in failure too. Transgender surgical procedures result in mutilation rather than feminization or masculinization in most cases; urogenital mutilation in male-to-female [MtF] cases, and both urogenital and extra-genital mutilation in female-to-male [FtM] cases. All transgender individuals who undergo surgery irreversibly lose their reproductive functions [their chance of becoming a mother or father], and in most cases, they also lose their sexual function. Cases that do not lose their sexual function also experience significant sexual dysfunction. In FtM cases in which phalloplasty is performed, not only urethral-urogenital mutilation occurs, but also the healthy arm or leg from which a flap was taken for neophallus construction becomes mutilated [extra genital mutilation]. Data show that the quality of life of transsexuals who undergo surgery is significantly lower and their life expectancy is shortened by an average of 25-28 years due to diseases related to hormone use, mental problems-suicides and complications related to surgeries. In this article/presentation, a 34-year-old transgender case who underwent transsexual surgery-phalloplasty in another center for the purpose of transitioning from female to male [FtM] and resulted in both urogenital and extra-genital mutilation [in leg] is presented.

The transgender case, who underwent phalloplasty and a penile prosthesis 12 years ago, has had difficulty urinating for the last 3 months and could only urinate drop by drop by patting his neophallus, in pain, by writhing, by straining. The day before, when he was completely blocked, he applied to the emergency department of our hospital. In the examination and ultrasonographic evaluation performed by us, it was observed that the neourethral meatus was almost completely closed, even the 6F thick catheter could not be advanced, the bladder was full

[glob vesica] and the kidneys were hydronephrotic on both sides. The patient was hospitalized and the necessary surgical interventions were performed [suprapubic bladder catheterization, urethroscopy, urethrotomy, urethral dilatation and - upon the patient's request - removal of the dysfunctional penile prosthesis and urethral externalization]. In this article, we summarize the literature data on the complications of transgender surgery and the ethical debates regarding these surgical procedures, along with this transgender case we present.

Keywords: Bioethics; Surgical; Gender Dysphoria; Complication; Mutilation; Transgender; Transsexual

Citation

Bayraktar, Zeki. (2024). Urogenital and Extra Genital Mutilation in Transseual Surgery: A Case Report With Relavent Literature. *Aile Journal*, 2/1, 36-74.
<https://doi.org/10.70348/aile.2024.2>

Date of Submission	25.05.2024
Date of Acceptance	27.06.2024
Date of Publication	30.06.2024
Peer-Review	Double anonymized - Two External
Ethical Statement	This article is the revised and developed version of the conference presentation entitled "Urogenital and Extra Genital Mutilation in Transseual Surgery: A Case Report With Relavent Literature", delivered at the International Family Symposium II: The Family in the Face of Global Threats on May, 2024. It is declared that scientific and ethical principles have been followed while carrying out and writing this study and that all the sources used have been properly cited.
Plagiarism Checks	Yes - Turnitin
Conflicts of Interest	The author(s) has no conflict of interest to declare.
Complaints	dergi@isavak.org
Grant Support	The author(s) acknowledge that they received no external funding in support of this research.
Copyright & License	Authors publishing with the journal retain the copyright to their work licensed under the CC BY-NC 4.0.

Giriş

Biyolojik cinsiyeti ile uyumlu bir cinsiyet kimliği (veya diğer adı ile psikolojik cinsiyet) geliştiremeyen bireylerde cinsiyet hoşnutsuzluğu (cinsiyet disforisi) görülür (Micallef, 2022;137-145). Cinsiyet disforisi biyolojik cinsiyetle psikolojik cinsiyeti uyumsuz olan bireyin yaşadığı sıkıntı ve hoşnutsuzluk halidir. Birey doğumsal cinsiyetine uygun bir psikolojik cinsiyet geliştiremediği için biyolojik cinsiyetinden rahatsız olur; psikolojik sıkıntılar yaşar ve cinsiyetini hormonal ve cerrahi müdahalelerle değiştirmek ister (transseksüellik). Cinsiyet hoşnutsuzluğu, sıklıkla, transseksüellerin duyduğu bu rahatsızlık hissini tanımlamak için kullanılan bir ifadedir (MacKinnon, 2023;381;Micallef, 2022;137-145).

Cinsiyeti değiştirmeye yönelik transseksüel cerrahiler; genetik, hormonal, doğumsal veya anatomik/fiziksel bir bozukluğu düzeltmek veya var olan böyle bir hastalığı tedavi etmek için değil [ki transseksüellerde böyle bir biyolojik bozukluk/hastalık yoktur], transseksüellerdeki ruhsal sorunların iyileştirilmesi amacıyla yapılır, transseksüel cerrahi için ileri sürülen temel gerekçe budur (Coleman, 2022;1-259;Turan, 2015;153-60). Aslında transseksüellerdeki ruhsal sorunların cinsiyet değiştirmeye yönelik hormon kullanımı ve devamında yapılan ameliyatlara (transseksüel cerrahi ile) iyileştiğini gösteren kesin bir kanıt yoktur (Block, 2023;380:382;Hembree, 2017;3869-3903;Ludvigsson 2023;2279-2292;NICE, 2020). Aksine bu ruhsal sorunların cerrahiden sonra da devam ettiğini (Dhejne, 2011;16885, hatta bazı transseksüellerde bu sorunların cerrahiden sonra daha da arttığını gösteren bulgular vardır (Robinson, 2021;800-811;Simonsen, 2016;241-47). Ameliyatla cinsiyet değiştiren transseksüellerde depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, kişilik bozuklukları, iş ve sosyal hayata dair problemler, suç veya şiddet içeren olaylar ve bunlara bağlı mahkumiyetler, partner problemi, yalnızlık hissi ve intihar gibi ruhsal problemler sık görülür; yani transseksüellerdeki ruhsal sorunlar ameliyattan sonra da [yaşam boyunca] devam eder (Dhejne, 2011;16885; Jokić-Begić, 2014;745;Simonsen, 2016;241-47). Hatta vakaların yaklaşık beşte birinde bu ruhsal sorular ameliyattan sonra daha da kötüleşir (Robinson, 2021;800-811).

Transseksüellerdeki ruhsal sorunlar cerrahi ile tedavi edilemediği hatta vakaların bir bölümde ruhsal sağlık daha da kötüleştiği gibi, sunduğumuz vaka örneğinde de görüldüğü üzere bu cerrahiler ürogenital ve ekstra genital

hasarlarla sonuçlanabilir. Transseksüel cerrahiler komplikasyon oranı oldukça yüksek cerrahi prosedürlerdir ve bu komplikasyonlar erkekten kadına geçiş [MtF] prosedürlerinde ürogenital mutilasyona, kadından erkeğe geçiş [FtM] prosedürlerinde ise hem ürogenital hem ekstra genital mutilasyona neden olabilir.

Bu yazıda kadından erkeğe geçiş[FtM] amacıyla başka bir merkezde memelerini, rahmini ve yumurtalıklarını aldırdıktan [bilateral mastektomi, histerektomi ve ooferektomi] sonra sol bacadan flep alınarak falloplasti [yapay penis/neofallus-neouretra] yapılan ancak ürogenital ve ekstra genital sakatlanma derecesinde komplikasyonlar gelişen, bu komplikasyonlara bağlı olarak idrar yapamama şikayeti ile acil servisimize müracaat eden bir trans [erkek] olgu sunulmakta ve bu olgu bağlamında transseksüel cerrahi komplikasyonlarla ilgili literatür özetlenmektedir. Bu kapsamda kısmen transseksüel cerrahi hakkındaki ikilemler ve etik tartışmalar da nakledilmektedir.

1. Olgu Sunumu

34 yaşındaki trans erkek vaka, acil servisimize idrar yapamama, sıkışma, tıkanma, kasık ve yan ağrısı şikâyeti ile müracaat etti. 18 yaşında iken hormon kullanımına başlamış, bir üniversite hastanesinde 20 yaşında iken bilateral mastektomi [2011], 21 yaşında iken histerektomi-ooferektomi yapılmış [2012]. Başka bir üniversite hastanesinde de 22 yaşında iken sol bacadan alınan femoral flep ile falloplasti ameliyatı yapılmış [2013], 23 yaşında da neofallusa penil protez takılmış [2014]. Falloplasti ameliyatı esnasında kalın barsak hasarı [kolon perforasyonu] gelişmiş ve kolostomi açılmış. Buna bağlı 4 kez ileus [barsak tıkanıklığı] gelişmiş ve bu nedenle operasyonlar geçirmiş. Neofallusun erojen duyarlılığı yokmuş, neofallusu ve penil protezi hiçbir zaman erektile işlev görmemiş, hastanın hiç partneri ve cinsel birlikteliği olmamış. Genital bölgede cerrahiye bağlı olarak meydana gelen anatomik değişiklikler, hasarlar ve ağrılar nedeniyle klitoral-erojen duyarlılığını kaybettiği için klitoral masturbasyon da yapamıyormuş. İdrar kanalındaki darlık ve işeme zorluğu son bir yılda gelişmiş. Özellikle son 3 ayda idrarını çıkarırken ciddi anlamda zorlanıyormuş. İdrarını şiş benzeri bir metalle veya kalın iğne ile neouretrayı açtıktan sonra, eliyle neofallusu sıvazlayarak, acılar içinde ve damla damla yapabiliyormuş. İdrar drenajı için daha önce birkaç kez farklı merkezlerde mesaneye supra-pubik kateter takılmış ama önceki gece kataterin balonu patladığı için katater çıkmış.

