



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

TRABALHO FINAL

MANUEL CARLOS PIRES DE MATOS

VAGINOPLASTIA – CIRURGIA DE CONFIRMAÇÃO DE GÉNERO

- ARTIGO DE REVISÃO -

ÁREA CIENTÍFICA DE CIRURGIA PLÁSTICA RECONSTRUTIVA E ESTÉTICA

ORIENTADOR:

Doutora Carla Maria Oliveira Diogo

ABRIL 2018

VAGINOPLASTIA – CIRURGIA DE CONFIRMAÇÃO DE GÉNERO

Manuel Carlos Pires de Matos

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

mcpm1993@gmail.com

TABELA DE CONTEÚDOS

ABREVIATURAS	4
ABSTRACT	5
RESUMO	6
1 INTRODUÇÃO	7
2 MATERIAL E MÉTODOS	8
3 DISCUSSÃO	9
3.1 DISFORIA DE GÊNERO: EVOLUÇÃO DO CONCEITO E DA ABORDAGEM	9
3.2 DEMOGRAFIA	12
3.3 CUIDADOS MULTIDISCIPLINARES	13
3.4 CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO A CIRURGIA DE CONFIRMAÇÃO DE GÊNERO ..	15
3.5 TÉCNICAS CIRÚRGICAS	16
3.5.1 Vaginoplastia com retalho peno-escrotal invertido	16
3.5.2 Complicações da Cirurgia de Confirmação de Género	20
3.6 CIRURGIAS ADICIONAIS	21
3.6.1 Feminização Facial	21
3.6.2 Feminização Corporal	22
3.7 CIRURGIA DE CONFIRMAÇÃO DE GÊNERO E QUALIDADE DE VIDA	23
3.8 CASUÍSTICA URGUS-CHUC	26
4 CONCLUSÃO	27
AGRADECIMENTOS	29
BIBLIOGRAFIA	30

ABREVIATURAS

CCG – Cirurgia de Confirmação de Género

CHUC – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

DG – Disforia de Género

DSM IV-TR – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition Text-Revision*

DSM-V – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition*

GCS – *Gender confirming surgery*

ICD – *International Classification of Diseases*

ILGA – *Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual e Transgénero*

MtF – *Male-to-Female*

QdV – Qualidade de Vida

SOC – *Standards of Care*

TVP – Trombose Venosa Profunda

URGUS – Unidade de Reconstrução Genito-Urinária e Sexual

WHO – *World Health Organization* – Organização Mundial de Saúde

WHOQOL – *World Health Organization - Quality of Life*

WPATH – *World Professional Association for Transgender Health*

ABSTRACT

Gender dysphoria has evolved as concept and as approach throughout time to improve the treatment and inclusion of the transgender individual in society. It is defined as state of distress in which the individual shows strong and persistent identification with the opposite sex, a discrepancy between a person's gender identity and that person's sex assigned at birth (including the gender role and/or primary or secondary sex characteristics).

After thorough diagnostic assessment established by the SOC guidelines, DSM-V and ICD-11, that are constantly changing to ensure the needs of the transgender, enhanced medical care is obtained, and the treatment includes, as an ultimate stage, the gender confirming surgery (GCS).

The benefit of GCS has been shown through multiple studies and its considered to improve the patient's quality of life and solving the dysphoria.

The aim of this study was to review how GCS affects a patient's gender dysphoria and quality of life, assess surgical techniques and its complications. It has revealed also important to define the concept of gender dysphoria and its approach evolution through time.

The notority of GCS in the interdisciplinary gender confirming process has grown due to studies that show improvement of quality of life among MtF transgenders.

The whole process has still scarce quantity of studies, lack of participants and misses long term follow-up. It is life changing and unique for each individual that undergo the GCS, so it is demandable to provide the development of new studies in the field.

Key-words: Gender Dysphoria, Transgender, Gender Confirming Surgery, Male-to-Female, Vaginoplasty, Quality-of-Life.

RESUMO

A disforia de género evoluiu como conceito e como abordagem ao longo do tempo com o intuito de melhorar o tratamento e a inclusão do indivíduo transgénero na sociedade. Esta é definida como um estado de angústia no qual o indivíduo mostra uma forte e persistente identificação com o sexo oposto, uma discrepância entre a identidade de género da pessoa e o sexo atribuído à nascença (incluindo o papel de género e / ou características sexuais primárias ou secundárias).

Após uma avaliação diagnóstica completa estabelecida nas diretrizes dos SOC, DSM-V e ICD-11, que em constante mutação procuram assegurar as necessidades do transgénero, é conseguido um acompanhamento médico aprimorado ao longo de todo o processo de transição. O tratamento pode incluir, como momento final, a cirurgia de confirmação de género, tendo sido demonstrado o benefício da mesma em múltiplos estudos. O seu efeito na qualidade de vida do transgénero é notório e em inúmeras investigações considera-se como chave para a solução da disforia de género.

O objetivo desta revisão foi procurar saber de que forma a cirurgia de confirmação de género afeta a disforia e a qualidade de vida do transgénero, avaliar as técnicas cirúrgicas e as suas complicações mais frequentes. Revelou-se de igual modo importante definir o conceito de disforia de género e a sua evolução temporal.

Todavia, a temática apresenta escassa quantidade de estudos e os mesmos reduzido número de participantes e falta de acompanhamento a longo prazo. Sendo um momento crucial e único para cada indivíduo, verifica-se necessário promover o desenvolvimento de novos estudos no campo.

Palavras-chave: Disforia de Género, Transgénero, Cirurgia de Confirmação de Género, Masculino-Feminino, Vaginoplastia, Qualidade de Vida.

1 INTRODUÇÃO

A escolha da temática para este estudo recai primeiramente num desejo pessoal de seguir a área de Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética. O fascínio pela arte que ultrapassa em tantas das vezes a pura Medicina.

A pertinência do tema nos dias de hoje foi fulcral para a decisão. A Disforia de Género (DG) apresenta-se bem definida pelo *Diagnostic and Statistical of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)*¹ e é cada vez mais um assunto abordado sem preconceitos levando a uma melhor, mais cuidada e abrangente metodologia no seu acompanhamento e resolução, sendo exemplos disso os *Standards of Care (SOC)* estabelecidos pela *World Professional Association for Transgender Health (WPATH)*.²

A Cirurgia de Confirmação de Género (CCG) é o último marco e, eventualmente, o mais importante para quem procura uma transição de género completa. Assim sendo, no meu ponto de vista, configura-se bastante relevante estudar qual a influência do momento da CCG na Qualidade de Vida (QdV) do transgénero e de que modo a afeta no pós-operatório.

Para uma revisão completa, a evolução ao longo dos tempos do conceito e da abordagem à DG, demonstraram-se noções cruciais para uma melhor compreensão da matéria, assim como a multidisciplinaridade que requisita. Quais os critérios para admissão à CCG, quais as técnicas disponíveis e preferenciais, quais as suas maiores complicações e que benefícios providencia, são também perguntas às quais se pretendeu obter resposta.

