

# Klinisch beleid ten aanzien van adolescenten met genderidentiteitsstoornis

Femke Wouters, Sebastian Schagen, Peggy Cohen-Kettenis,  
Henriette Delemarre-van de Waal

VUmc, Amsterdam

## Samenvatting

Adolescenten met genderidentiteitsstoornis (GIS) komen in Nederland in aanmerking voor de onderdrukking van hun eigen, biologische puberteit als ze al vanaf de kindertijd aan de DSM-IV-TR criteria voor een GIS voldoen, psychologisch stabiel zijn en gesteund worden door hun omgeving. Ter ondersteuning van het diagnostisch proces wordt nagegaan hoe de adolescenten de eerste, nog reversibele fases van de eigen, biologische puberteit ervaren voordat de puberteitsremmende medicatie in de vorm van een GnRH analoog gegeven wordt (Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006). Onderdrukking van de puberteit heeft als voordeel dat de beslissing om tot geslachtsaanpassende behandeling over te gaan zorgvuldig genomen kan worden, zonder dat de adolescent het gevoel heeft onder druk te staan door de ontwikkeling van ongewenste secundaire geslachtskenmerken. Bij persisterende genderdisforie en bij de afwezigheid van contra-indicaties, kan de adolescent vanaf 16 jaar cross-sex hormonen en vanaf 18 jaar een geslachtsaanpassende operatie krijgen. Het geslacht kan dan tevens voor de wet worden aangepast.

We denken dat deze nieuwe aanpak tot een beter resultaat leidt met betrekking tot de lichamelijke ontwikkeling, zelfvertrouwen en psychisch en sociaal welzijn. De eerste resultaten zien er inderdaad gunstig uit, maar ook lange termijn gevolgen dienen nauwgezet geëvalueerd worden.

Het fenomeen transseksualiteit of genderidentiteitsstoornis (GIS) heeft betrekking op individuen die geboren worden met normale geslachtskenmerken van het ene geslacht, maar die overtuigd zijn dat ze tot het andere geslacht behoren (Cohen-Kettenis & Gooren, 1999). De prevalentie van genderidentiteitsstoornis is bij volwassenen ongeveer 1:11000 voor man-vrouw transseksuelen en 1:30000 voor vrouw-man transseksuelen (van Kesteren, Gooren, & Megens, 1996). In de Kliniek voor Kinderen en Adolescenten met Genderdisforie van het VUmc worden met grote regelmaat adolescenten met een genderidentiteitsstoornis (GIS) gezien. Tweederde van de adolescenten die een geslachtsaanpassende behan-

deling willen, komen in aanmerking voor medische behandeling (Vries, Cohen-Kettenis, & Delemarre-van de Waal, 2006), namelijk het onderdrukken van de biologische puberteit.

## Huidig beleid bij jongeren met genderidentiteitsstoornis

Jongeren komen in aanmerking voor het onderdrukken van de biologische puberteit wanneer ze voldoen aan de DSM-IV-TR criteria voor een GIS, psychologisch voldoende stabiel zijn om diagnostiek en behandeling ongestoord te laten verlopen en ondersteund worden door hun omgeving (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1998; Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003). Ze moeten minimaal 12 jaar oud zijn. Daarnaast moet de adolescent de eerste fase van de puberteit hebben ervaren.

De start van de puberteit wordt gezien als een geschikt diagnostisch moment. De genderdisforie neemt bij tieners met een GIS als gevolg van de ontwikkeling van eerste puberteitskenmerken namelijk toe. Dit verhoogde onbehagen over de eigen geslachtskenmerken

Drs. Femke M. Wouters, promovendus kinderendocrinologie, Drs. Sebastian E.E. Schagen, promovendus kinderendocrinologie, Prof. Dr. Peggy T. Cohen-Kettenis, klinisch psycholoog, Prof. Dr. Henriette A. Delemarre-van de Waal, kinderarts-endocrinoloog.  
VUmc, Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam

Ontvangen: 14 maart 2008; Geaccepteerd: 8 november 2008

wordt niet gezien bij jongeren die weliswaar als kind voldeden aan de GIS-criteria maar bij wie de genderdisforie niet persisteert. Integendeel, bij hen blijkt de houding ten opzichte van het lichaam eerder positief te zijn en worden de ook de seksuele gevoelens als prettig ervaren. De reactie op de eerste puberteitskenmerken geeft dus ook diagnostisch relevante informatie. Het puberteitsstadium wordt op de polikliniek kinderendocrinologie vastgesteld door middel van lichamelijk onderzoek (het stageringssysteem volgens Tanner) en op basis van de aanwezigheid van geslachtshormonen in het bloed.