Dün geceden beri hiç idrar yapamadığını, kasıklarında ve yanlarından aşırı ağrı bulunduğunu beyan eden hasta acil muayene ve tetkiklerin ardından yatırıldı. Yapılan fizik muayenede hastada sol bacadan alınan femoral flep ile falloplasti ameliyatının yapıldığı, neofallusun bulunduğu ama neoüretranın kapalı olduğu gözlemlendi [Resim 1,2]. Flep alınan bacadan flep sekeli izlendi [resim 1]. Neoüretral meatus kapalı, etrafı hiperemik ve sert granülasyon dokusu ile kaplı idi [Resim 2]. Suprapubik bölge dolgun ve hassas, mesane palpasyonda doluydu, glob vezika vardı [Resim 3]. Bilgisayarlı tomografide böbreklerde solda daha belirgin olmak üzere her iki tarafta ektazi-hidronefroz [genişleme] gelişmişti [Resim 4]. Neofallustaki protez iki parçalı olarak palpe ediliyordu [Resim 5]. İdrar drenajı için önce neofallustan kateterizasyon denendi ancak neoüretra kapalı idi ve 6F kalınlığındaki silikon kateter bile geçirilemedi. Bunun üzerine göbek altından açılan kanalla [supra-pubik kateterizasyonla] mesaneye 12F silikon sonda takıldı [Resim 6]. İdrar drenajı bu şekilde sağlandı. Hasta işlevsiz penil protezinin çıkarılmasını ve mümkünse neoüretranın açılmasını talep ediyordu. Gerekli hazırlık için opak madde verilerek çekilen üretrografide neoüretral lümenin çok ince ve neoüretranın eklendiği yerden [female üretra-neoüretra anastomozundan] itibaren tam tıkalı olduğu, opak maddenin mesaneye geçemediği gözlemlendi [Resim 7]. Hasta ameliyathaneye alınarak genel anestezi altında neofallustaki iki parçalı penil protez çıkarıldı [Resim 8]. Neoüretra üretroskopi-üreterorenoskopi ile girilerek incelenmeye çalışıldı ancak pediyatrik çaplı üreterorenoskopi dahi girilemedi. Neoüretra genel anestezi altında metal ve plastik dilatatörlerle dilate edildi ve suprapubik kateter mesanede bırakılarak işleme son verildi. Postoperatif 4. haftada yapılan kontrolde hastanın suprapubik kateteri kapatıldığında idrarını neoüretradan operasyon öncesine göre daha rahat çıkarabildiği gözlemlendi. Hasta, neoüretranın yeniden tıkanma olasılığı ve olası kurtarıcı üretral eksternalizasyon gibi yeni ürolojik cerrahileri planlama zorunluluğu nedeniyle suprapubik kateter yerinde bırakılarak takibe alındı. Postoperatif 5. Haftada suprapubik kateter kapatılarak üretral işeme kontrol edildiğinde hastanın işemekte zorlandığı ve hatta üretranın tama yakın obstrükte olduğu gözlemlendi. Bunun üzerine üretral eksternalizasyon ameliyatı yapıldı [Resim 9]. Bir hafta sonra foley kateter alındığında hastanın eksternalize edilen üretradan rahat işediği ve kontinansın da var olduğu gözlemlendi.

2. Transseksüel cerrahi ve komplikasyonları hakkındaki literatür verileri

Bu yazıda kadından erkeğe geçiş amacıyla transseksüel cerrahi uygulanan ve yıllar sonra komplikasyon gelişen bir trans erkek [FtM] vakasını sunduk. Ameliyat olan tüm trans bireyler, sunduğumuz bu vakada olduğu gibi üreme [anne veya baba olma] şanslarını geriye dönüşümsüz bir şekilde, cinsel işlevlerini tama yakın ve idrar çıkarma (üriner) işlevlerini büyük oranda kaybederler. Bir başka ifade ile ürogenital olarak sakatlanırlar [ürogenital mutilasyon]. Ancak sakatlanma bununla da kalmaz, falloplasti/neofallus yapmak için doku/flep alınan kol veya bacakta da estetik ve işlevsel sekeller-sakatlanmalar meydana gelir [ekstra genital sakatlanma]. Nitekim naklettiğimiz vakada da hem ürogenital hem ekstra genital sakatlanma meydana gelmiştir.

Transseksüel cerrahilerde sakatlamaya neden olan ürogenital komplikasyonlar oldukça yüksek orandadır. Naklettiğimiz vakadaki gibi falloplasti yapılan olgularda genel komplikasyon oranı %76.5'tir (Wang, 2022;499-512). Yani falloplasti yapılan her dört vakanın en az üçünde komplikasyon gelişmekte ve bunların yarısından fazlası ciddi sakatlanmalarla sonuçlanmaktadır. Dolayısıyla transseksüel cerrahi kısmen feminizasyon veya maskülinizasyondur ama daha çok mutilasyondur (MtF vakalarda ürogenital mutilasyon, FtM vakalarda hem ürogenital hem ekstra genital mutilasyon). Bu bağlamda transseksüel cerrahi ile cinsiyetin değiştirilemeyeceğini; bu prosedürlerle cinsiyetin ancak iptal ve sağlam organların da mutile edilmiş olacağını hatırlatmak gerekir. Çünkü cinsiyet genetik-kromozomal, nöronal, gonadal-hormonal, gametik, iskeletal ve fenopitipik komponentleri bulunan bir olgudur ve bunların çoğu hormonla veya cerrahi müdahale ile değiştirilemez, ancak iptal veya mutile edilebilir. Örneğin orşiektomi ile testisleri alınan bir bireyin sperm üretme yeteneği iptal edilmiş olur ama ona oosit üretecek bir ovaryum yapılamaz. Benzer şekilde ovaryumu alınan bir bireye de testis yapılamaz. Bireyin ürettiği gamet hücresi asla değiştirilemez, ancak bu yeteneği (üreme işlevi) tamamen iptal edilmiş olur. Bu seksüel işlev için de büyük oranda geçerlidir; penisi alınan bir bireye işlevsel bir vajina, vajinası alınan/kapatılan bir bireye de işlevsel bir penis/fallus yapılamaz. Kısacası cinsiyet hormon kullanımı ve/veya cerrahi müdahale ile değiştirilemez, cinsiyet herhangi bir müdahale ile değiştirilebilen bir şey değildir (Moxon, 2015;50-60).

3. Kadından erkeğe geçişte (female-to-male/FtM) uygulanan cerrahi prosedürler ve komplikasyonları;

Cinsiyet değişikliği talebinde bulunan transseksüellerin yaklaşık dörtte biri bu gruptadır (Drinane, 2020;162-172). MtF transseksüel cerrahi prosedürler şunları içerir; 1) Yüz cerrahisi: Kaş büyütme, saç ekimi, erkeksileştirme rinoplastisi, malar modifikasyon, üst çene büyütme, alt çene yeniden şekillendirme, vokal operasyonlar, tiroit kıkırdak büyütme; 2) Göğüs cerrahisi: Bilateral mastektomi, serbest meme ucu grefti; 3) Genital cerrahi; falloplasti ve metoidioplasti, penis ve testis protezi (Akhavan, 2021;336-340). Bu cerrahi prosedürlerin her birinin kendine özgü komplikasyonları olur ancak burada daha çok genital cerrahi ve komplikasyonları özetlenecektir.

Falloplasti (el veya koldan alınan dokularla penis-fallus oluşturmak), metoidioplasti (klitorisi ve vajina duvarlarını kullanarak penis-fallus oluşturmak), testis protezi ve penil protez ameliyatlarını içeren transseksüel genital cerrahideki en sık komplikasyonlar yara açılması, enfeksiyonlar, total ve kısmî flep nekrozları ve üretral kayıp gibi erken dönem komplikasyonlar ve üretra darlığı, persistan vajinal kavite, penis protezi sorunları ve üretrokutanöz fistüller gibi gecikmiş komplikasyonlardır (Esmonde. 2018;415-424; Jun, 2020;38-48; Nikolavsky, 2018;425-435; Santucci, 2018;187-190).

Falloplasti sonrasında en sık görülen üriner komplikasyonlar üretral darlıklar, fistüller ve bunlara bağlı olarak gelişen işeme problemleridir. *Wang ve ark.* tarafından yapılan bir meta-analizde, falloplasti yapılan toplam 1.731 hasta (39 makale) incelenmiş ve genel komplikasyon oranı %76.5, üretral fistül oranı %34.1 ve üretral darlık oranı %25.4 olarak raporlanmıştır (Wang, 2022;499-512). Bu veriler falloplasti yapılan her dört hastanın üçünden fazlasında (>%75) komplikasyon geliştiğini göstermektedir. Bir başka sistematik incelemede *Nikolavsky ve ark.* falloplasti ve metoidioplasti sonrası üretral fistül oranını %22-75, üretra darlığını ise %25-58 olarak raporlamışlardır (Nikolavsky, 2018;425-435).

Veerman ve ark. tarafından yapılan ve Amerikan Üroloji(J Urol.) dergisinde yayınlanan güncel bir çalışmada, falloplasti veya metoidioplasti yapılan ve ortalama 23 ay takip edilen trans erkeklerde; üretra darlığı her iki teknikte de

%63, üretra fistülü falloplastide %27, metoidioplastide %50 olarak raporlanmış ve fistül veya darlık nedeniyle ilave ameliyat (revizyon/reoperasyon) ihtiyacı %73 olarak bildirilmiştir. Ancak bu reoperasyonlara rağmen vakaların %30'u fallusun ucundan işeyememiştir. Yazarlar sonuç bölümünde *“Genital transseksüel cerrahi komplikasyon oranı yüksek karmaşık bir işlemdir”* yorumunu yapmışlardır (Veerman, 2020;104-109)

Üretrokütanöz fistül, %15-70 arasındaki oranla falloplasti sonrasında en sık görülen üretral komplikasyondur. Buna sıklıkla üretral darlık da eşlik eder. Ancak buna rağmen üretral fistül veya darlık için tanımlanan standart bir tedavi tekniği mevcut değildir (Fascelli, 2023;932-943).

Robinson ve ark. tarafından yayımlanan güncel bir meta-analizde 3 kıtaya ve düzinelerce cerrahi merkeze yayılan geniş ve heterojen bir trans erkek grubu incelenmiş ve 129 genital rekonstrüksiyon vakasında toplam 281 komplikasyon tespit edilmiştir. Vakaların yarıdan fazlası (%50,5) yeniden ameliyat ihtiyacı duymuştur (142 vaka). Üretrokütanöz fistül oranı %40, üretral darlık %32, kötüleşen ruh sağlığı %19.4 olarak bildirilmiştir Yazarlara göre bu sonuçlar, *“transseksüel genital ameliyatlara literatürde bildirilenden daha yüksek komplikasyon oranına sahiptir”* şeklindeki anekdotal raporları desteklemektedir. Yazar meta-analizin sonuç bölümünde; *“Cinsiyet değiştirmeye yönelik olarak -transseksüel cerrahide- yapılan penis rekonstrüksiyonunda üretral bozulma ve kötüleşen ruh sağlığı gibi komplikasyon oranları yüksek olmaya devam etmektedir.”* ifadesini kullanmaktadır (Robinson, 2021;800-811).

Falloplasti sonrasında gelişen üretra darlığının (ki vakaların yarıdan fazlasında gelişiyor) %94-96'sında reoperasyon ihtiyacı ortaya çıkmakta ancak buna rağmen sonuç vakaların yarısında başarısızlıkla neticelenmektedir. Sıklıkla tekrarlanan cerrahilere veya kurtarıcı üretral eksternalizasyon ameliyatlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Tüm çabalara rağmen hastalar ömür boyu perineal üretrastomi ile yaşamak zorunda kalabilmektedir (Santucci, 2018;187-190).