No global, um tópico sem limites ou que os procura romper, seja a nível científico ou sociocultural, devendo garantir-se a continuidade do seu estudo.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Para realização do presente artigo de revisão procedeu-se a uma pesquisa bibliográfica através de artigos indexados na *PubMed* e *Medline* com ano de publicação compreendido entre 1990-2017, nas línguas Portuguesa e Inglesa. Foram selecionados artigos com base nos títulos e resumos encontrados através da combinação dos termos Mesh “*Vaginoplasty*”, “*Gender Dysphoria*”, “*Male-to-Female*”, “*Transgender*”, “*Gender Confirming Surgery*” e “*Quality of Life*”.

Revelou-se pertinente, para além da leitura dos diferentes artigos, a inclusão de *guidelines* referentes ao tema como os SOC7 da WPATH e os critérios para diagnóstico de disforia de género da DSM-V.

Para completar o estudo foi disponibilizada a base de dados referente aos casos de transição MtF na URGUS-CHUC, do serviço de Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética dos Hospitais da Universidade de Coimbra, para uma apreciação retrospectiva dos doentes submetidos a cirurgia de confirmação de género.

Após exclusão de artigos com informação relativa a população não-transgénera, homem-transgénero, estudos referentes a outros tipos de vaginoplastias que não a de retalhos peno-escrotais invertidos, nesta revisão configuram 53 artigos completos.

3 DISCUSSÃO

3.1 DISFORIA DE GÉNERO: EVOLUÇÃO DO CONCEITO E DA ABORDAGEM

A DG é um conceito recente, porém, motivo de estudo desde os tempos mais antigos de que há conhecimento e registo. A ambiguidade sexual sempre cativou as atenções do ser humano e tomou diferentes formas e definições consoante a cultura, princípios morais e éticas religiosas da época em que se enquadrasse o seu estudo. Serviu como base de crenças, contos mitológicos e arte (esculturas, pinturas, literatura, etc.). O que outrora foi estudado por filósofos, pensadores e naturalistas, é, nos dias de hoje, acompanhado por endocrinologistas, psicólogos, sexólogos, cirurgiões, entre outros campos científicos que conferem uma vertente multidisciplinar à matéria. Esta alteração, no que diz respeito a quem procura a informação, espelha inequivocamente a evolução do conceito de DG.

A definição de género segundo o dicionário corresponde a uma *complexa sensação interna* de se ser do sexo masculino, do sexo feminino, ou outro (diferente da condição binária da biologia humana, referente às diferenças sociais e culturais). Disforia define-se como o estado oposto à euforia, correspondendo a um estado de insatisfação, inquietação e desconforto. A DG é, portanto, o estado de desconforto criado pela discrepância entre o sexo atribuído à nascença e o género com que a pessoa se identifica. O seu estudo ganha atualmente contornos de enorme importância pois pode levar a quadros de ansiedade, depressão, abuso de substâncias e, em última instância, ao suicídio.³

Precedente ao conceito de DG como diagnóstico, Transtorno de Identidade de Género era mais comumente utilizado na literatura médica, descrito em 1994 na 4ª edição do *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV-TR), esta “condição” era caracterizada por uma fraca identificação para com o sexo atribuído à nascença e persistente desconforto com o papel sociocultural desse mesmo género. Esta terminologia foi erradicada em 2013 no DSM-V¹ por implicar uma condição, desordem ou transtorno associado e a

evolução do conhecimento nesta área requisitava uma posição mais neutral por parte dos profissionais de saúde.⁴

Sendo um conceito em constante evolução a sua abordagem foi também revista e submetida a variações ao longo dos anos. A WPATH estabeleceu as *guidelines* através dos SOC. Os primeiros SOC datam de 1979 e foram denominados de *Standards of Care, The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons*, e os mais recentes, que vigoram nos dias de hoje, correspondentes à 7ª versão das *guidelines* em 2011 – *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender and Gender-Nonconforming*.²

Nos SOC1 (1979), a DG correspondia a um estado psicológico de insatisfação para com o sexo dotado à nascença e o papel sexual atribuído na sociedade a esse mesmo sexo, requerendo tratamento hormonal e cirúrgico. Não englobava, contudo, casos de transição infantil nem pessoas que, embora insatisfeitas com a genética e papel social atribuídos, não requeressem tratamento cirúrgico para reatribuição de sexo. É, portanto, um diagnóstico primário atribuído a todos os que requerem transição hormonal e cirúrgica de sexo. Nos SOC7 (2011), a DG corresponde à angústia gerada pela discrepância entre a Identidade de Género da pessoa e o sexo dotado à nascença e o seu papel na sociedade (englobando os seus caracteres primários e secundários).²

A sua metamorfose ao longo de 32 anos evidencia a mudança na sua abordagem pela sensibilidade que a temática acarreta. A omissão de “*The hormonal and surgical sex reassignment*” é propositada com o intuito de focar o estudo na saúde do transgénero e não no seu tratamento. Tal como na ICD-11⁵, onde a DG deixará de se enquadrar como patologia mental ou de incluir termos como “disfunção” na sua descrição, recomendado em 2009 pelo Comissário do Concelho Europeu para os Direitos Humanos⁶, seguindo igual caminho na evolução conceptual.

Indivíduos com DG que recorrem a cuidados médicos são vistos como casos individualizados e podem, ou não, ser submetidos a tratamento hormonal e/ou cirúrgico. O objetivo principal é o tratamento da disforia, com vista à resolução do que leva o indivíduo a um estado de insatisfação, sendo a hormonoterapia e cirurgia os últimos patamares a serem requisitados. O foco encontra-se atualmente redirecionado para o bem-estar da pessoa e abrange temas como a saúde reprodutiva, voz e terapia de comunicação, instituições de apoio, cuidados primários e preventivos a curto e longo prazo, tendo a vertente psicológica estado presente desde o princípio.² Outra alteração a denotar é a do paradigma do Género, como definição e expressão. Anteriormente este era binário, aceite como homem, mulher, rapaz ou rapariga, hoje a definição incorpora um espectro de géneros e múltiplas expressões de identidade de género.⁴

A vaginoplastia, como cirurgia de confirmação de género (CCG), é um dos pilares principais no tratamento da DG e ela própria sofreu alterações no seu nome. Inicialmente intitulada de Cirurgia de Reatribuição de Género, o termo “reatribuição” foi removido para incluir “confirmação”, enfatizando a necessidade de olhar o tema com maior naturalidade e sem prejuízo para o transgénero.

A primeira cirurgia do mundo de “mudança de sexo” foi realizada em Berlim em 1931. Einar Wegener, posteriormente chamada de Lili Elbe, acabou por falecer por complicações atribuídas à cirurgia, sendo, contudo, o culminar de mais de duas décadas de estudo e interesse no assunto da transexualidade na Alemanha prévia à Segunda Guerra Mundial.⁴ Desde então, vários cirurgiões descreveram as suas próprias técnicas e aperfeiçoamentos, levando a uma maior taxa de satisfação pós-operatória e redução da frequência e gravidade das complicações.⁷⁻⁹

3.2 DEMOGRAFIA

Os dados sobre a prevalência de transgéneros em Portugal são inexistentes e a única informação disponível sustenta-se em relatos informais de profissionais de saúde e nos dados dos respetivos serviços.¹⁰

Existem, no entanto, documentos de apoio elaborados pela Associação ILGA (Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual e Transgénero) Portugal no sentido de orientar quem procura informação sobre a transição e providenciar suporte social.¹¹

Na Europa, o estudo referente à prevalência de indivíduos submetidos à transição MtF já apresenta passos dados, ainda que tímidos, no sentido de melhor conhecer as suas populações e poder enfrentar o tema da DG com maior eficácia.

