

Transsukupuolisten rintaleikkaukset

Rintarauhasten poisto on naisesta mieheksi -transsukupuoliselle (transmies) eniten sosiaalista kanssakäymistä helpottava toimenpide ja saattaa jäädä jopa ainoaksi sukupuolen korjaushoidon kirurgiseksi toimenpiteeksi. Rintojen koko sekä ihon määrä ja laatu vaikuttavat leikkaustekniikan valintaan ja siten myös näkyvien arpien pituuteen. Vaikka komplikaatiot ovat harvinaisia, jälkikäteiskorjauksia tehdään jopa lähes puolelle potilaista. Miehestä naiseksi -transsukupuolisista (transnainen) 60–70 % haluaa rintojen suurenustoimenpiteen, sillä feminisoivan hormonihoidon aiheuttama rintojen kasvu ei aina riitä tekemään maskuliinisesta rintakehästä naisellisen näköistä. Rintoja voidaan suurentaa joko silikoniimplanteilla tai rasvansiirrolla. Rintojen kirurgiset toimenpiteet vaativat plastiikkakirurgista erityisosaamista. Toimenpiteet ovat peruuttamattomia, ja siksi transsukupuolisuusdiagnoosin tulee olla moniammatillisen työryhmän vahvistama.

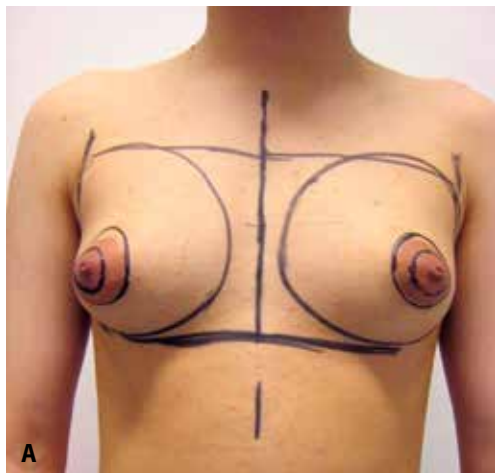
Transmiesten rintaleikkaukset

Rintakehän maskulinisaatio, jolla tarkoitetaan rintakehän muovaamista kirurgisin keinoin miehisemmäksi, on yleensä ensimmäinen ja ainoa kirurginen toimenpide transmiehen sukupuolen korjaushoidossa (1, 2). Rinnat, jotka ovat vartalon merkittävin näkyvä naisellinen piirre, saattavat aiheuttaa heille huomattavan sosiaalisen haitan. Ne voidaan yrittää kätkeä vaatteiden alle käyttämällä tiukkaa sidosta, mutta sitominen näkyy etenkin ohuemman vaateen alta. Rintakehän maskulinisaatio helpottaa merkittävästi miehen sukupuoliroolissa elämistä jo tosielämän jakson aikana. Koska kyseessä on peruuttamaton toimenpide, diagnoosin tulee olla varma ennen leikkausta. Käy-

tännössä moniammatillisen työryhmän psykiatrin lähete varmistaa tämän asian. Potilaan tulee olla täysi-ikäinen ja ymmärtää toimenpiteen hyödyt, haitat, riskit ja peruuttamattomuus. Hänellä ei myöskään saa olla terveydellisiä vasta-aiheita leikkaukselle (merkittävät ylipaino, tupakointi, hoitamaton perussairaus). Mieshormonilääkitystä ei yleensä tarvitse tauottaa ennen leikkausta, jos henkilöllä ei ole merkittävää tukoksille altistavaa tekijää.

Leikkauksen tavoitteena on maskulinisoida rintakehä poistamalla ja muokkaamalla sen feminiinisiä piirteitä. Miehen rintakehään transmiehen luinen rintakehä on sirompi, minkä seurauksena pienetkin ulkonevat rinnat ovat näkyvät (3). Testosteronihoidon seurauksena rintojen rauhaskudos surkastuu ja sidekudoksen määrä lisääntyy sekä rintakehän ja sen lihaksiston muoto muuttuu maskuliiniseksi (4, 5). Tämän lisäksi tarvitaan lähes aina leikkaushoitoa. Testosteronihoidon ei ole leikkauksen välttämätön edellytys (6). Edeltävä hormonilääkitys voi kuitenkin mahdollistaa paremman lopputuloksen.