Bu veriler falloplasti sonrasında vakaların dörtte üçünden fazlasında komplikasyon geliştiğini ve vakaların dörtte üçünde ilave ameliyatlara gereksinim duyulduğunu, buna rağmen vakaların önemli bir bölümünde nihai sonucun başarısız olduğunu, revizyon ameliyatlarına rağmen idrarda zorlanma, idrar kaçırma ve perineal-genital ağrı gibi sorunlar yaşadıklarını, fallustan işeyemediklerini ve yaşam boyu perineal üretrastomi ile yaşamak zorunda kalabildiklerini göstermektedir. Bu komplikasyonlar zaten yoğun ruhsal

sorunlar yaşayan transseksüellerin bu sorunlarını daha da kötüleştirebilmekte ve yaşam kalitesini anlamlı düzeyde düşürmektedir (Kuhn, 2009;1685-89;Robinson, 2021;800-811).

Metoidioplasti sonrasında gelişen komplikasyonlar da falloplasti ile benzerdir. [Waterschoot ve ark.](#) metoidioplasti sonrasında üretral fistül oranını %46, kalıcı fistülü %36.5 ve üretra darlığını %19 olarak raporlamıştır (Waterschoot, 2021;1271-79). Ayrıca ameliyat sonrasındaki ilk 30 gün içinde %4.1 oranında yüksek dereceli komplikasyon bildirmiştir.

Falloplasti sonrasında yeni yapılan neofallusun kısmen veya tamamen alınmasını zorunlu kılan doku ölümleri (nekroz ve flep kayıpları da) olabilmektedir (Resim 10). *Morrison ve ark.* falloplasti sonrasındaki total flep kaybını %1,7, kısmî flep kaybını %5.43 olarak raporlarken (37), *Monstrey ve ark.* kısmî flep kaybını %7.3 olarak raporlamıştır (Monstrey, 2011;229-44).

Resim 10. Neofallus ve üretrada doku ölümü, ölü dokuların alınması [Bayraktar, 2024;119]

Falloplasti ameliyatında neofallus yapımı için kullanılan flep; koldan, bacadan, karından ve sırttan alınabilir. Ancak alınan bu flepte doku ölümü meydana gelebileceği gibi dokunun alındığı bölgede de (örneğin kolda veya bacadan) sakatlanma olur. ABD Oregon Health&Science Üniversitesinde yapılan bir çalışmada, yapay penis [neofallus] için önkol flebi kullanılan 37 hastada VAS ile ağrı durumu incelenmiş ve vakaların tamamında ağrı tespit edilmiştir [VAS/Visual Analogue Scale; ağrının şiddetini belirlemek için kullanılan bir skorlamadır, ağrı için 0 ile 10 arasında puanlama yapılır, 0 hiç ağrı yok, 10 maksimum ağrı anlamına gelir (Bayraktar, 2024;110)]. Ağrı şiddeti vakaların 31'inde hafif iken [ortalama VAS skoru 2.74], 6 vakada [%16.2] orta ve şiddetli düzeyde idi [ortalama VAS skoru 6.33]. Ağrı yaşam kalitesini tüm vakalarda olumsuz etkilemişti. Etkilenme hafif ağrı grubunda minimum düzeyde iken orta-şiddetli ağrı grubunda çok belirgindi. Yine bu hasta grubunda ağrılar uykuyu etkilemiş, üzüntüyü artırmış, hayal kırıklığını artırmış, öfkeyi artırmış, umudu azaltmış ve yaşam kalitesini düşürmüştü (Peters, 2022;3836-3844).

Resim 11. Falloplasti için flep alınan kol ve bacadan gelişen sekeller [Bayraktar, 2024;113-114]

Falloplasti ameliyatlarına penis implantları [penil protez] eşlik edebilir. Penis implantlarının komplikasyonları enfeksiyon, erozyon, migrasyon ve mekanik

başarısızlıktır (Krakowsky, 2024;124-131). Hu ve arkadaşlarının yaptığı bir meta-analize göre falloplastide gelişen penil protez komplikasyonları %28 düzeyindedir (Hu, 2022;10-24).

4. Erkekten kadına geçişte (male-to-female/MtF) uygulanan cerrahi prosedürler ve komplikasyonları:

Transseksüel cerrahi talep eden vakaların yaklaşık dörtte üçü bu gruptadır (%73,4) (Turan, 2015;153-60). Bu nedenle erkekten kadına geçiş yapmak isteyen transların genital cerrahi geçirme olasılıkları, kadından erkeğe geçiş yapmak isteyen translara göre yaklaşık dört kat daha fazladır ([Ferrando, 2018;361-368;26](#)).

MtF transseksüel cerrahi şu prosedürleri içerir; 1) Yüz cerrahisi: kaş küçültme, saç çizgisi ilerletme, lazer epilasyon, feminizan rinoplasti, malar büyütme, alt çenenin yeniden şekillendirilmesi, kondrolaringoplasti; 2) Göğüs ameliyatı: büyütme mamoplastisi ve yağ grefti; 3) Genital cerrahi: vajinoplasti (penil-inversiyon vajinoplasti veya bağırsak vajinoplastisi) ve vulvaplasti (Akhavan, 2021;336-340). Bu ameliyatların her birinin kendine özgü komplikasyonları olur ancak bu yazımızda sadece genital cerrahi ve komplikasyonlarına odaklanıyoruz.

Transseksüel cerrahi amacıyla en sık uygulanan genital cerrahi prosedür vajinoplasti ve bunun için kullanılan en sık teknik de penil inversiyon vajinoplastidir ([Ferrando, 2018;361-368](#); Drinane, 2020;162-172). Penil-inversiyon vajinoplasti, feminizan genital cerrahinin altın standardıdır. Neovajinayı oluşturmak için penis derisini, neo-klitoris için glansı ve labia major ve minör için skrotum ve deriyi kullanır (Akhavan, 2021;336-340). Ancak penisin/fallusun yeterince gelişmediği (örneğin ergenlik blokajı uygulanan) olgularda, vajinoplasti, alternatif bir yöntem olarak ince ve kalın barsak segmentleri kullanılarak da yapılabilir [cinsiyet hoşnutsuzluğu olgularında ergenliğin hormon kullanımıyla baskılanması penis-fallus gelişimini engeller (Giovanardani, 2017;153-156)]. Ancak her iki yöntemin de kanama, hematoma, enfeksiyon, yara iyileşmesinde gecikme, neovajinal stenoz, flep nekrozu, üretral stenoz, üretral fistül, inkontinans, rektal yaralanma, rektal fistül, iç organ yaralanması ve pelvik taban bozuklukları gibi komplikasyonları vardır. Bunların bir bölümü sürekli bakım ve/veya müdahale gerektiren ciddi komplikasyonlardır ([Ferrando, 2018;361-368](#); Drinane, 2020;162-172). Kuhn ve

ark. tarafından vajinoplastiden 16 yıl sonra tespit edilen ürogenital sorunlar şunlardı; işeme fonksiyon bozukluğu %47, ürge (ani sıkışma) %25, stres inkontinans %23, cinsel açıdan hiçbir zaman tatmin olamama %23, ürge inkontinans %17, dışkı aciliyeti/kaçırma %9.4, bağırsakları boşaltamama/eksik boşaltma %7.6, neovajinada sarkma %7.5 ve sarkma için ilave ameliyat ihtiyacı %3,4 (Kuhn, 2011;2379-82). Kuhn ve ark. başka bir çalışmada transseksüel cerrahi sonrasındaki ürolojik sorunları şöyle raporlamışlardır; idrar akıntı yönünde değişme %50, yetersiz boşalma hissi %22, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu %22, stres üriner inkontinans %16 ve aşırı aktif mesane %6 (Kuhn, 2007;226-30).

Papadopoulos ve ark. tarafından bildirilen vajinoplasti komplikasyonları şunlardır; yara iyileşmesinde gecikme (%25), merkezi olmayan idrar akışı (%22.5), genital ağrı (%15), mesane enfeksiyonu (%15), kanama (%12.5), düşük vajinal hassasiyet (%12.5), bozulmuş mesane fonksiyonu (%10), düşük kitoral hassasiyet (%10), yara enfeksiyonu/abse (%7.5), kolon hasarı (%7.5), göğüste sertlik (%5.3), vajinal darlık (%2.5), kısa vajina (%2.5), genital koku (%2.5), klitoral asimetri (%2.5), klitoris nekrozu (%2.5) ve dışkılama sorunu (%2.5). Bu çalışmadaki vakaların dörtte birinde (yara enfeksiyonu/abse kolon hasarı, memede sertlik, vajinal darlık, kısa vajina ve klitoris nekrozu gelişen vakalarda) acil ameliyat veya reoperasyon yapılmıştır (Papadopoulos, 2017;1483-1492).

Horbach ve ark. tarafından yapılan ve toplam 26 çalışma, 1.563 vaka içeren sistematik incelemeye [metaanalize] göre, vajinoplastiden sonra gelişen ürogenital komplikasyonlar raporlanmıştır. Vakaların 1.461'inde penil cilt inversiyon vajinoplasti, 102'sinde ileal veya kolonik vajinoplasti yapılmıştır. Vakalarda görülen komplikasyonlar şu şekildedir; işeme fonksiyonunda değişiklik (%32), idrar kaçırma (%19), yara açılması (%12-33), neovajinada darlık (%12), genital ağrı (%3-9), vajinal nekroz (%2,7-4.2), rektal yaralanma (%2-4.2), rektovajinal fistül (%1-17), üretral darlık (%1-6), lokal apseler (%5), hematoma (%3), klitoral nekroz (%1-3) ve neovajinada sarkma (%1-2) (Horbach, 2015;1499-512).

Komplikasyon oranı alternatif bir yöntem olarak yapılan ileal veya kolonik vajinoplastide de yüksektir. Morrison ve ark. ileal veya kolonik segmentle yapılan vajinoplasti sonrasındaki genel komplikasyon oranını %58 olarak raporlamıştır. Bu çalışmada en sık görülen komplikasyonlar şunlardır; mukore-barsak salgısı (%29), neovajinal darlıklar/stenoz (%20), protrüzyon-sarkma (%6.1), rektovajinal fistül (%2.4), üretrovajinal fistül (%1.2) ve bağırsak tıkanıklığı (%1.2). Bu

çalışmada tespit edilen uzun vadeli komplikasyonlar ise şunlardır; neovajinal stenoz (%22.5), protrüzyon-sarkma (%15.6), bağırsak tıkanıklığı (%3.6), kolit (%2.5) ve prolapsus-ileri düzeyde sarkma (%2.4) (Morrison, 2015;386-394).