Salientam-se estudos realizados em países como Espanha, na região autónoma de Madrid, com uma taxa de prevalência MtF de 6.8:100,000¹², Alemanha onde a predominância de MtF é de 5.8:100,000¹³, Holanda com rácio de 8.4:100,000¹⁴, Bélgica 7.8:100,000¹⁵ e Suécia com 12.9:100,000.¹⁶

Os valores estimados pelos estudos supracitados devem ser alvo de reflexão. O número exato de indivíduos que sofrem de DG permanece incógnito, presumindo-se, apenas, que será sempre superior ao número de pessoas submetidas a uma transição MtF. Uma outra noção a ter em conta prende-se com a forma de como as sociedades, alicerçadas nas suas culturas e níveis de educação, olham o tema, influenciando a criação de bases de dados epidemiológicas e demográficas.¹⁴ Sociedades mais instruídas e “*open minded*” apresentam estudos mais completos e, conseqüentemente, uma QdV superior na população com DG.^{14,16}

Urge, portanto, uma necessidade de novos projetos de investigação na área com *follow-up* mais amplos, maior número de participantes e em mais países, com vista ao aumento da fiabilidade estatística e do conhecimento acerca do tema.

3.3 CUIDADOS MULTIDISCIPLINARES

Na tomada de uma decisão tão importante, facilmente comparada a renascer numa nova identidade, um novo papel social, verifica-se fundamental que o doente seja seguido por um grupo de especialistas de diversas áreas que se complementam entre si para que o objetivo final seja atingido.^{1,2,4,11,17}

Psiquiatra/Psicólogo, fulcrais para a estabilidade da saúde mental durante o longo percurso que o futuro transgénero tem pela frente. Avaliam e diagnosticam a disforia de género, fornecem informações para o tratamento e avaliam possíveis preocupações de saúde mental coexistentes. Referenciam para tratamento hormonal e para cirurgia.

Endocrinologista, no papel de prescritor do tratamento hormonal que é uma das fases mais importantes para o transgénero, tanto no momento em que o inicia (sendo um marco na sua vida e dos que o apoiam e rodeiam), como para o seu futuro. Em alguns casos é suficiente para resolver a disforia, não atingindo o momento da vaginoplastia. Para os que requerem futuras cirurgias adicionais para complementação da transição, abordadas nos tópicos “**Feminização Facial**” e “**Feminização Corporal**”, a hormonoterapia traz vantagens, por exemplo, no aumento do tecido mamário providenciando ao Cirurgião Plástico alguma margem de manobra numa eventual mamoplastia de aumento. As alterações obtidas com recurso a hormonoterapia vão desde o aumento do botão mamário, diminuição da pilosidade acercando-se de uma distribuição mais feminina, mudança do tom de voz (o recurso a tioplastias de Isshiki são também frequentes), redistribuição do tecido adiposo similar ao de uma mulher, de entre outros.

Urologista/Ginecologista, essencial numa vaginoplastia permitindo a restituição do trato urinário no transgénero. Um ginecologista, na transição *Male-to-Female* (MtF) seguirá os passos pós-operatórios, com o objetivo de prevenir ou resolver futuras complicações e acompanhará o transgénero na sua nova etapa como mulher.

Cirurgião Plástico, que apresenta um papel nuclear na cirurgia de confirmação de género. Esta revela-se fundamental para assegurar um aumento na QdV, estando dependente da satisfação do transgénero, quer na componente estética, procurando atingir as expectativas do indivíduo (dicotomia: Expectativa vs Realidade), quer na componente funcional, nas suas futuras relações sexuais. A distinção entre o exequível e a expectativa do indivíduo é uma tarefa árdua, cabendo muitas vezes ao cirurgião plástico a missão de manter sempre o indivíduo transgénero ciente das limitações existentes durante todo o processo. No que diz respeito à vaginoplastia existe uma ideia predominante por parte dos transgéneros de que uma maior profundidade vaginal corresponde a uma melhor vagina, refletindo uma noção errada de “imponência sexual”. A realidade mostra-nos que não há vaginas iguais, que o tecido disponível é uma limitação, tanto para a sua profundidade como para a reconstrução dos grandes lábios, e que a profundidade de uma vagina não é visível, como tal, não a define. Gerir as expectativas de forma realista e sensível é crucial para garantir uma melhor evolução da QdV da mulher transgénero.

Assistente Social, serve como ponte de ligação entre o trabalho desenvolvido pelos médicos e a interação/integração do transgénero na própria família em particular e sociedade no geral. O tema da transição de género permanece “tabu” em grande parte da população e o preconceito persiste dificultando a vivência dos que se submetem ao processo.

Por fim, **advogados** (em alguns países, especificamente, nos Estados Unidos da América) são necessários para levar a cabo a alteração do nome, momento indispensável para os que procuram a transição completa.

A evolução do conceito e da abordagem trouxe para a discussão do tema várias áreas do conhecimento que se complementam durante o processo, promovem um amplo e mais completo suporte do transgénero, dando mais garantias de um acompanhamento personalizado e ajustado a cada caso.

3.4 CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO A CIRURGIA DE CONFIRMAÇÃO DE GÉNERO

Os critérios para admissão a CCG, representados no DSM-V¹ e nos SOC², foram desenvolvidos para otimizar o tratamento do doente. Estes evoluíram de igual forma ao longo das épocas e espelham-se nas *guidelines* criadas com o intuito de diagnosticar de forma mais precisa a disforia de género.

Estabelecidos de modo a ir ao encontro de cada necessidade individualizada, um critério transversal de admissão é a documentação de persistente DG por um profissional de saúde mental qualificado (Psiquiatra/Psicólogo) e confirmada por outro profissional.

Neste sentido, os critérios incluem: uma persistente e bem documentada DG; capacidade para tomar uma decisão totalmente informada e consentir o tratamento; maioridade no país em questão; se existente uma significativa preocupação de possível patologia mental esta tem de se encontrar bem controlada; 12 meses de contínua hormonoterapia personalizada aos objetivos do paciente (à exceção de casos de contraindicação médica ou de recusa da toma de hormonas) e 12 meses contínuos a viver no papel do género congruente com o que se identifica.

Embora não sendo um critério específico, é recomendado que o transgénero se apresente regularmente a um profissional de saúde mental.

3.5 TÉCNICAS CIRÚRGICAS

O leque de opções cirúrgicas é vasto e deve ser personalizado.

A CCG configura-se como o procedimento mais importante na transição completa, essencial e medicamente necessária para aliviar a disforia². A recriação de genitais estética e funcionalmente prazerosos continua a ser um dos maiores desafios para os cirurgiões plásticos. No momento operatório procede-se a uma orquidectomia, clitoroplastia, labioplastia e vaginoplastia.