Leikkaustekniikka valitaan potilaan rinnan koon, ihon määrän ja elastisuuden sekä nännipihan ja nännin sijainnin ja koon perusteella. Rintojen sitomisen seurauksena iho saattaa menettää joustavuuttaan, mikä vaikuttaa leikkaustekniikan valintaan (1). Leikkauksessa poistetaan suurin osa rintarauhasta ja liika iho, nännipiha ja nänni pienennetään ja siirretään oikealle paikalleen sekä häivytetään rinnanaluspoimu (1, 2). Tavoitteena on tehdä kaikki edeltävä mahdollisimman vähin arvin. Irrotettaessa rauhasta ympäristöstään sekä rintakehän muotoilussa on mahdollista käyttää myös rasvaimua (2). Pienimmillään arpi voi olla gynekomastialeikkauksen tapaan nännipihan alareunan myötäinen, mutta useammin se kulkee koko nännipihan ympäri (KUVA 1). Jos rinnat ovat keskikokoiset tai suuremmat tai iho



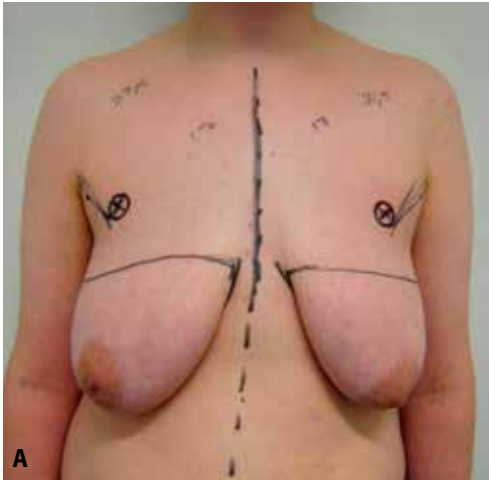
KUVA 1. A) 20-vuotias transmies, jolla oli pienehköt rinnat ja venyttämätön rintojen iho. Rauhaset poistettiin nännipihan myötäisestä avauksesta. B) Ensimmäisen leikkauksen jälkeen rintojen alapooli jäi esiin työntyväksi, minkä vuoksi toisessa leikkauksessa poistettiin ylimääräistä kudosta rasvaimulla. Samalla nännettä pienennettiin ja nännipihojen muotoa korjattiin. C) Tilanne kahden kuukauden kuluttua toisesta leikkauksesta.

hyvin venyttynyttä, rintarauhanen poistetaan koko rinnanaluspoimun myötäisesti kulkevasta haavasta ja nännit siirretään oikeaan paikkaan joko vapaina siirteinä tai varrellisina oman verenkiertonsa varassa (KUVA 2). Lopputuloksena voi olla siis varsin näkyvät arvet, jotka onneksi vaalenevat ajan myötä ja osalla potilaista jäävät rintakarvojen peittoon. Nuorilla ihmisillä esiintyy melko usein arven liikakasvua, erityisesti rinnan alueella, ja ajoissa aloitettu arpihoito teipein ja tarvittaessa kortisonipistöksin on tärkeää kosmeettisesti mahdollisimman hyvän lopputuloksen saavuttamiseksi. Testosteronilääkitys altistaa kasvojen ja ylävartalon aknelle, ja hankalissa tapauksissa tarvitaan ihotautilääkärin konsultaatiota ennen leikkausta.

Leikkauksen periaatteet. Rintaleikkaus voidaan ajoittaa samaan aikaan kohdun ja muna-

sarjojen poiston kanssa (1), jos käytännön järjestelyt sen sallivat. Leikkaus tehdään yleisanestesiassa ja kestää 2–3 tuntia. Rintakehää tukevaa napakkaa toppia tai sidosta pidetään ympärivuorokautisesti neljä viikon ajan leikkauksesta. Se vähentää leikkauksenjälkeistä turvotusta, ehkäisee seroomaa ja edistää ylimääräisen ihon vetäytymistä. Rintakehää raskittava liikunta (esim. juoksu, punnerrukset) ei ole suotavaa neljään viikkoon. Työnkuva määrää sairausloman keston. Leikkauksen akuutteja komplikaatioita voivat olla verenvuoto, tulehdus, haavan aukeaminen, nännin verenkiertohäiriö ja syvä laskimotukos. Leikatuista potilaista 4–5 % joutuu akuutin komplikaation vuoksi uusintaleikkaukseen, yleisimmin kookkaan hematooman vuoksi (1, 2). Myöhäisongelmia voivat olla arven liikakasvu, ylimääräinen iho, rintakehän epätasaisuus sekä nännin väärä sijainti, venyminen, depigmentaatio ja tuntopuutos. Komplikaatiot ovat harvinaisia, ja potilaat ovat yleensä tyytyväisiä lopputulokseen. Kirjallisuuden mukaan kuitenkin jopa 32–40 % tarvitsee myöhäisongelmien vuoksi jälkikorjauksia (1, 2).