Vajinoplasti ameliyatından sonra görülen rektal-üretral fistüller, üriner inkontinans ve vajinal stenoz gibi komplikasyonlar hastanın günlük yaşamını sınırlayan ve ciddi düzeyde sıkıntı oluşturan komplikasyonlardır. Bu hastalar vajinal stenozu önlemek için ameliyattan sonra her gün birkaç kez (evde, işte) farklı büyüklükteki dilatörlerle vajinal dilatasyon/genişletme yapmak zorunda kalırlar. Bu özellikle ilk zamanlarda acı ve ızdırap verici bir işlemdir. Buna rağmen neovajinal stenoz bazı vakalarda kaçınılmazdır ve dilatasyonla da tedavi edilemez. Dilatör tedavisinin başarısız olduğu stenoz/darlık vakalarında revizyon ameliyatı ile neovajinal boşluğun yeniden oluşturulması ve boşluğun yeni bir greftle yeniden kaplanması gerekebilir (Ferrando, 2018;361-368).

5. Transseksüel Cerrahiye Bağlı Komplikasyonlar Bildirilenlerden Daha Fazladır

Naklettiğimiz bu veriler ameliyat olan transseksüellerin çoğunun yaşam boyunca idrar yapamama/zorlanma veya idrar kaçırma gibi şikâyetlerle mücadele etmek zorunda kaldıklarını gösteriyor. Ancak bu noktada iki önemli husus daha vardır. Birincisi, transseksüel cerrahi sonrasında yaşanan ürogenital sorunlar muhtemelen literatürde bildirilen oranlardan daha yüksektir (Robinson, 2021;800-811). Çünkü ameliyat olan transseksüeller ürogenital sorunlarını ifade etme konusunda oldukça çekingen davranıyorlar. Bu konuda çalışmaları olan *Kuhn ve ark.* transseksüellerin bu çekingenlikleri nedeniyle cerrahi sonrasındaki ürogenital sorunların muhtemelen eksik raporlandığını bildiriyor (Kuhn, 2007;226-30;Kuhn, 2011;2379-82). *Kamran ve ark.* tarafından yapılan kapsamlı bir araştırma, *Kuhn ve ark.*'nin bu yorumunu destekliyor; bu kapsamlı araştırmada, otuzdan fazla ülkede 85.395 transseksüel vakayı temsil eden 286 çalışma incelenmiş ve hastalar tarafından bildirilen sonuç ölçümleri (patient-reported outcome measures/PROM) değerlendirilmiş ve çoğu çalışmada hasta bildirimlerinin bulunmadığı veya eksik olduğu tespit edilmiştir (Kamran, 2023;e236425). İkincisi transseksüel cerrahinin (üretra darlığı, üriner fistüller ve enfeksiyonlar gibi) erken veya çok uzun olmayan dönemdeki komplikasyonlarını oldukça yüksek oranda gözlemlendiğini ve de tekrarlandığını biliyoruz. Bu nedenle ameliyat olan transseksüeller yaşam boyunca ürolojik

takibe mecbur kalıyor ve sıklıkla da ürolojik müdahalelere (reoperasyonlara) ihtiyaç duyuyorlar (Nikolavsky, 2018;425-435;Monstrey, 2011;229-44). Ancak transseksüel cerrahinin özellikle yeni yapılan neöüretanın böbrek ve mesane fonksiyonları üzerindeki uzun vadeli etkilerini ise bilmiyoruz, bu da çok önemli bir risktir.

Naklettiğimiz bu veriler ameliyat olan transseksüellerde gelişen ürogenital komplikasyonların literatüre tam olarak yansımadığını (literatürde bildirilen oranlardan daha fazla komplikasyon geliştiğini) düşündürüyor. Kaldı ki literatürde bildirilen komplikasyon oranları da oldukça yüksektir. O halde FtM trans bireyler neden kadın genital organlarını aldırma ve hormon kullanmakla yetinmiyorlar da [zorunlu olmadıkları halde, sunduğumuz vakada olduğu gibi] komplikasyon oranı oldukça yüksek bir cerrahi prosedür olan falloplasti ameliyatı ile neofallus da talep ediyorlar? Ediyorlar, çünkü trans erkeklerin %98'den fazlası -erkekliğin simgesi olarak kabul edilen- ayakta işlemeyi arzu ediyor (Nikolavsky, 2018;425-435). Bu, trans erkeklerde takıntı düzeyinde var olan bir arzudur. Bu arzudaki bir diğer olası neden de falloplasti talep eden transseksüellerin sağlık profesyonelleri tarafından komplikasyonlar konusunda yeterince bilgilendirilmemiş olmalarıdır. Ameliyat olunca ruhsal sorunlarının biteceğini düşünen transseksüellerin çoğu, psikiyatrik açıdan yeterli bir değerlendirmeye tabi tutulmadıkları gibi cerrahi komplikasyonlar açısından da olması gerektiği gibi bilgilendirilmiyorlar. Almanya'da yapılan güncel bir çalışma bunun böyle olduğunu gösteriyo. Cinsiyet değiştirmeye yönelik geçiş sürecini (transizyonu) başlatan ama sonra pişman olan/vazgeçen transseksüellerin yarısından fazlası (%55'i), geçişe başlamadan önce bir doktor veya psikiyatrist tarafından yeterince aydınlatılmadıklarını (yeterli bir değerlendirmeye tabi tutulmadıklarını) bildirmişlerdir (Vandenbussche, 2022;1602-1620). Oysa transseksüellerde sadece cinsiyet hoşnutsuzluğuna bağlı ruhsal sıkıntılar bulunmaz, buna sıklıkla başka psikiyatrik hastalıklar da eşlik eder (Dhejne, 2016;44-57). Bu yüzden cinsiyet disforik/transseksüel bireylerde derinlemesine bir psikiyatrik takip ve değerlendirme şarttır (Jorgensen, 2023;2173-2184;Micallef, 2022;137-145). Ancak literatür verileri maalesef bunun son yıllarda sıklıkla ihmal edildiğini ve medikal-cerrahi geçiş kararlarının kısa ve yüzeysel değerlendirmelerle verildiğini göstermektedir (Jorgensen, 2023;2173-2184).

6. Psikolojik Sorunlar Cerrahi Müdahalelerle Tedavi Edilebilir Mi?

Transseksüel cerrahi, konjenital veya anatomik bir patoloji nedeniyle değil, cinsiyetinden/bedeninden hoşnutsuz olan transseksüellerin ruhsal problemlerini iyileştirmek için yapılmaktadır, endikasyon için ileri sürülen temel argüman budur (Coleman, 2022;1-259; Turan, 2015;153-60). Ancak bu argümanı destekleyen kesin bir kanıt bulunmamaktadır. Transseksüellerin ruhsal sorunları cerrahiden sonra da devam eder (Dhejne, 2011;16885;Simonsen, 2016;241-47). Hatta yaklaşık beşte birinde bu sorunlar daha da artar, Robinson ve ark. tarafından yapılan sistematik bir incelemede falloplasti yapılan vakaların %19.4'ünde ruhsal sağlık ameliyattan sonra daha da kötüleşmişti (Robinson, 2021;800-811). Bu veriler, transseksüel cerrahide öncelikle bir endikasyon sorunu bulunduğunu veya cerrahi kararının medikal ve etik açıdan tartışmalı olduğunu göstermektedir (Jorgensen, 2023;2173-2184;Micallef, 2022;137-145).

Başta ürogenital organlar olmak üzere transseksüellerin anatomik ve işlevsel olarak hiçbir sorunu bulunmayan pek çok organı tartışmalı bir endikasyonla sakatlanıyor. Üreme ve cinsel işlevleri iptal ediliyor. Uygulanan cerrahi prosedürlere bağlı olarak vakaların yarısı ile üçte ikisinde yaşam kalitesini bozan sakatlayıcı ürogenital ve ekstra genital komplikasyonlar gelişiyor. Kısaca ruhsal sorunları çözülemediği gibi buna ilaveten anatomik ve işlevsel kayıplar, sakatlıklar ve cerrahi komplikasyonlar sorunlar ekleniyor. Bazı yazarlar tıpta cinsiyet hoşnutsuzluğu/transseksüellik dışında hiçbir psikopatoloji için önerilmeyen ve uygulanmayan böyle bir yaklaşımın (psikolojik sorunların tedavisi için kalıcı organ ve işlev kayıplarına neden olan cerrahi müdahalelerin) çelişkili olduğunu savunuyor ve bu çelişkiyi [transseksüellikle benzer şekilde uzuvdan kurtulma arzusu bulunan bazı psikopatolojiler üzerinden] şöyle izah ediyorlar (Micallef, 2022;137-145);