A técnica mais usada tanto na literatura revista, como nos Hospitais da Universidade de Coimbra pela URGUS-CHUC, como centro cirúrgico de referência do transgénero em Portugal, inclui a vaginoplastia com retalho peno-escrotal invertido.

Diferentes procedimentos ou variantes podem ser aconselháveis dependendo sempre do ponto de partida; circuncisões, tamanho pequeno do pénis, entre outras características, podem levar à adoção de uma estratégia diferente.

3.5.1 Vaginoplastia com retalho peno-escrotal invertido

A cirurgia de confirmação de género é o momento mais importante na transição MtF com um simples objetivo final: a satisfação do transgénero com vista à resolução da disforia, implicando o aumento da sua QdV. A orquidectomia, a penectomia pela dissecação do pénis nos seus componentes anatómicos, criação de uma cavidade para a neovagina, reconstrução do meato urinário feminino e neoclítoris, e a criação dos grandes lábios são considerados os 5 grandes momentos da intervenção.⁸

Esta inicia-se sob anestesia geral na posição de litotomia. Após marcação, realiza-se uma orquidectomia bilateral, executada através de uma incisão escrotal na sua linha média, removendo os testículos o mais próximo possível do canal inguinal. O segundo momento toma grande preponderância na vaginoplastia executando-se uma penectomia com a

dissecação do pénis em todas as suas componentes anatómicas. Glande e uretra com corpo esponjoso, corpos cavernosos, feixe neurovascular e pele peniana vascularizada. Os corpos cavernosos são removidos da sua ligação ao osso púbico através de uma incisão na fáscia de Buck, prevenindo a sua ereção durante futuras relações sexuais, o que poderia provocar dor/desconforto. É confeccionado um retalho de glande, baseado no pedículo neurovascular dorsal do pénis, que formará o neoclítoris e será fixado na sínfise púbica, acima do novo meato uretral (encurtado e reconstruído), emergindo na incisão mais superior. Na reconstrução da neovagina, a pele do pénis é transformada num tubo de pele vascularizado. O tamanho aconselhável do tubo para a criação da nova vagina e para *outcomes* mais favoráveis é de 12cm. Nem sempre isto é possível apenas à conta do retalho peniano, pelo que muitas vezes este é prolongado com excertos de pele total colhida do escroto.

Alguns autores descrevem uma técnica em que se recorre à utilização de um retalho uretral, permitindo um aumento das dimensões da neovagina assim como a sua elasticidade e humidificação.^{4,18} O espaço que vai dar lugar à neovagina é criado manualmente ou com recurso a um *stent* entre a uretra e bexiga, anteriormente, e o recto, posteriormente. A localização do ligamento sacrospínho (direito na maioria das situações) é palpado entre a espinha isquiática e o cóccix, e neste se fixa o fundo da neovagina. Este momento é por vezes dispensado, sendo de difícil execução e risco elevado de lesão do nervo pudendo e dos vasos pudendos internos. O tubo é invertido e colocado no espaço previamente desenvolvido na cavidade perineal.

A vulvoplastia engloba os procedimentos que reconstróem os pequenos e grandes lábios; com recurso à pele remanescente do prepúcio, sutura-se esta lateral e superiormente ao neoclítoris cobrindo-o ligeiramente de modo similar ao clítoris de uma mulher. A pele em excesso do escroto é removida e os grandes lábios redesenhados. Aqui, o tecido adiposo preservado no momento da orquidectomia pode permitir a reconstrução dos grandes lábios

com relevo mais proeminente, o que esteticamente se configura como um dos principais requerimentos do transgênero. Drenos são colocados e removidos habitualmente ao fim de 3 dias. O cateter uretral é removido ao 7º dia em conjunto com o material de acondicionamento vaginal. No pós-operatório recomenda-se o uso de *stent* continuamente (dia e noite) durante 3 meses.

Nesta cirurgia praticamente todas as estruturas que compõem o pênis são utilizadas à exceção dos corpos cavernosos. A vaginoplastia com retalho peno-escrotal invertido é considerada nos nossos dias como *gold standard*, mas não pode ser assumida como imutável. Novas formas de intervir, técnicas e procedimentos, com melhores resultados, principalmente no campo da satisfação sexual a longo prazo, devem continuar a ser motivo de estudo por parte dos profissionais que se interessam pelo tema.



Figura 1 – Início do momento operatório com doente em posição de litotomia.

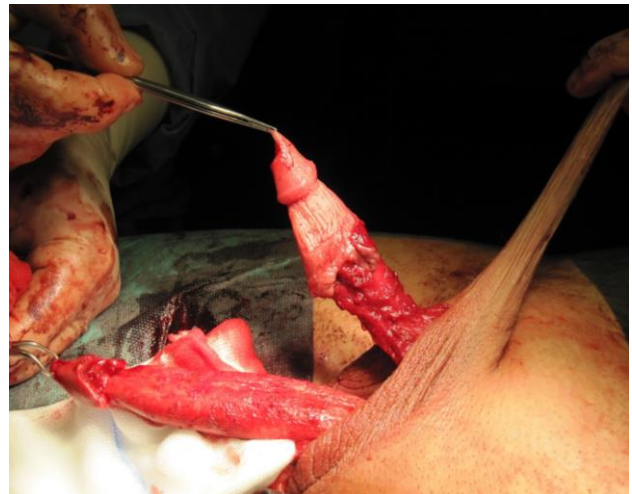


Figura 2 – Penectomia com disseção dos componentes anatómicos do pênis.

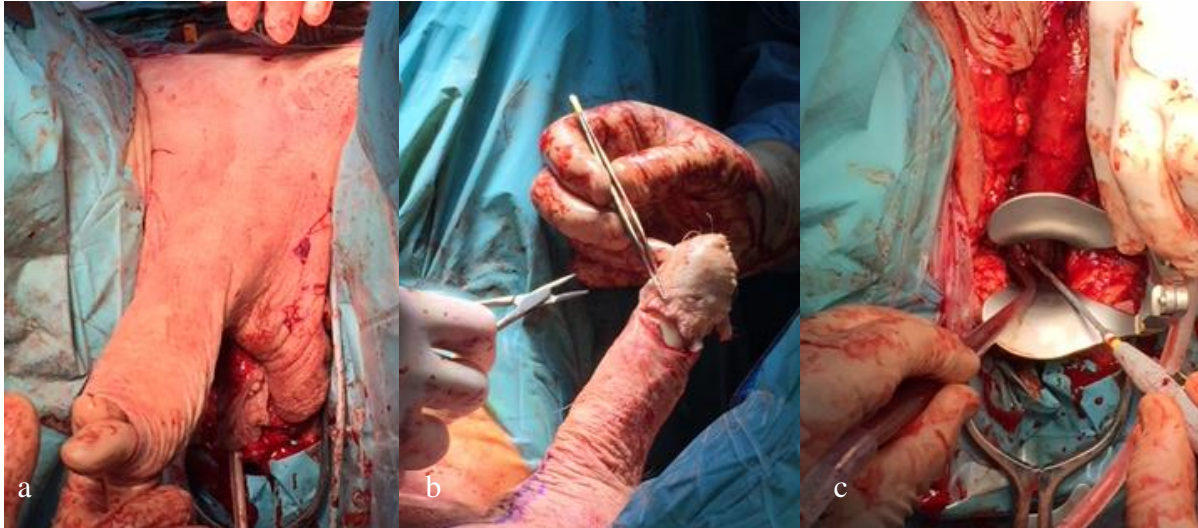


Figura 3 – Vaginoplastia. a) Retalho peniano, tubulizado. b) Enxertos escrotais para aumento das dimensões da neovagina. c) Criação da cavidade para a neovagina.