Zodra de adolescent in de puberteit is (Tannerstadium M2 bij biologische meisjes (borsten) of G2-3 bij biologische jongens (geslachtsorganen) en meetbare geslachtshormonen in het bloed) krijgt hij/zij puberteitsremmende medicatie in de vorm van het GnRH analoog triptoreline (Gooren & Delemarre-van de Waal, 2008). Tijdens deze fase van de behandeling worden de genderdisfore gevoelens en eventuele bijkomende psychosociale problematiek uitvoerig besproken met de behandelend psycholoog en psychiater. Als de adolescent in deze fase van gedachten verandert, wordt de puberteitsremming gestopt en kan de jongere doorleven in de biologische geslachtsrol.

Bij persisterende genderdisforie en afwezigheid van contra-indicaties, worden vanaf de leeftijd van 16 jaar geslachtshormonen van het gewenste geslacht aan het GnRH-analoog toegevoegd. Hiermee begint de eigenlijke geslachtsaanpassende behandeling. Vanaf de leeftijd van 18 jaar is het de adolescent toegestaan om geslachtsaanpassende chirurgie te ondergaan en het geslacht voor de wet aan te passen.

### **Gunstige effecten van het huidige beleid**

Het gebruik van GnRH-analogen bij adolescenten met genderdisforie vanaf het eerste stadium van de puberteit is relatief nieuw en geeft nog aanleiding tot discussie (Cohen-Kettenis, Delemarre van de Waal & Gooren, 2008). De onderdrukking van de puberteit met behulp van GnRH-analogen heeft als voordeel dat de geslachtsaanpassende behandeling zorgvuldig overwogen kan worden, zonder dat de adolescent onder druk staat door de ontwikkeling van (grotendeels irreversibele) ongewenste secundaire geslachtskenmerken (Cohen-Kettenis et al., 1998). Hierdoor zal de adolescent minder psychosociale problemen hebben in deze periode. Door het uitblijven van veel lichamelijke veranderingen tijdens de puberteit zal het eindresultaat na operatieve correctie aanzienlijk beter zijn in de gewenste sekse. Door deze relatief nieuwe aanpak worden de behandelingsresultaten met betrekking tot li-

chamelijke ontwikkeling, gevoel van eigenwaarde en psychosociale ontwikkeling geoptimaliseerd.

### **Zorgvuldige observatie noodzakelijk**

Puberteitsremming zorgt voor het uitblijven van de groeispuurt en is geassocieerd met een verminderde opbouw van botmassa en een verandering van het lipidenprofiel in het bloed. Zorgvuldige evaluatie van de effecten van deze behandeling is daarom noodzakelijk. Tijdens de behandeling worden metabole en endocriene parameters bekeken in het bloed. Daarbij wordt regelmatig een DEXA-scan (botscan) gemaakt ter beoordeling van de botmineraaldichtheid (BMD). Gedurende de behandeling met het GnRH-analoog zien we een stabilisatie van de BMD, terwijl deze tijdens de behandeling met cross-sex hormonen weer lijkt toe te nemen (Delemarre-van de Waal, van Weissenbruch, & Cohen-Kettenis, 2004). Er zijn nog geen gegevens over de piekbotmassa bekend, daarom is het zorgvuldig monitoren van de BMD van groot belang.

Tevens wordt er regelmatig een polsfoto gemaakt ter beoordeling van de skeletleeftijd. Tot op zekere hoogte kan de verminderde groeispuurt, eventueel door behandeling met oestrogenen in man-vrouw transseksuelen of oxandrolon in vrouw-man transseksuelen, gebruikt worden om de eindlengte van de genderdisfore adolescent bij te sturen. Dit heeft het voordeel dat de eindlengte uiteindelijk meer uitkomt in de richting van het gewenste geslacht.

Huidige inzichten laten zien dat de ontwikkeling van hersenstructuur en functie doorgaat tot ver in de adolescentie (Durston et al., 2001; Giedd et al., 1999; Paus et al., 1999; Pfefferbaum et al., 1994; Sisk & Zehr, 2005; Sowell, Trauner, Gamst, & Jernigan, 2002; Toga, Thompson, & Sowell, 2006). Geslachtshormonen zijn van invloed op de ontwikkeling van de hersenstructuur en functie. Mogelijk is het onderdrukken van de puberteit van invloed op deze ontwikkeling. Zorgvuldige evaluatie van de effecten van deze behandeling op de hersenontwikkeling door middel van psychologische vragenlijsten en structureel en functioneel MRI onderzoek is daarom van groot belang.