Hastalıktan muzdarip olan birey, likantropi, transablaizm (Beden Bütünlüğü Kimlik Bozukluğu) ve anoreksik bozukluk gibi psikolojilerde de [transseksüellerde olduğu gibi] bedeninden memnun değildir ve bazı uzuvlarından kurtulmak ister. Likantrop hasta kanat çırparak, uluyarak, hırslayarak veya sürünerek olduğunu veya dönüştüğünü iddia ettiği kurt, kuş, kurbağa, kaz, at, gergedan, yılan, yaban domuzu ve başka hayvan türlerine ait davranışlar sergileyebilir. Örneğin kendisini kuş sanan ve ellerini bacaklarını kesmek isteyen biri olarak karşımıza çıkabilir. Ancak likantrop bireyin bu talebi hiçbir zaman psikiyatristler ve cerrahlar tarafından makul bulunmaz ve

kurtulmak istedikleri elleri-bacakları kesilmez, bunun yerine psikoterapi ile bu sanrıları tedavi edilmeye çalışılır. Likantropinin kültüre bağlı mitler ve hikâyeler bağlamında ortaya çıkan, günümüzde de bu anlatıların internet ve dizi gibi medyatik ortamlarda yer alması sonucunda gelişen kültüre bağlı bir sendrom olduğu düşünülmektedir. Bu yönüyle klinik likantropi ile diğer sanrısız yanlış tanımlama sendromları arasında klinik bir örtüşme vardır (Guessoum, 2021;718101). Dolayısıyla birbirinden farklı olduğu sanılsa da rahatsız edici bir uzuvdan kurtulma arzusu, temelde trans bireyin penisinden veya memelerinden kurtulma arzusuna oldukça benzerdir (Micallef, 2022;137-145). Hatta karşılaştırıldığında, anoreksiya nervroza da kişinin vücudundan derin bir memnuniyetsizlik içermesi ve değiştirmeyi arzulaması açısından transgenderizme benzer bir bozukluktur. Ancak kendisini obez olarak gören aşırı kilolu anoreksik hastalar da hiçbir zaman liposuction vb kilo azaltıcı ameliyatlara tedavi edilmezler, bunun yerine psikiyatrik bir hasta/lık olarak kabul ve tedavi edilirler. Bir başka vücut dismorfisi olan transablaizmde de benzer bir durum vardır (transablaizm; bedensel olarak sağlıklı bir kişinin el ve bacak gibi bir uzvunu kesmek istemesi veya kör, sağır ve hatta felçli hale getirilerek engelli olmayı arzulamasıdır). Transablaik bireyin bu arzusu da hiçbir zaman haklı bulunmaz ve başka bir yaşam tarzı seçimi olarak değerlendirilmez. Bunun yerine bu sanrıları psikolojik olarak tedavi edilir. Tıpkı transseksüellerde olduğu gibi uzuvdan kurtulma arzusu bulunan bu psikopatolojilerde genel yaklaşım böyle iken, rahatsız olunan uzuv ameliyatla alınmazken, bedeninden rahatsız olan transların benzer talepleri haklı bulunuyor. Örneğin penisinden veya memelerinden kurtulmak isteyen trans bireyin benzer nitelikteki arzusu makul bulunuyor ve cerrahlar bu uzuvları ameliyatla alıyorlar. Neden? Oysa transseksüel bir erkeğin istenmeyen penisinden kurtulma arzusu ile likantrop, anoreksik ve transablaik bireyin rahatsız oldukları uzuvlarından kurtulma arzuları arasında oldukça yakın bir benzerlik vardır. Bunların tümü klinik olarak örtüşen/benzeşen sanrısız yanlış tanımlama sendromlarıdır (Guessoum, 2021;718101,Micallef, 2022;137-1451). Transseksüellerdeki uzuvdan kurtulma arzusu/sanrısı da temelde bu yanlış tanımlama sendromlarındaki sanrılara benzer. Bu yüzden de cerrahi müdahale ile tedavi edilemezler (Micallef, 2022;137-145). Nitekim transların ruhsal sağlığı ile ilgili güncel çalışmalar da bu verileri destekliyor. Az önce naklettiğimiz çalışma, falloplasti sonrasında vakaların yaklaşık beşte birinde ruh sağlığının daha da kötüleştiğini gösteriyordu (Robinson, 2021;800-811). Kaliforniya’da yapılan çok merkezli bir

başka araştırma da bu verileri destekliyor. Bu çalışmada 2009-2019 yılları arasında falloplasti yapılan 766 vaka taranıp kayıtlı 475 falloplasti hastası retrospektif olarak incelendiğinde, 253'ünün (%53,3) komplikasyonlara bağlı olarak ilk bir yıl içinde yeniden acile/hastaneye müracaat ettiği tespit edilmiştir. Üretral fistül veya darlık oranı %27.8 olan bu çalışmada acil servise müracaat nedeni vakaların %17.3'ünde psikiyatrik hastalıklardır (majör depresif bozukluk, bipolar bozukluk, şizofreni, anksiyete bozukluğu, kişilik bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, intihar düşüncesi veya kendine zarar verme öyküsü gibi) (Zhang, 2024;27-33). Bunun translardaki psikiyatrik hastalık oranı değil psikiyatrik hastalık nedeniyle acile yapılan müracaat oranı olduğuna dikkat edilmelidir. Zira translardaki psikiyatrik hastalık oranı çok daha yüksektir; transseksüellerin yaşam boyu “Eksen I psikiyatrik bozukluk tanısı” alma sıklığı %71'dir ve olguların %42'sinde en az bir kişilik bozukluğu bulunur (Hepp, 2005;259- 261).

Kaliforniya çalışmasının yazarları şu uyarıyı yapmayı da ihmal etmiyorlar; ‘komplikasyon oranı falloplasti ameliyatı için eyalet dışından gelen vakalarda özellikle Asyalı/Pasifikli hastalarda daha düşüktü.’ Bu durum eyalet dışındaki hastaların iyi takip edilemediğini [komplikasyon geliştiğinde bulundukları yerlerdeki hastanelere gittiklerini, ameliyat oldukları Kaliforniya'daki merkezlere gelemediklerini, dolayısıyla bu komplikasyonların çalışmaya dahil edilemediğini] gösteriyordu. Bu çalışmada falloplasti ameliyatı için eyalet dışından gelen hasta oranı %34'tü (Zhang, 2024;27-33). Sonuç olarak vakaların üçte birinde gelişen komplikasyonlar bulgulara tam olarak yansıtılamamıştı. Ayrıca çalışmada 766 falloplasti vakasının tamamı değil yalnızca kayıtlı olan 475'i incelenebilmiş, 291'i [%38'i] incelenememişti. İncelenemeyen bu vakalarla beraber incelenen gruptaki %34'lük eyalet dışı vaka grubu birlikte değerlendirildiğinde şunu söylemek mümkün olur; bu çalışma 766 falloplasti vakasının en az yarısında gelişen komplikasyonları tespit edemedi. Eğer tespit edilebilse idi, muhtemelen komplikasyon oranı bildirilen bu oranlardan daha yüksek olurdu. Nitekim bu konuda Wang ve ark. tarafından yapılan ve toplam 39 çalışma/1.731 vakanın analiz edildiği sistematik bir inceleme, falloplasti ameliyatı sonrasında gelişen genel komplikasyon oranını %76.5, üretral fistülü %34.1 ve üretra darlığını %25.4 olarak raporlamaktadır (Wang, 2022;499-512).

7. Transseksüellerde kısalan ömür ve mutsuz yaşam

Transseksüel cerrahi için ileri sürülen temel gerekçe ruhsal sıkıntılardır. Translardaki psikolojik sorunların tedavisi için [geriye dönüşü imkânsız] organ ve işlev kayıplarına neden olan radikal cerrahiler bu amaçla yapılıyor. Ancak görece eski ve yeni çalışmalar bu cerrahiler için haklı ve kesin bir kanıt sunamıyor. Örneğin *Sorensen* tarafından Danimarka’da yapılan görece eski bir çalışma (1981), transseksüel operasyonların yeniden sosyalleştirici olmadığını, aksine anti-sosyalleştirici olduğunu bildiriyordu. Çalışmadaki transseksüellerin yaklaşık %66’sı yalnız yaşıyordu ve cinsel partneri veya ilişkisi yoktu. Cinsel ilişkisi olanların çoğu da sorun yaşıyordu. Vakaların %50’si vajinanın yeniden ameliyat edilmesini gerektiren komplikasyonlar ve subjektif sorunlar nedeniyle ilave cerrahilere ihtiyaç duymuştu. Çekirdek gruptaki kişiler daha az cerrahi düzeltme gereksinimi yaşamış ve cerrahi sonuçtan daha fazla memnun kalmışlardı. Ayrıca diğerlerine göre daha iyi bir psikik duruma sahiptiler. Bu grupta cinsiyet değişikliğinin avantajları dezavantajlarından daha ağır basıyor gibiydi ancak çekirdek gruba ait olmayan kişiler arasında öznel ve nesnel sorunlar o kadar belirgin görünüyordu ki, *Sorensen*; “*bu hastalara, ameliyat öncesi subjektif olarak tatmin edici olmayan durumlarına rağmen ameliyat önerilmemelidir*” diyor (*Sorensen*, 1981;486-503).

İsveç ve Danimarka’da yapılan güncel çalışmalar da transseksüel operasyonlarla ilgili verilerde zamanla bir değişiklik olmadığını gösteriyor. 1970’li yıllardan 2010’lu yıllara kadar ameliyat olan transların takip edildiği İsveç kohortu [bu konudaki en uzun ve en kapsamlı çalışmadır], transseksüellerdeki ruhsal sorunların ameliyattan sonra da devam ettiğini gösteriyor (*Dhejne*, 2011;16885). *Robinson* ve ark. tarafından yapılan başka bir çalışma ise vakaların yaklaşık beşte birinde ruhsal sorunların ameliyattan sonra daha da arttığını bildiriyor (*Robinson*, 2021;800-811). Ancak asıl dramatik sonuç yaşam süresindeki kısaltmada gözleniyor. Danimarka’da yapılan güncel bir çalışmada 1978-2010 yılları arasında cinsiyet değiştiren neredeyse tüm transseksüeller [vakaların %98’i] incelenmiş ve üçte birinde [alkol-sigara, kalp, akciğer ve kas-iskelet hastalığı gibi] somatik bir durumun bulunduğu, vakaların yaklaşık onda birinin öldüğü ve Danimarka toplumunda beklenen ortalama yaşam süresi kadınlarda 81.9, erkeklerde 78 iken trans bireylerdeki ortalama ölüm yaşının 53.5 olduğu tespit edilmiştir (*Simonsen*, 2016;241-47). Yani ameliyat olan transseksüeller 25-28 yıl daha erken ölmüşlerdir. Çünkü hormon kullanıyor ve pek çok ameliyat

geçiriyorlar; başta kanser, akciğer ve kalp-damar hastalıkları olmak üzere pek çok ölümcül hastalıkları oluyor, bunlara cerrahiye bağlı komplikasyonlar, enfeksiyonlar, yoğun psikiyatrik sorunlar ve intiharlar da eklenince (Simonsen, 2016;60-8), neticede yaşam süresi ortalama 25-28 yıl kısalıyor. Ancak translar yaşarken de mutlu olamıyorlar. Ameliyattan önce de sonra da yoğun ruhsal sorunlar yaşıyorlar (Dhejne, 2011;16885;Robinson, 2021;800-811; Simonsen, 2016;241-47). Ama ameliyattan sonra bu ruhsal sorunlara (reoperasyonlar, genital ağrılar, idrar yapmada zorluk, fistül, inkontinans ve cinsel sorunlar gibi) komplikasyonlar eklenince yaşam kaliteleri ciddi anlamda düşüyor (Kuhn, 2009;1685-89). Kuhn ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada (52'si erkekten kadına, 3'ü kadından erkeğe) transseksüel cerrahi yapılan toplam 55 trans bireyin ameliyattan 15 yıl sonra yaşam kalitesi ve hasta memnuniyeti anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Kuhn, 2007;226-30). En sık memnuniyetsizlik nedeni olarak da üriner sorunlar ve cinsel problemler (ürogenital sorunlar) gösterilmiştir. Operasyondan 15 yıl sonra bu bireylerin genel sağlık durumu daha kötü ve rol kısıtlılığı, fiziksel kısıtlılık ve kişisel limitasyonlar nedeniyle yaşam kalitesi daha düşüktü.