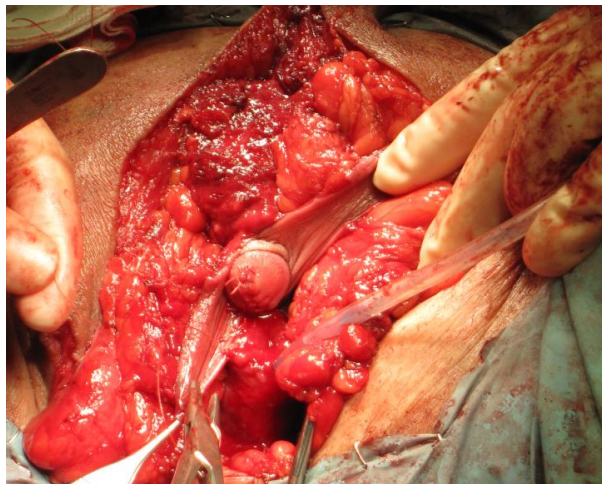


Figura 4 – Clitoroplastia: fixação do neoclitoris.



Figura 5 – Resultado final.

3.5.2 Complicações da Cirurgia de Confirmação de Género

A evolução das técnicas, instrumentos, cuidados de higiene, resultados estéticos e funcionais ao longo dos anos permitiu a diminuição exponencial das complicações, tanto no que diz respeito à sua frequência, como à sua gravidade.¹⁹

As questões levantadas com maior frequência relativamente às complicações prendem-se com uma eventual necessidade de uma segunda operação para correção ou resolução de sequelas deixadas num primeiro momento.^{4,8}

As complicações podem ser divididas em precoces, inerentes a qualquer intervenção cirúrgica de grande dimensão como é uma CCG, e tardias.

Dentro das complicações precoces configuram: hemorragias, infeções, hematomas, TVP, embolia pulmonar, necroses dos retalhos e/ou do neoclítoris, fístula urinária, perfurações da bexiga e/ou recto. Nas complicações tardias apresentam-se como frequentes: estenose vaginal^{18,20-22}, encolhimento vaginal^{18,23}, prolapso vaginal, fístula recto-vaginal^{18,20} ou uretral, granulomas, abscessos, complicações urinárias^{4,8,22,24} e, por fim, arrependimento.¹⁶

As complicações intraoperatórias são escassas enquanto que a prevalência de complicações pós-operatórias é alta, sendo, na generalidade das vezes, de fácil resolução.⁷

Após revisão de estudos com o foco direccionado nas complicações da vaginoplastia com retalho peno-escrotal invertido, conclui-se que a construção da neovagina e genitália externa é bem sucedida, alcançando na maioria dos pacientes resultados estéticos e funcionais sem necessidade de um segundo momento operatório e com reduzidas taxas de complicações major.¹⁹

3.6 CIRURGIAS ADICIONAIS

3.6.1 Feminização Facial

São precisos menos de 2 segundos para que uma criança perceba através de características faciais se o que observa se trata de um homem ou de uma mulher, pelo que esta problemática surge maioritariamente por questões sociais, existindo quem pretenda uma transformação mais extensiva e quem não procure de todo qualquer alteração.

As feições faciais variam entre género e a sua intervenção cirúrgica pode corrigir, reconstruir, melhorar ou alterar por completo cada um desses componentes que atribuem a uma pessoa um aspeto mais masculino ou mais feminino, consoante os seus gostos e objetivos. Existe necessidade de delinear uma “*timeline*” em casos de decisão de feminização total pois não é possível num único momento proceder-se a todas as correções.

Um rosto masculino apresenta geralmente um frontal mais inclinado, com maior protusão supraciliar. Uma linha de couro cabeludo mais subida que nas mulheres e sobrancelhas menos arqueadas, onde as mulheres apresentam um olhar mais “aberto”. O nariz é mais proeminente assim como o mento mais alongado. O ângulo mandibular é quadrado e largo, e nas mulheres delineado de forma mais subtil. Todos estes pormenores podem ser motivo de insegurança e insatisfação para o transgénero.

Cada caso é um caso, não havendo um *gold standard* para a feminização facial. Este passo no processo de transição em alguns indivíduos é menosprezado e em outros sobrevalorizado.

Dentro das cirurgias para feminização facial encontram-se: tiroplastias tipo IV de Isshiki, rinoplastias, mentoplastias, remodelação do ângulo da mandíbula^{25,26}, *lowering* da linha do couro cabeludo, *browlifts*, *facelifts*, *lip fillers*, *fat grafting*, *lipofilling* do mento, correção da protusão supraciliar do frontal, *facelift* e blefaroplastias.²⁵⁻²⁷

3.6.2 Feminização Corporal

As características corporais são, também, distintas entre géneros, pelo que muitas vezes o indivíduo transgénero sente necessidade de as alterar. O leque de opções disponíveis é vasto e, novamente, adaptado a cada um.

A intervenção cirúrgica mais requisitada é a mamoplastia de aumento.^{4,28}

Esta, embora em tudo semelhante à mamoplastia de aumento em mulheres cisgénero, tem desafios específicos. Desde já, apesar da hormonoterapia com estrogénios, muitas vezes não é atingido um desenvolvimento mamário superior a um estadio de Tanner 2, pelo que o limitado tecido mamário disponível dificultando o normal procedimento desta cirurgia.²⁸⁻³¹ A mamoplastia de aumento pode ser executada através de diferentes locais de incisão, a prótese ser colocada em diferentes planos, e os mesmos implantes apresentarem formas e materiais diferentes entre si.

Para além da mamoplastia pode-se proceder a braquioplastias, abdominoplastias e plastias da região glútea, nomeadamente o atualmente em voga BBL (*Brazilian Buttock Lift*).

Todos os procedimentos são informados ao transgénero e sobre este recai toda a responsabilidade da tomada de decisão.