On muistettava, että maskulinisoivan leikkauksen jälkeen rintaan jää rauhaskudosta,



KUVA 2. A) 20-vuotias transmies, jolla oli kookkaat rinnat, joita hän oli peittänyt tiukalla sidoksella. Rinnat poistettiin rinnanaluspoimun myötäisestä avauksesta ja nännit siirrettiin vapaan ihonsiirteen tapaan oikeille paikoilleen. B) Tilanne kahden kuukauden kuluttua leikkauksesta.

jolloin rintasyöpä on myöhemmällä iällä mahdollinen, joskin sen todennäköisyys on hyvin pieni.

Transnaisten rintaleikkaukset

Transnaiselle rinnat ovat merkittävät naiseuden tunteen ja minäkuvan kannalta (7). Rintojen kasvu hormonihoidon seurauksena tapahtuu yleensä ensimmäisen puolentoista käyttövuoden aikana. Suurimmalle osalle saadaan lääkityksellä A-kupin kokoiset rinnat, mutta suurella osalla toiveena on vähintään B-kupin kokoiset rinnat. Pienen koon lisäksi kirurgiaa tarvitaan usein rinnan muodon korjaamiseksi. Erityisesti rinnan alapooli voi jäädä ilman leikkaushoitoa hypoplastiseksi. Hollannissa on arvioitu, että 60–70 % transnaisista haluaisi rintojen suurennusleikkauksen (7, 8).

Maskuliininen rintakehä on feminiinistä selvästi kookkaampi kaikissa suhteissa: se on sekä korkeampi että leveämpi, ja lisäksi rintakehän muoto on litteä verrattuna naisen kartiomaiseen rintakehään (7). Siksi feminiinisessä rintakehässä oleva kookaskin rinta saattaa näyttää maskuliinisessa rintakehässä pienemmältä. Lisäksi miehellä rintojen väli on leveämpi ja nännit sijaitsevat lateralisemmin.

Yleisin tapa suurentaa rintoja on silikoniimplanttien käyttäminen (augmentaatio). Ana-

tomisia, pisananmallisia implantteja on saatavilla useita eri malleja ja kokoja. Implantin malli (leveys, korkeus ja projektio) valitaan potilaan rintakehän mukaan ja koko potilaan toiveiden ja rintakehän ihon venyvyyden mukaan. Tutkimusten mukaan transnaiset ovat usein pettyneitä suurennettujen rintojensa kokoon ja hakeutuvat siksi uusintaleikkauksiin (7). Tarvittaessa rintojen ihoa voidaan venyttää ensimmäisessä leikkauksessa asetettavilla laajenninimplanteilla, jotka sitten toisessa leikkauksessa vaihdetaan pysyviin implantteihin. Julkisella puolella yleensä kuitenkin tehdään augmentaatio pysyvillä implanteilla ja jos potilas myöhemmin toivoo vielä suurempia rintoja, hän hakeutuu yksityispuolella lisäleikkauksiin. Implanttileikkaus ja sen riskit ovat hyvin samanlaiset kuin naisten rintojen suurennusleikkauksissa.

Rintoja on mahdollista suurentaa ja korjata niiden muotoa myös autologisella rasvansiirroilla, jolloin rasvaimulla imetään ihonalaista rasvaa sieltä, mistä sitä on parhaiten saatavilla ja siirretään rintojen ihon alle, rauhasen alle ja rintalihakseen (9). Rasvansiirroilla on mahdollista implanttia paremmin muotoilla rintaa – esimerkiksi lisätä rinnan alapoolin täyteläisyyttä tai häivyttää leveätä rintojen väliä. Toisaalta rasvansiirtoja joudutaan yleensä tekemään vähintään kaksi, jotta saavutetaan haluttu rintojen koko.

Kuka leikkaa, missä leikataan?

Transsukupuolisten rintakirurgiaa tehdään potilaiden omissa sairaanhoitopiireissä ja yksityispuolella. Hoitopaikasta riippumatta leikkauksia tekevän kirurgin on normaaleja anatomisia rakenteita muuttaessaan ymmärrettävä transsukupuolisten leikkaushoidon erityispiirteet, tavoitteet ja rajoitteet (6). Lisäksi on tärkeää hallita useampia leikkaustekniikoita, jotta voi valita jokaiselle potilaalle hänelle parhaiten sopivan tekniikan. Olisi potilaan edun mukaista, että toimenpiteet keskitettäisiin asiaan perehtyneille, kokeneille plastiikkakirurgeille.