8. Transseksüel cerrahi ile ilgili etik tartışmalar

Hollanda'da yapılan yeni bir araştırma, cinsiyet hoşnutsuzluğu/transseksüalite konusunda medikal olarak yeni yaklaşımlara ihtiyaç bulunduğunu ve cerrahiden özellikle de erken cerrahi müdahalelerden kaçınılması gerektiğini gösteriyor. Ocak 2024'te yayınlanan bu çalışmada 2.772 çocuk-ergen takip edilmiş ve erken ergenlik döneminde %11 olan cinsiyet hoşnutsuzluğunun yaşla birlikte azaldığı ve son takibin yapıldığı 26 yaş civarında %4'e gerilediği gözlenmiştir; vakaların %78'inde hiç kalmamış, %19'unda azalmış ve %2'sinde artmış (Rawee, 2024). Yani cinsiyet hoşnutsuzluğu gerilemeyen [transseksüel olan] olgu oranı %2'lere düşmüş. Erken dönemden itibaren psikososyal desteğin sağlanması ve takibin de otuzlu yaşlara kadar devam ettirilmesi halinde bu oranın %1'in altına düşeceği tahmin edilebilir. Ancak bu oran %2'de kalsa bile cinsiyet hoşnutsuzluğu vakaların %98'inde gerilemiş oluyor. Bu durum yirmili yaşlarda yapılan transseksüel cerrahilerin önemli bir bölümünün gereksiz yere yapıldığını, pek çok vakada organ, doku ve işlev kayıplarının gereksiz yere yaşandığını [bu vakaların ürogenital ve ekstra genital olarak gereksiz yere sakatlandıklarını] gösteriyor. Bu tıbbın "önce zarar verme" şeklindeki kadim ilkesini ihlal eden ve bizzat sağlık profesyonelleri tarafından oluşturulan

iyatrojenik bir hasardır; sistematik olarak gerçekleşen ve çok ciddi zararlara neden olan bir iyatrojenik hasar.

Naklettiğimiz bu veriler transseksüel cerrahi konusunda öncelikle bir endikasyon sorunu bulunduğunu gösteriyor. Trans cerrahi için risk-fayda analizini içeren ve nihai tabloda sonucun faydalı olduğunu gösteren kesin bir kanıt [haklı bir gerekçe] bulunmuyor. Buna rağmen, geriye dönüşümü olmayan, organ ve işlev kayıplarına neden olan, komplikasyon oranı oldukça yüksek, ürogenital ve ekstra genital sakatlanmalara neden olan bu cerrahi prosedürler, halen ruhsal sağlığın iyileştirilmesi gerekçesi ile öneriliyor ve yapılıyor (Coleman, 2022;1-259;Turan, 2015;153-60). Ancak tabiki cerrahi komplikasyonları ve biyoetik ve medikolegal ikilemleri nedeniyle tartışılıyor. Transseksüel tıpta en sık karşılaşılan biyoetik sorunlar optimal tedavinin ne olduğu (bu konuda bir uzlaşma yoktur), yasal tanınmanın bir gereği olarak yapılan kısırlaştırma (kalıcı infertilite), doğurganlığın ve ebeveynliğin rolü ve cinsiyet değiştirme sonrasında yaşanan pişmanlıklardır (Bizic, 2018;305;Shteyler, 2021;922-923). Son yıllarda cinsiyet değiştirdikten sonra pişman olan ve bu pişmanlıkla ilgili deneyimlerini paylaşan pek çok detrans/detransizyoner oldu (Levine, 2022;706-727; Littman, 2021;3353-3369;MacKinnon,2022;235-259; Marchiano, 2021;813-832; Turban 2021273-280;Vandenbussche, 2022;1602-1620). Bu duruma paralel olarak pişmanlık ve detransizyon konusunda ciddi bir literatür de birikmeye başladı (Exposito-Campos, 2021;270-280; Irwig, 2022;356;Jorgensen, 2023;2173-2184;Levine, 2022;706-727; Littman, 2021;3353-3369; MacKinnon, 2023;381;MacKinnon,2022;235-259; Marchiano, 2021;813-832; Sansfacon, 2023;e2402;Turban 2021273-280;Vandenbussche, 2022;1602-1620. Doğal olarak bu durum özellikle cinsiyet hoşnutsuzluğu bulunan gençlerde en uygun medikal yaklaşımın ne olduğu konusundaki tartışmaları ve mesleki anlaşmazlıkları da artırmış görünüyör (Block, 2023;380;382;Jorgensen, 2023;2173-2184).

9. Cinsiyet değiştirilebilir mi?

Cinsiyet herhangi bir tıbbî veya cerrahî müdahale ile değiştirilemez. Cinsiyet değiştirmeye yönelik cerrahi girişimler ruhsal sorunlar gerekçesi ile yapılmaktadır; ancak iddia edilenin aksine psikososyal açıdan iyi sonuçlar doğurmamaktadır. Yirmi altı yılı baş psikiyatrist olmak üzere 40 yıldır John Hopkins Üniversitesinde çalışan ve transizyon/geçiş süreçlerini gözlemleyen

Dr.McHugh'un de belirttiği gibi, bunun nedenlerinden biri de cinsiyet değiştirmenin imkânsız olması ve "sahte bir cinsel kıyafetle yaşamının ne kolay ne de akıllıca olduğunun kanıtlanmasıdır." Ama bunun biyolojik temeli de var; bir organizmanın cinsiyeti, onun cinsel üreme için nasıl organize edildiğine ve nasıl tanımlandığına göre belirlenir (Anderson, 2018).

Üreme ve cinsel işlevle ilgili [ürogenital] organlar da tüm organlar gibi embriyolojik hayatta [anne karnında] şekillenir ve ait olduğu cinsiyet göre işlev kazanırlar. Ve bu işlevler tıbbî veya cerrahî müdahalelerle değiştirtilemezler. Sperm üreten bir erkek oosit üreten bir kadına, oosit üreten bir kadın da sperm üreten bir erkeğe dönüştürülemez, bu imkânsızdır. Entegre bir sistem gibi çalışan bu organlara ancak doğumsal veya edinsel anomaliler varsa müdahale edilebilir. Anatomik ve/veya işlevsel bir bozukluk yoksa [ki transseksüellerde yoktur], sağlam organ ve dokuları sakatlayan, kalıcı işlev kayıplarına neden olan, üreme işlevini irreversibl olarak tamamen, cinsel işlevi önemli oranda ve işeme/üriner işlevi de önemli oranda sakatlayan [bireyi ürogenital olarak mutile eden] transseksüel cerrahi hangi endikasyonla yapılmaktadır? İleri sürülen tek gerekçe transseksüellerdeki ruhsal sorunlardır. Ancak daha önce de ifade edildiği gibi transseksüel cerrahi ruhsal sorunları tedavi edememekte hatta bazı hasta gruplarında bu sorunlar daha da artmaktadır(Dhejne, 2011;16885;Robinson, 2021;800-811; Simonsen, 2016;241-47).

Bu durum doğal olarak transseksüel cerrahileri etik açıdan da tartışmalı hale getirmiştir. Biyoetik, özgürlük ve felsefe alanında yazıları ve kitabı olan Ryan Anderson, *"Sex Reassignment Doesn't Work. Here Is the Evidence/Cinsiyet Değiştirme İşe Yaramıyor. İşte Kanıt"* başlıklı makalesinde konuyu sadece tıbbî verilerle değil [ilaveten] etik ve felsefi açıdan da ele alıyor. Anderson görüşlerini bilimsel analiz içeren alıntılarla destekliyor ve şöyle diyor;

"Harri Sally Olunca/When Harry Became Sally: Responding to the Transgender Moment" adlı kitabımda da gösterdiğim gibi, tıbbi kanıtlar, cinsiyet değiştirmenin, kendini transseksüel olarak tanımlayan kişilerin karşılaştığı psikososyal zorluklara yeterince çözüm getirmediğini gösteriyor. Prosedürler teknik ve kozmetik açıdan başarılı olsa bile geçiş yapanlar, nispeten "trans dostu" kültürlerde bile hâlâ kötü sonuçlarla karşı karşıya kalıyor (Anderson, 2018).

Anderson, haklı olarak "Kitabımda da açıkladığım gibi, bu sonuçlar, cinsiyet değiştirme prosedürlerine yönelik pervasızca koşuşturmayı durdurmak için

yeterli olacaktır/olmalıdır” diyor. Şöyle devam ediyor; “Üstelik bunların hiçbiri, çocukların bedenlerini dönüştürmek için yönlendirilen radikal, tamamen deneysel tedavilere değinmiyor bile... Bu sonuçlar, cinsiyet kimlikleriyle mücadele eden insanlara yardım etmek için bizi daha iyi terapiler geliştirmeye teşvik etmelidir.”(Anderson, 2018).

Anderson’a göre bir organizmanın cinsiyeti, onun [kendisinin] cinsel üreme için nasıl organize edildiğine ve tanımlandığına göre belirlenir. Bu, sinir bilimci Maureen Condic ve filozof kardeşi Samuel Condic'in açıkladığı gibi, doğal organizasyonun "bir organizmanın tanımlayıcı özelliği" olduğu gerçeğinin yalnızca bir tezahürüdür (Anderson, 2018). Şöyle ki;

Organizmalarda “Çeşitli parçalar... bir bütün olarak varlığın refahı için işbirliği içinde etkileşimde bulunacak şekilde organize edilmiştir. Organizmalar, mikroskobik tek hücrelerden tonlarca ağırlıktaki ispermeçet balinalarına kadar çeşitli seviyelerde var olabilir, ancak bunların hepsi, bütünüün uğruna parçaların entegre işleviyle karakterize edilir.

Erkek ve dişi organizmalar, hem kendi bütünleri hem de daha büyük bir bütün [cinsel birleşme ve üreme] adına işlevsel olarak bütünleşmiş farklı parçalara sahiptir. Yani bir organizmanın cinsiyeti [erkek ya da kadın olarak] cinsel üreme eylemlerinin organizasyonu tarafından tanımlanır. Bir statü olarak cinsiyet [erkek ya da kadın] cinselliği bir eylem olarak gerçekleştirebilecek bir bedenin örgütlenmesinin tanınmasıdır.