3.7 CIRURGIA DE CONFIRMAÇÃO DE GÊNERO E QUALIDADE DE VIDA

Os benefícios da CCG são defendidos e descritos por múltiplos autores, muitos dos quais afirmam que a mesma resolve a disforia de gênero do doente assim como melhora significativamente a QdV, bem-estar e inclusão social do transgênero.³²⁻³⁴ Embora a maior parte da literatura revista confirme a pertinência da cirurgia no processo de transição, alguns estudos relatam casos de transgêneros que experienciam uma QdV inferior ao da população em geral, mesmo após CCG.^{35,36} Existe ainda um conjunto de estudos em que não se encontraram diferenças na QdV aquando da comparação do indivíduo transgênero com o resto da população.³⁷ Uma das limitações mais importantes na maior parte destes estudos é a sua amostra reduzida e um *follow-up* curto no que diz respeito ao tempo de seguimento pós-operatório.^{8,38-40}

No que diz respeito às técnicas cirúrgicas utilizadas no momento da CCG, estas podem variar conforme o caso e o indivíduo. Anteriormente apresentadas, técnicas como a vaginoplastia com retalho peno-escrotal invertido (exclusiva ou com recurso a *flap* uretral) e vaginoplastia com uso de pedículos intestinais (íleo ou cólon) revelam-se como opções viáveis.⁴ A questão mais vezes levantada no debate da técnica cirúrgica preferencial é a capacidade da pele do pénis fornecer o revestimento necessário para uma neovagina com uma profundidade que cumpra os requisitos no que aos termos funcionais diz respeito. À data de hoje, a vaginoplastia encontra-se estudada e todas as suas possíveis complicações descritas em diversos trabalhos.^{4,19,20,22,40-42}

Além do parâmetro crucial da profundidade da neovagina, um dos principais objetivos da vaginoplastia como CCG é a reconstrução da genitália externa feminina reproduzindo ao máximo as suas condições tácteis e de sensibilidade erógena. Para que tal seja atingido é necessária a reconstrução do neoclítoris através da secção proximal dorsal da glande em contínuo com o feixe neurovascular responsável pela transmissão da sensibilidade. Este

procedimento foi primeiramente descrito por J. Brown (1976), sendo utilizado pela maioria dos cirurgiões nas intervenções dos dias de hoje.^{22,43-45}

A satisfação e aumento da QdV do transgênero dependem, então, de fatores como a profundidade e largura vaginal, a humidificação natural, sensibilidade e orgasmo, a estética e a qualidade das relações sexuais.

Horbach *et al.*, em 2015, reuniu 12 estudos (10 retrospectivos e 2 prospectivos) onde vaginoplastias com retalhos peno-escrotais invertidos foram realizadas, com ou sem necessidade de flap uretral, perfazendo um total de 1461 pessoas intervencionadas. Nesses estudos, a profundidade média da neovagina variava entre 10-13,5cm, a menos profunda reportada apresentava 2,5cm, tendo a mais profunda atingido os 18cm.⁷ Relativamente à largura média, foi relatada por um só estudo, tendo o seu comprimento variado entre 3-4cm.²⁰ Estes valores indicam-nos que sexo com penetração é anatomicamente possível.

Os estudos da função sensorial do neoclítoris e a experiência relatada por indivíduos transgêneros referentes às relações sexuais permanecem ainda muito limitados, havendo, contudo, registos da preservação da capacidade de atingir o orgasmo por pessoas submetidas a CCG idêntica a grupos de controlo compostos por mulheres cisgênero.^{46,47} Embora as taxas de capacidade de atingir o orgasmo variem entre 80% e 90%^{18,43,48} é relevante questionar a razão pela qual estas não são mais elevadas. Uma possível resposta é a lubrificação insuficiente gerada pela neovagina levando a dor durante o coito, interrompendo a estimulação do neoclítoris.⁴⁵ Estudos mais aprofundados sobre a sensibilidade do neoclítoris revelam dados pertinentes no que diz respeito à pressão e vibração experienciadas. Em neoclítoris recriados através de retalhos da glândula, os resultados referentes à pressão e vibração dos mesmos (11.1 g/mm² e 0.5 μ m, respetivamente) após comparação com glândulas não submetidas à intervenção (18.5 g/mm² e 0.20 μ m) não exibem grandes discrepâncias, confirmando a manutenção da sensibilidade após o momento operatório.⁴⁵

No geral, as pessoas submetidas a CCG revelam-se satisfeitas^{8,20,33,40} sem nunca menosprezar a existência, ainda que reduzida, de casos de arrependimento.¹⁶

Todos os parâmetros relativos à QdV do transgénero podem ser avaliados e encontram-se escrutinados através de questionários elaborados pela WHO (WHOQOL).⁴⁹⁻⁵¹ Estes são capitais para um melhor entendimento das preocupações que assolam o transgénero, tanto durante o processo como após a CCG. Domínios como a saúde física são avaliados através de fatores como a dor e desconforto, sono e descanso, energia e fadiga, dependência de fármacos ou de apoio médico, de entre outros; dentro da área psicológica são apreciados termos como sensações positivas/negativas, concentração e memória, auto-estima e perceção da imagem corporal; para completar os questionários apresentam-se os domínios das relações sociais e ambiente, englobando a liberdade e segurança física, ambiente no lar, cuidados de saúde e cuidados sociais quanto à sua acessibilidade e qualidade.⁵⁰

Caracterizando-se como um processo moroso e bastante pessoal, toda a informação obtida (antes, durante e após a transição) pode facultar novos detalhes, novas formas de abordar a temática, pelo que se destaca a utilização dos questionários da WHO. Contudo, mesmo aquando da sua aplicação, as taxas de resposta são parcas³⁸, limitando assim os estudos e os seus resultados.

A informação transmitida por parte do médico para o transgénero é crítica na gestão da expectativa, alertando para o que é o ideal, dependente do caso em estudo, tendo sempre em consciência o que é viável e realisticamente atingível. Deste modo, a partilha de informação entre ambas as partes é preponderante na evolução do conhecimento da área e consequente melhoria dos cuidados prestados e satisfação experienciada.

O aumento da qualidade de vida é o objetivo final de todos os intervenientes envolvidos, tendo a CCG um lugar de destaque.^{30,33,52,53}

3.8 CASUÍSTICA URGUS-CHUC

A Unidade de Reconstrução Génito-Urinária e Sexual (URGUS) é uma Unidade de Referência do Serviço Nacional de Saúde que foi criada com o intuito de prestar cuidados de saúde a pessoas Transgénero. A URGUS rege a sua atividade pelos princípios da dignificação do ser humano e respeito pela diversidade, aplicando as boas práticas médico-cirúrgicas internacionalmente reconhecidas.

No que ao transgénero MtF diz respeito, a técnica utilizada é a da vaginoplastia com retalho peno-escrotal invertido. Através da base de dados disponibilizada pela URGUS, entre 2012 e 2017, nos Hospitais da Universidade de Coimbra, 18 indivíduos (com uma média de idades de 35 anos, variação entre 21-69) foram submetidos a CCG. De notar que de 2015 a 2017 o número de intervenções escalou para o dobro (8 em 2017) refletindo a evolução do conhecimento e experiência técnica para a realização de mais procedimentos, e da informação possibilitada ao transgénero em termos de suporte e cuidados que acompanham o seu processo de transição.

As complicações observadas perfazem 22% dos casos (4/18), destacando-se hematomas (1 caso), deiscência dos grandes lábios (1 caso) e necrose parcial do neoclítoris (1 caso) e TVP (1 caso).

Procedimentos de feminização facial e corporal são também parte integrante do trabalho desenvolvido pela URGUS. No mesmo período de tempo foram realizadas 16 mamoplastias de aumento, 2 tiroplastias tipo IV de Isshiki, 2 remodelações de ângulos mandibulares, 2 rinoplastias da ponta com remodelação dorsal e 1 *lipofilling* do mento.