### **Literatuur**

- Cohen-Kettenis, P.T., Delemarre-van de Waal, H.A., & Gooren, L.J.G. (2008). The treatment of adolescent transsexuals: Changing insights. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 1892-1897.
- Cohen-Kettenis, P.T., & Gooren, L.J. (1999). Transsexualism: A review of etiology, diagnosis and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 315-333.

- Cohen-Kettenis, P.T., & Pfäfflin, F. (2003). *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Cohen-Kettenis, P.T., & van Goozen, S.H. (1998). Pubertal delay as an aid in diagnosis and treatment of a transsexual adolescent. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 246-248.
- Delemarre-van de Waal, H.A., van Weissenbruch, M.M., & Cohen-Kettenis, P.T. (2004). Management of puberty in transsexual boys and girls. *Hormone Research*, 62, 75.
- Delemarre-van de Waal, H.A., & Cohen-Kettenis, P.T. (2006). Clinical Management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, 155, 1, S131-S137.
- Durston, S., Hulshoff Pol, H.E., Casey, B.J., Giedd, J.N., Buitelaar, J.K., & van Engeland, H. (2001). Anatomical MRI of the developing human brain: What have we learned? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1012-1020.
- Giedd, J.N., Blumenthal, J., Jeffries, N.O., Castellanos, F.X., Liu, H., Zijdenbos, A., Paus, T., Evans, A.C., & Rapoport, J.L. (1999). Brain development during childhood and adolescence: A longitudinal MRI study. *Nature Neuroscience*, 2, 861-863.
- Gooren, L.J., & Delemarre-van de Waal, H.A. (2008). The feasibility of endocrine interventions in juvenile transsexuals. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 8, 69-74.
- Paus, T., Zijdenbos, A., Worsley, K., Collins, D.L., Blumenthal, J., Giedd, J.N., Rapoport, J.L., & Evans, A.C. (1999). Structural maturation of neural pathways in children and adolescents: In vivo study. *Science*, 283, 1908-1911.
- Pfefferbaum, A., Mathalon, D.H., Sullivan, E.V., Rawles, J.M., Zipursky, R.B., & Lim, K.O. (1994). A quantitative magnetic resonance imaging study of changes in brain morphology from infancy to late adulthood. *Archives of Neurology*, 51, 874-887.
- Sisk, C.L., & Zehr, J.L. (2005). Pubertal hormones organize the adolescent brain and behavior. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 26, 163-174.
- Sowell, E.R., Trauner, D.A., Gamst, A., & Jernigan, T.L. (2002). Development of cortical and subcortical brain structures in childhood and adolescence: A structural MRI study. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 44, 4-16.
- Toga, A.W., Thompson, P.M., & Sowell, E.R. (2006). Mapping brain maturation. *Trends in Neurosciences*, 29, 148-159.
- van Kesteren, P.J., Gooren, L.J., & Megens, J.A. (1996). An epidemiological and demographic study of transsexuals in The Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 25, 589-600.
- Vries, A.L.C., Cohen-Kettenis, P.T., & Delemarre-van de Waal, H.A. (2007). Caring for transgender adolescents in BC: Suggested guidelines; Clinical management of gender dysphoria in adolescents. *International Journal of Transgenderism*, 9, 83-94.

## Summary

### Clinical management of transsexual adolescents

In the Netherlands, transsexual adolescents are eligible for the suppression of the endogenous puberty, when they fulfil DSM-IV-TR criteria for GID from early childhood on, are psychologically stable and live in a supportive environment. Because of its diagnostic information, the adolescent should have experienced the early and reversible phases of his/her own biological puberty. Puberty is assessed on the basis of Tanner stage and sex steroid hormone levels before the GnRH analogue is started. This clinical protocol allows for a balanced decision regarding sex reassignment without the pressure of the development of irreversible secondary sex characteristics. If there are no contra-indications, cross-sex hormones are given from the age of sixteen on. At 18 years, the adolescent can make the choice for a definitive surgical correction. After surgery, a legal change is possible. The outcome with regard to physical development, self-esteem and psychological well-being are being optimized in this new approach. Although short term effects look promising, long-term consequences also have to be evaluated carefully