Bu organizasyon yalnızca hangi cinsiyetten olduğunuzu anlamamanın en iyi yolu değildir. Kadın ve erkek kavramlarını anlamlandırmanın tek yolu da budur. "Erkeklik" veya "dişilik", cinsel üremedeki iki işlevden birine yönelik temel fiziksel kapasiteniz değilse, başka ne anlama gelebilir? Üreme organizasyonuna dayalı olarak erkek ve kadın arasındaki kavramsal ayrım, iki cinsiyeti sınıflandırmanın tek tutarlı yolunu sağlar. Bunun dışında sahip olduğumuz tek şey stereotiplerdir.

Modern bilim, cinsel organizasyonumuzun DNA'mızla ve anne karnındaki gelişimimizle başladığını, cinsiyet farklılıklarının moleküler düzeye kadar pek çok vücut sistemi ve organında kendini gösterdiğini göstermektedir. Başka bir deyişle, üremedeki iki işlevden birine yönelik fiziksel organizasyonumuz, yaşamın başlangıcından itibaren varlığımızın her düzeyinde bizi organik olarak şekillendirmektedir.

Estetik cerrahi yaptırmak ve karşı cinse ait hormonları kullanmak bizi karşı cinse dönüştüremez. Görünüşleri etkileyebilirler. Üreme organizasyonumuzun bazı dışsal ifadelerini engelleyebilir veya onlara zarar verebilirler. Yani üreme işlevini iptal edebilirler. Ama onu dönüştüremezler. Bizi bir cinsiyetten diğerine çeviremezler (Anderson, 2018).

Sonuç ve Değerlendirme

Sunduğumuz bu veriler ameliyat olan transseksüellerin [uygulanan genital cerrahiye bağlı olarak] üçte ikisi ile dörtte üçünde ürogenital komplikasyon yaşadığını, bunların yarısından fazlasında reoperasyon gerektiğini ancak buna rağmen vakaların önemli bir bölümünde sonucun başarısızlıkla neticelendiğini, kısaca ameliyat olan transseksüellerde genital ve ekstra genital sakatlanmaların meydana geldiğini ve dahi yaşam kalitesinin anlamlı düzeyde düştüğünü göstermektedir. Veriler ayrıca transseksüellerdeki ruhsal sorunların ameliyattan sonra da devam ettiğini, trans bireylerin yaşam boyunca bu sorunlarla mücadele etmek zorunda kaldıklarını, intiharlar, cerrahi komplikasyonlar, reoperasyonlar ve hormonlara bağlı hastalıklar nedeniyle yaşam süresinin ortalama 25-28 yıl kısaltıldığını da gösteriyor (Simonsen, 2016;60-8). Ruhsal sorunlarının biteceğini düşünerek (bu beklentiye sokularak) ameliyat olan, bu uğurda kalıcı organ ve işlev kayıpları yaşayan transseksüeller, ruhsal sorunlarından kurtulamadıkları gibi bazılarında bu sorunlar daha da artıyor. İlaveten cerrahiye bağlı ciddi sorunlar yaşamaya başlıyor ve yaşam boyunca bunlarla mücadele etmek zorunda kalıyorlar. Bu durum transseksüel bireyin yaşam kalitesini ciddi anlamda düşürmekte, önemli bir bölümünde ruhsal sorunları artırmakta ve hatta bu vakaların bir bölümü belki de bu yüzden (ameliyat olduğu için) pişman olmaktadır. Son yıllardaki yayınlar sosyal, medikal ve cerrahi geçiş sonrasında pişmanlık yaşayan önemli sayıda detrans/detransizyoner olduğunu raporlamaktadır (Exposito-Campos, 2021;270-80;Irwig, 2022;356;Jorgensen, 2023;2173-84;Levine, 2022;706-27;Littman, 2021;3353-69;MacKinnon, 2022;235-59;MacKinnon, 2023;e073584;Marchiano 2021;813-32;Sansfacon, 2023;e2402;Turban, 2021;273-80;Vandenbussche, 2022;1602-20).

Güncel çalışmalar cinsiyetini değiştirmek isteyen ve bu amaçla cerrahi talep eden transseksüellerin ameliyat öncesi süreçte psikiyatrik olarak yeterli değerlendirmeye tabi tutulmadıklarını, derinlemesine incelemeler yerine yüzeysel ve kısa değerlendirmelerle yetinildiğini ve cerrahi komplikasyonlar

açısından da yeterince bilgilendirilmediklerini gösteriyor (MacKinnon, 2023;e073584;Vandenbussche, 2022;1602-20). Etik ve medikolegal sorunlar içeren bu durum sağlık profesyonelleri açısından risk oluşturduğu gibi uzmanlar arasındaki anlaşmazlıkları da artırıyor (Bizic, 2018; 9652305;Jorgensen, 2023;2173-84;Shteyler &Adashi, 2021;922-23).

Transseksüellerde sadece cinsiyet hoşnutsuzluğuna bağlı sıkıntılar görülmez, buna sıklıkla başka psikiyatrik hastalıklar da eşlik eder (Dhejne, 2016;44-57). Transseksüel cerrahi bazı translarda cinsiyet hoşnutsuzluğuna bağlı sıkıntıları kısmen azaltabilir; ancak transseksüellerin ruhsal sorunlarını iyileştiremez. Transseksüellerin böyle bir beklentiye sokulması medikolegal açıdan tartışmalı ve risklidir, çünkü bu konuda kesin bir kanıt yoktur. Hatta aksini gösteren kanıtlar vardır (Dhejne, 2011;16885;Robinson, 2021;800-811; Simonsen, 2016;241-47).

Sonuç olarak transseksüellerin ruhsal sorunları cerrahiden sonra da devam etmekte hatta vakaların yaklaşık beşte birinde bu sorunlar daha da artmakta, vakaların yarısı ile dörtte üçü arasında yaşam kalitesini düşüren cerrahi komplikasyonlar gelişmekte, cinsiyet hoşnutsuzluğu veya transseksüelliğin optimal tedavisinin ne olduğu konusunda bir uzlaşma bulunmamakta ve son yıllarda bu konudaki etik ve medikolegal tartışmaların arttığı görülmektedir. Bu durum cinsiyet hoşnutsuzluğuna ilaveten sıklıkla başka psikiyatrik hastalıkların da eşlik ettiği transseksüellerin tedavisinde, tıbbın “önce zarar verme” şeklindeki kadim ilkesi doğrultusunda dikkatli ve uzun takiplerin gerektiğini göstermektedir. Bu ilke doğrultusunda hareket edilerek geriye dönüşümü olmayan, organ, doku ve işlev kayıplarına neden olan sakatlayıcı cerrahi müdahalelerden kaçınılmalı, bu cerrahilerde acele edilmemeli, cinsiyet hoşnutsuzluğu vakaları psiko-sosyal destek altında otuzlu yaşlara kadar takip edilmeli ve optimal tedavi arayışı bağlamında alternatif tedavi seçeneklerini de içeren yeni çalışmalar yapılmalıdır. Bunun için de bu perspektife uygun bilimsel araştırmaların önündeki ideolojik ve doktriner engeller kaldırılmalıdır.

Kaynakça | References

- Akhavan AA, Sandhu S, Ndem I, Ogunleye AA (2021). A review of gender affirmation surgery: What we know, and what we need to know. *Surgery*. 170(1):336-340. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2021.02.013>.
- Anderson RT (2018). Sex Reassignment Doesn't Work. Here Is the Evidence; <https://www.heritage.org/gender/commentary/sex-reassignment-doesnt-work-here-the-evidence>
- Bayraktar Z (2024). *Transseksüel Cinsiyetin Değişimi Mi İptali Mi? Yüzleşme Yayınları*, İstanbul
- Bizic MR, Jeftovic M, Pusica S, Stojanovic B, Duisin D, Vujovic S, Rakic V, Djordjevic ML (2018). Gender Dysphoria: Bioethical Aspects of Medical Treatment. *Biomed Res Int*. 2018 Jun 13;2018:9652305. doi: 10.1155/2018/9652305. eCollection 2018.
- Block J (2023). Gender dysphoria in young people is rising-and so is professional disagreement. *BMJ*. 380:382. doi: 10.1136/bmj.p382.
- Coleman E, Radix AE, Bouman WP, et al (2022). Arcelus J. Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health*. 23(Suppl 1):S1-S259. doi: 10.1080/26895269.2022.2100644.
- Dhejne C, Lichtenstein P, Boman M et al (2011). Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden. *PLoS One*. 6(2): e16885.
- Dhejne C, Van Vlerken R, Heylens G, Arcelus J (2016). Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *Int Rev Psychiatry*. 28(1):44-57. doi: 10.3109/09540261.2015.1115753
- Drinane JJ, Santucci R (2020). What urologists need to know about male to female genital confirmation surgery (vaginoplasty): techniques, complications and how to deal with them. *Minerva Urol Nefrol*. 72(2):162-172. <https://doi.org/10.23736/S0393-2249.20.03618-8>

- Esmonde N, Bluebond-Langner R, Berli JU (2018). Phalloplasty Flap-Related Complication. *Clin Plast Surg.* 45(3):415-424. doi: 10.1016/j.cps.2018.03.017.
- Exposito-Campos P (2021). A typology of gender detransition and its implications for healthcare providers. *Journal of Sex and Marital Therapy.* 47(3):270-280.
- Fascelli M, Sajadi KP, Dugi DD, Dy GW (2023). Urinary symptoms after genital gender-affirming penile construction, urethral lengthening and vaginectomy. *Transl Androl Urol.* 31;12(5):932-943. doi: 10.21037/tau-22-675
- Ferrando CA (2018). Vaginoplasty Complications. *Clin Plast Surg.* 45(3):361-368.
- Giovanardani G (2017). Buying time or arresting development? The dilemma of administering hormone blockers in trans children and adolescents. *Porto Biomed J* 2:153-56. <https://doi.org/10.1016/j.pbj.2017.06.001>
- Guessoum SB, Benoit L, Minassian S, Mallet J, Moro MR (2021). Clinical Lycanthropy, Neurobiology, Culture: A Systematic Review. *Front Psychiatry.* 11;12:718101. doi: 10.3389/fpsyt.2021.718101. eCollection 2021
- Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, et al (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *Journal of Clinical Endocrinology Metabolism.* 102(11):3869-3903. doi: 10.1210/jc.2017-01658.
- Hepp U, Kraemer B, Schnyder U, Miller N, Delsignore A (2005). Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *J Psychosom Res,* 58:259- 261.
- Horbach SER, Bouman MB, Smit JM, et al (2015). Outcome of vaginoplasty in male-to-female transgenders: a systematic review of surgical techniques. *J Sex Med* 12(6):1499-512.
- <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.033>
- <https://www.heritage.org/gender/commentary/sex-reassignment-doesnt-work-here-the-evidence>
- Hu CH, Chang CJ, Wang SW, Chang KV (2022). A systematic review and meta-analysis of urethral complications and outcomes in transgender men. *J*

Plast Reconstr Aesthet Surg. 75(1):10-24.
<https://doi.org/10.1016/j.bjps.2021.08.006>

Irwig MS (2022). Detransition Among Transgender and Gender-Diverse People- An Increasing and Increasingly Complex Phenomenon, June 2022, The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 107(4) DOI:10.1210/clinem/dgac356

Jokić-Begić N, Korajlija AL, Jurin T (2014). Psychosocial adjustment to sex reassignment surgery: A qualitative examination and personal experiences of six transsexual persons in Croatia. The Scientific World Journal. 25;2014:960745.