Revela-se pertinente salientar a função da equipa multidisciplinar da URGUS que em conjunto procura a obtenção de melhores resultados através do profissionalismo e experiência dos seus elementos.

4 CONCLUSÃO

A disforia de género apresenta-se como um tema em constante mutação e a sua abordagem tem vindo a ser aperfeiçoada. Os SOC da WPATH, DSM-V e ICD-11 geriram a maneira de olhar o processo de transição, seguindo as necessidades médicas e socioculturais de cada época com o fim de prestar os melhores cuidados ao transgénero. Isto verificou-se no aumento da QdV experienciada, associada em grande parte à resolução da disforia.

A cirurgia de confirmação de género revelou-se valiosa e um marco importante no seguimento de pessoas que procuram uma transição MtF completa. Esta é seguida por uma equipa multidisciplinar que se complementa entre si, através do conhecimento dos profissionais que a integram.

O estudo da técnica da vaginoplastia com retalho peno-escrotal invertido tem sido aprofundado e evoluído, levando a tempos operatórios mais curtos, menor incidência de complicações e menor gravidade das mesmas.

Os resultados funcionais referentes à neovagina foram também favoráveis a este procedimento. A técnica estudada apresenta taxas elevadas de sucesso e atinge na maior parte das vezes as expectativas quanto à estética da genitália externa e quanto à anatomia da neovagina, com parâmetros como a profundidade e largura a obterem valores aproximados da normalidade aquando da comparação com vaginas em cisgéneros. Sensibilidade e prazer sexual são conseguidos e a capacidade de atingir o orgasmo foi observada em grande parte dos estudos. Estes dados conferem à vaginoplastia com retalho peno-escrotal invertido preponderância relativa a outras técnicas no momento da cirurgia de confirmação de género.

A grande maioria dos indivíduos submetidos à intervenção cirúrgica espelha um aumento da qualidade de vida significativo em todos os seus critérios. As taxas de arrependimento são bastante reduzidas e não se correlacionam com a cirurgia e os seus resultados, mas com diagnósticos de disforia de género pouco assertivos.

As limitações transversais a praticamente todos os estudos analisados foram o reduzido número de participantes, curtas durações de *follow-up*, um foco predominante no aspecto cirúrgico menosprezando um estudo mais extensivo sobre a qualidade de vida do transgênero e escasso uso de questionários, sendo os mesmos quando aplicados pouco standarizados.

Creio ser preponderante, após este estudo, a continuação da investigação na área, tanto pela multidisciplinaridade que acarreta, como em específico pela área de Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética. Esta última tem respondido à altura dos desafios, mas o futuro pede mais e promete melhor.

AGRADECIMENTOS

À FMUC (Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra – Portugal) e ao Serviço de Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética dos Hospitais da Universidade de Coimbra pela possibilidade gerada de trabalhar num tema interessante e pertinente de uma sociedade em evolução permanente.

À Dra. Carla Diogo, minha orientadora, pela capacidade de compreensão de todas as dificuldades surgidas ao longo do processo de produção do artigo, pela sua disponibilidade e profissionalismo.

À minha família, que em palavras se vê curta a sua relevância ao longo destes árduos seis anos. Seis anos de distância e saudade que sempre minimizaram de tão enormes os seus corações. À minha mãe, que ainda procuro alcançar em conhecimento. Ao meu pai, cujos sacrifícios pelo bem-estar dos que ama o levam além mares. À minha irmã, que nunca teve o irmão presente que necessitaria e que o tempo não volta atrás para compensar. A eles, sempre por eles.

A Coimbra, que me viu crescer, me fez crescer. Terra de saudade, lembranças repletas de sorrisos, lembranças repletas de lágrimas. Às suas gentes e àqueles que se cruzaram no meu caminho e me moldaram, para o bem e para o mal, na pessoa que hoje me tornei.

BIBLIOGRAFIA

1. Transtornos Depressivos - DSM - 5. Manual Diagnóstico E Estatístico De Transtornos Mentais - Dsm - V. 2013. 948 p.
2. Nieves WL. Standards of care. Headache. 1995;35(4):234–5.
3. Haas AP, Eliason M, Mays VM, Mathy RM, Cochran SD, D’Augelli AR, et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *J Homosex.* 2011;58(1):10–51.
4. Trombetta C. Management of Gender Dysphoria [Internet]. 2015. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-88-470-5696-1>
5. Revision of International Classification of Diseases (ICD-11). 2017;(Icd):2017.
6. Hammarberg T. Human Rights and Gender Identity. 2009;(July).
7. Horbach SER, Bouman MB, Smit JM, Özer M, Buncamper ME, Mullender MG. Outcome of Vaginoplasty in Male-to-Female Transgenders: A Systematic Review of Surgical Techniques. *J Sex Med.* 2015;12(6):1499–512.
8. Raigosa M, Avvedimento S, Yoon TS, Cruz-Gimeno J, Rodriguez G, Fontdevila J. Male-to-Female Genital Reassignment Surgery: A Retrospective Review of Surgical Technique and Complications in 60 Patients. *J Sex Med [Internet].* 2015;12(8):1837–45. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/jsm.12936>
9. Hage JJ. Medical Requirements and Consequences of Sex Reassignment Surgery. *Med Sci Law.* 1995;35(1):17–24.
10. Pinto N, Moleiro C. As experiências dos cuidados de saúde de pessoas transexuais em Portugal: Perspetivas de profissionais de saúde e utentes. *Psicol Rev da Assoc Port Psicol.* 2012;26(1):129–51.
11. Portugal AI. Transexualidade. *Assoc ILGA Port.* :1–18.

12. Becerra-Fernández A, Rodríguez-Molina JM, Asenjo-Araque N, Lucio-Pérez MJ, Cuchí-Alfaro M, García-Camba E, et al. Prevalence, Incidence, and Sex Ratio of Transsexualism in the Autonomous Region of Madrid (Spain) According to Healthcare Demand. *Arch Sex Behav*. 2017;46(5):1307–12.
13. Garrels L, Kockott G, Michael N, Preuss W, Renter K, Schmidt G, et al. Sex ratio of transsexuals in Germany: The development over three decades. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102(6):445–8.
14. Van Kesteren PJ, Gooren LJ, Megens JA. An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands. *Arch Sex Behav*. 1996;25(6):589–600.
15. De Cuypere G, Van Hemelrijck M, Michel A, Crael B, Heylens G, Rubens R, et al. Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *Eur Psychiatry*. 2007;22(3):137–41.
16. Dhejne C, Öberg K, Arver S, Landén M. An Analysis of All Applications for Sex Reassignment Surgery in Sweden, 1960–2010: Prevalence, Incidence, and Regrets. *Arch Sex Behav*. 2014;43(8):1535–45.
17. Schechter LS, D’Arpa S, Cohen MN, Kocjancic E, Claes KEY, Monstrey S. Gender Confirmation Surgery: Guiding Principles. *J Sex Med*. 2017;14(6):852–6.
18. Perovic S V., Stanojevic DS, Djordjevic MLJ. Vaginoplasty in male transsexuals using penile skin and a urethral flap. *BJU Int*. 2000;86(7):843–50.
19. Buncamper ME, Van Der Sluis WB, Van Der Pas RSD, Özer M, Smit JM, Witte BI, et al. Surgical Outcome after Penile Inversion Vaginoplasty: A Retrospective Study of 475 Transgender Women. *Plast Reconstr Surg*. 2016;138(5):999–1007.
20. Amend B, Seibold J, Toomey P, Stenzl A, Sievert KD. Surgical reconstruction for male-to-female sex reassignment. *Eur Urol*. 2013;64(1):141–9.