Lopuksi

Nuorilla henkilöillä on usein niin suuri tarve muuttua, että muutamankin vuoden odottaminen ja lääkkeen aikaansaamien muutoksien odottaminen voi tuntua liian pitkältä ajalta. Paras lopputulos saavutetaan kuitenkin oikea-aikaisella leikkauksella, jota ei ole syytä tehdä hätiköiden. Jokaisen potilaan kokonaistilanne on syytä huomioida kuitenkin yksilöllisesti eikä tehdä kategorisia rajauksia leikkaushoitohen aikatauluihin.

Rintojen koko on transnaisille tärkeä asia, mutta vain osa kokonaisuutta. Merkittävä osa augmentaatioista tehdään yksityisellä sektorilla. Jos rinnat eivät kasva hormonihoidon avulla sen kokoisiksi, että sukupuolitunnusmerkit täyttyvät, tai niiden muoto jää poikkeavaksi, rintoja voidaan suurentaa silikoni-implanteilla tai rasvansiirrolla julkisella puolella.

Rintakehän maskulinisaatioleikkauksissa oikea leikkaustekniikka ja arpien jälkihoito ovat lopputuloksen ja turhien uusintaleikkausten kannalta olennaisia, jotta voidaan välttää turhat uusintaleikkaukset. ■

ULLA KARHUNEN-ENCKELL, LL, plastiikkakirurgian erikoislääkäri

Tays, tuki- ja liikuntaelinsairauksien vastualue

MAIJA KOLEHMAINEN, LL, kirurgian ja plastiikkakirurgian erikoislääkäri, osastonlääkäri
HYKS, plastiikkakirurgian klinikka, Töölön sairaala

MINNA KÄÄRIÄINEN, LT, plastiikkakirurgian apulaisylilääkäri

Tays, tuki- ja liikuntaelinsairauksien vastualue

SINIKA SUOMINEN, LT, dosentti, kirurgian ja plastiikkakirurgian erikoislääkäri, osastonylilääkäri
HYKS Plastiikkakirurgia, Helsingin yliopisto

SIDONNAISUDET

Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

1. Monstrey S, Selvaggi G, Ceulemans P, ym. Chest-wall contouring surgery in female-to-male transsexuals: a new algorithm. *Plast Reconstr Surg* 2008;121:849–59.
2. Cregten-Escobar P, Bouman MB, Bun-camper ME, Mullender MG. Subcutaneous mastectomy in female-to-male transsexuals: a retrospective cohort-analysis of 202 patients. *J Sex Med* 2012;9:3148–53.
3. Richards C, Barrett J. The case for bilateral mastectomy and male chest contouring for the female-to-male transsexual. *Ann R Coll Surg Engl* 2013;95:93–5.

4. Gooren L. Hormone treatment of the adult transsexual patient. *Horm Res* 2005; 64(suppl 2):31–6.
5. Grynberg M, Fanchin R, Dubost G, ym. Histology of genital tract and breast tissue after long-term testosterone administration in a female-to-male transsexual population. *Reprod Biomed Online* 2010;20:553–8.
6. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people: version 7. World Professional Association for Transgender Health (WPATH) 2014. [http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_web-](http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_web-page_menu=1351)

[page_menu=1351](http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_web-page_menu=1351).

7. Kanhai RC, Hage JJ, Asscheman H, Mulder JW. Augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. *Plast Reconstr Surg* 1999;104:542–9.
8. Wierckx K, Gooren L, T'Sjoen G. Clinical review: Breast development in trans women receiving cross-sex hormones. *J Sex Med* 2014;11:1240–7.
9. Kauhanen S, Peltoniemi H. Rasvansiirto – korjaavan kirurgian yleistyvä työkalu. *Duodecim* 2012;128:2074–84.

Summary

Surgery of the breast on transgender persons

For a female-to-male transgender person, mastectomy is the most important procedure making the social interaction easier. Along with the size of the breasts, the quantity and quality of skin will influence the selection of surgical technique. Although complications are rare, corrective surgery is performed for as many as 40% of the patients. Of male-to-female transsexual persons, 60 to 70% opt for breast enlargement. Breast enlargement can be carried out by using either silicone implants or fat transplantation. Since the surgical procedures on breasts are irreversible, their implementation requires confirmation of the diagnosis of transsexualism by a multidisciplinary team.