Jorgensen SCJ (2023). Transition Regret and Detransition: Meanings and Uncertainties. Arch Sex Behav. 52(5):2173-2184.

Jun MS, Crane CN, Santucci RA (2020). What urologists need to know about female-to-male genital confirmation surgery (phalloplasty and metoidioplasty): techniques, complications, and how to deal with them. Minerva Urol Nefrol. 72(1):38-48.

Kamran R, Jackman L, Chan C, et al (2023). Implementation of Patient-Reported Outcome Measures for Gender-Affirming Care Worldwide: A Systematic Review. JAMA Netw Open. 3;6(4):e236425.

Krakowsky Y, Shah G, Nguyen AV, et al (2024). Gender-affirming care in urology: emergency care of the gender-affirming surgical patient-what the primary urologist needs to know. BJU Int. 133(2):124-131. doi: 10.1111/bju.16249.

Kuhn A, Bodmer C, Stadlmayr W, Kuhn P, Mueller MD, Birkhäuser M (2009). Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. Fertility and Sterility. 92(5): 1685-89.

Kuhn A, Hildebrand R, Birkhäuser M (2007). Do transsexuals have micturition disorders? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 131(2):226-30.

Kuhn A, Santi A, Birkhäuser M (2011). Vaginal prolapse, pelvic floor function, and related symptoms 16 years after sex reassignment surgery in transsexuals. Fertil Steril. 95(7):2379-82.

- Levine SB, Abbruzzese E, Mason JW (2022). Reconsidering informed consent for trans-identified children, adolescents, and young adults. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 48(7):706–727. doi: 10.1080/0092623X.2022.2046221.
- Littman L (2021). Individuals Treated for Gender Dysphoria with Medical and/or Surgical Transition Who Subsequently Detransitioned: A Survey of 100 Detransitioners. *Arch Sex Behav*. Nov;50(8):3353–3369.
- Ludvigsson JF, Adolfsson J, Hoistad M, Rydelius PA, Kristrom B, Landen M (2023). A systematic review of hormone treatment for children with gender dysphoria and recommendations for research. *Acta Paediatrica*. 112(11):2279–2292. doi: 10.1111/apa.16791.
- MacKinnon KR, Expósito-Campos P, Gould WA (2023). Detransition needs further understanding, not controversy. *BMJ*. 14;381:e073584.
- MacKinnon KR, Gould AW, Ashley F, Enxuga G, Kia H, Ross LE (2022). (De)transphobia: Examining the socio-politically driven gender minority stressors experienced by people who detransitioned. *Bulletin of Applied Transgender Studies*. 1(3):235–259. doi: 10.57814/8nd4-6a89.
- Marchiano L (2021). Gender detransition: A case study. *Journal of Analytical Psychology*. 66(4):813–832. doi: 10.1111/1468-5922.12711.
- Micallef C (2022). The Transgender Journey and its Psychiatric Implications: A Case Observation and Comparative Analysis between Transgenderism and Clinical Lycanthropy. *Int J Med. Public Health*. 12(3):137–145.
- Monstrey SJ, Ceulemans P, Hoebeke P (2011). Sex Reassignment Surgery in the Female-to-Male Transsexual. *Semin Plast Surg*. 25(3):229–44.
- Morrison S, Shakir A, Vyas K, et al (2016). Phalloplasty: a review of techniques and outcomes. *Plast Reconstr Surg* 138(3):594–615.
- Morrison SD, Satterwhite T, Grant DW, Kirby J, Laub DR Sr, VanMaasdam J (2015). Long-Term Outcomes of Rectosigmoid Neocolporrhaphy in Male-to-Female Gender Reassignment Surgery. *Plast Reconstr Surg*. 136(2):386–394. doi: 10.1097/PRS.0000000000001459.
- Moxon SP (2015). Stress mechanism is sex-specific: female amelioration or escape from stress to avoid compromising reproduction contrasts with

male utilisation or in effect manufacture of stress to fulfil male 'genetic filter' function. *New Male Studies*, 4(3) 50-62.

National Institute of Health and Care Excellence (NICE). (2020). Evidence review: Gender-affirming hormones for children and adolescents with gender dysphoria. <https://cass.independent-review.uk/nice-evidence-reviews/>

Nikolavsky D, Hughes M, Zhao LC (2018). Urologic Complications After Phalloplasty or Metoidioplasty. *Clin Plast Surg*. 45(3):425-435. doi: 10.1016/j.cps.2018.03.013.

Papadopoulos NA, Zavlin D, Lellé JD, et al (2017). Combined vaginoplasty technique for male-to-female sex reassignment surgery: Operative approach and outcomes. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*.70(10):1483-1492

Peters BR, Sikora Z, Timmins BH, Berli JU (2022). Nerve morbidity at the radial forearm donor site following gender-affirming phalloplasty. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 75(10):3836-3844. doi: 10.1016/j.bjps.2022.06.075.

Rawee P, Rosmalen JGM, Kalverdijk L, Burke SM (2024). Development of Gender Non-Contentedness During Adolescence and Early Adulthood. *Arch Sex Behav*. doi: 10.1007/s10508-024-02817-5.

Robinson IS, Blasdel G, Cohen O, et al (2021). Surgical Outcomes Following Gender Affirming Penile Reconstruction: Patient-Reported Outcomes From a Multi-Center, International Survey of 129 Transmasculine Patients. *J Sex Med*. 18:800-811.

Sansfacon AP, Gelly MA, Gravel R, Medico D, Baril A, Susset F, Paradis A (2023). A nuanced look into youth journeys of gender transition and detransition. *Infant and Child Development*, e2402. <https://doi.org/10.1002/icd.2402>

Sansfacon AP, Gelly MA, Gravel R, Medico D, Baril A, Susset F, Paradis A (2023). A nuanced look into youth journeys of gender transition and detransition. *Infant and Child Development*, e2402. <https://doi.org/10.1002/icd.2402>

Santucci RA (2018). Urethral Complications After Transgender Phalloplasty: Strategies to Treat Them and Minimize Their Occurrence. *Clin Anat*. 31(2):187-190.

- Shteyler VM, Adashi EY (2021). Medicolegal issues surrounding legal sex designations. *Fertil Steril.* 116(4):922-923. doi: 10.1016/j.fertnstert.2021.08.020
- Shteyler VM, Adashi EY. Medicolegal issues surrounding legal sex designations. *Fertil Steril.* 2021 Oct;116(4):922-923. doi: 10.1016/j.fertnstert.2021.08.020
- Simonsen RK, Giraldi A, Kristensen E, Hald GM (2016). Long-term follow-up of individuals undergoing sex reassignment surgery: Psychiatric morbidity and mortality. *Nord J Psychiatry.* 70(4):241-47.
- Simonsen RK, Hald GM, Kristensen E, Giraldi A (2016). Long-Term Follow-Up of Individuals Undergoing Sex-Reassignment Surgery: Somatic Morbidity and Cause of Death. *Sex Med.* 4(1):e60-8.
- Sorensen T (1981). A follow-up study of operated transsexual males. *Acta psychiat. scand.* 63, 486-503.
- Turan Ş, Aksoy-Poyraz C, İnce E, Sakallı Kani A, Emül HM, Duran A (2015). Cinsiyet Değiştirme Ameliyatı İçin Psikiyatri Kliniğine Başvuran Transseksüel Bireylerin Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26(3):153-60.
- Turban JL, Loo SS, Almazan AN, Keuroghlian AS (2021). Factors Leading to "Detransition" Among Transgender and Gender Diverse People in the United States: A Mixed-Methods Analysis. *LGBT Health.* 8(4):273-280.
- Vandenbussche E (2022). Detransition-Related Needs and Support: A Cross-Sectional Online Survey. *J Homosex.* 29;69(9):1602-1620.
- Veerman H, de Rooij FPW, Al-Tamimi M, et al (2020). Functional Outcomes and Urological Complications after Genital Gender Affirming Surgery with Urethral Lengthening in Transgender Men. *J Urol.* 204(1):104-109. doi: 10.1097/JU.0000000000000795
- Wang AMQ, Tsang V, Mankowski P, et al (2022). Outcomes Following Gender Affirming Phalloplasty: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sex Med Rev.* 10:499-512.
- Waterschoot M, Hoebeke P, Verla W, et al (2021). Urethral Complications After Metoidioplasty for Genital Gender Affirming Surgery. *J Sex Med.* 18(7):1271-79.



Resim 1.Neofallus ve sol femoral bölgedeki sekel.



Resim 2.Kapanan idrar kanalı [neöüretral meatus]



Resim 3.İdrarla dolu mesane [glob vezika]



Resim 4.Sol böbrekteki genişleme [hidronefroz]



Resim 5.Neofallustaki iki parçalı penil protez



Resim 6.Supra-pubik kateterizasyonla göbek altından mesaneye takılan sonda



Resim 7.Üretrografi [neouretral lümen çok ince ve opak madde anastomoz bölgesinden ileri geçemiyor]



Resim 8.Neofallustan çıkarılan iki parçalı penil protez



Resim 9. Üretral eksternalizasyon



Resim 10. Falloplasti sonrasında üretra ve neofallus kaybına neden olan doku ölümleri [Bayraktar, 2024;119]



Resim 11.Falloplasti için flep alınan kol ve bacakta gelişen sekeller [Bayraktar, 2024;113-114]