21. Jarolm L. Surgical conversion of genitalia in transsexual patients. *BJU Int.* 2000;85(7):851–6.
22. Neto RR, Hintz F, Krege S, Rübben H, vom Dorp F. Gender reassignment surgery - A 13 year review of surgical outcomes. *Int Braz J Urol.* 2012;38(1):97–107.
23. Wagner S, Greco F, Hoda MR, Inferrera A, Lupo A, Hamza A, et al. Male-to-female transsexualism: Technique, results and 3-year follow-up in 50 patients. *Urol Int.* 2010;84(3):330–3.
24. Lawrence AA. Patient-reported complications and functional outcomes of male-to-female sex reassignment surgery. *Arch Sex Behav.* 2006;35(6):717–27.
25. Ainsworth TA, Spiegel JH. Quality of life of individuals with and without facial feminization surgery or gender reassignment surgery. *Qual Life Res.* 2010;19(7):1019–24.
26. Becking AG, Tuinzing DB, Hage JJ, Gooren LJG. Transgender Feminization of the Facial Skeleton. *Clin Plast Surg.* 2007;34(3):557–64.
27. Altman K. Facial feminization surgery: Current state of the art. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2012;41(8):885–94.
28. Maycock LB, Kennedy HP. Breast care in the transgender individual. *J Midwifery Women's Heal.* 2014;59(1):74–81.
29. Defreyne J, Motmans J, T'sjoen G. Healthcare costs and quality of life outcomes following gender affirming surgery in trans men: a review. *Expert Rev Pharmacoeconomics Outcomes Res.* 2017;17(6):543–56.
30. Castellano E, Crespi C, Dell'Aquila C, Rosato R, Catalano C, Mineccia V, et al. Quality of life and hormones after sex reassignment surgery. *J Endocrinol Invest.* 2015;38(12):1373–81.

31. Society TE. Endocrine Treatment of Transsexual Persons A Patient ' s Guide. 1923.
32. Cohen-Kettenis PT, Gooren LJG. Transsexualism: A review of etiology, diagnosis and treatment. *J Psychosom Res.* 1999;46(4):315–33.
33. Papadopulos NA, Lellé JD, Zavlin D, Herschbach P, Henrich G, Kovacs L, et al. Quality of Life and Patient Satisfaction Following Male-to-Female Sex Reassignment Surgery. *J Sex Med.* 2017;14(5):721–30.
34. Papadopulos NA, Zavlin D, Lellé J-D, Herschbach P, Henrich G, Kovacs L, et al. Male-to-Female Sex Reassignment Surgery Using the Combined Technique Leads to Increased Quality of Life in a Prospective Study. *Plast Reconstr Surg* 2017; 140(2):286–94.
35. Kuhn A, Bodmer C, Stadlmayr W, Kuhn P, Mueller MD, Birkhäuser M. Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. *Fertil Steril.* 2009;92(5).
36. Davey A, Bouman WP, Arcelus J, Meyer C. Social support and psychological well-being in gender dysphoria: A comparison of patients with matched controls. *J Sex Med.* 2014;11(12):2976–85.
37. Weyers S, Elaut E, De Sutter P, Gerris J, T'sjoen G, Heylens G, et al. Long-term assessment of the physical, mental, and sexual health among transsexual women. *J Sex Med.* 2009;6(3):752–60.
38. Hess J, Neto RR, Panic L, Rübber H, Senf W. Zufriedenheit mit der Mann-zu-Fraugeschlechtsangleichenden Operation: Ergebnisse einer retrospektiven Befragung. *Dtsch Arztebl Int.* 2014;111(47):795–801.
39. Cardoso da Silva D, Schwarz K, Fontanari AMV, Costa AB, Massuda R, Henriques AA, et al. WHOQOL-100 before and after sex reassignment surgery in brazilian Male-to-female transsexual individuals. *J Sex Med.* 2016;13(6):988–93.

40. Sigurjonsson H, Rinder J, Möllermark C, Farnebo F, Lundgren TK. Male to female gender reassignment surgery: Surgical outcomes of consecutive patients during 14 years. *JPRAS Open*. 2015;6:69–73.
41. Krege S, Bex A, Lümmen G, Rübber H. Male-to-female transsexualism: A technique, results and long-term follow-up in 66 patients. *BJU Int*. 2001;88(4):396–402.
42. Selvaggi G, Bellringer J. Gender reassignment surgery: An overview. *Nat Rev Urol*. 2011;8(5):274–81.
43. Rehman J, Melman A. Formation of neoclitoris from glans penis by reduction glansplasty with preservation of neurovascular bundle in male-to-female gender surgery: Functional and cosmetic outcome. *J Urol*. 1999;161(1):200–6.
44. Sigurjónsson H, Möllermark C, Rinder J, Farnebo F, Lundgren TK. Long-Term Sensitivity and Patient-Reported Functionality of the Neoclitoris After Gender Reassignment Surgery. *J Sex Med*. 2017;14(2):269–73.
45. Selvaggi G, Monstrey S, Ceulemans P, T’Sjoen G, De Cuyper G, Hoebeke P. Genital sensitivity after sex reassignment surgery in transsexual patients. *Ann Plast Surg*. 2007;58(4):427–33.
46. Lawrence AA. Sexuality before and after male-to-female sex reassignment surgery. *Arch Sex Behav*. 2005;34(2):147–66.
47. De Cuyper G, T’Sjoen G, Beerten R, Selvaggi G, De Sutter P, Hoebeke P, et al. Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Arch Sex Behav*. 2005;34(6):679–90.
48. Schober JM, Meyer-Bahlburg HFL, Ransley PG. Self-assessment of genital anatomy, sexual sensitivity and function in women: Implications for genitoplasty. *BJU Int*. 2004;94(4):589–94.

49. Organization WH. WHO | The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). Who. 1995;(February).
50. THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. Psychol Med. 1998;28:551–8.
51. Skevington, S M, Lotfy M, O’connell, K a. The World Health Organization ’ s WHOQOL-BREF quality of life assessment : Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group. Qual Life Res. 2004;13(2):299–310.
52. Wierckx K, Van Caenegem E, Elaut E, Dedeker D, Van de Peer F, Toye K, et al. Quality of Life and Sexual Health after Sex Reassignment Surgery in Transsexual Men. J Sex Med. 2011;8(12):3379–88.
53. Hadj-Moussa M, Ohl DA, Kuzon WM. Feminizing Genital Gender-Confirmation Surgery. Sex Med Rev. 2018.