

TransMann

Kontakt und Informationen für Transmänner

Operationen
Mastektomie und Hysterektomie



© by Dave

Dieses Heft wurde erstellt und wird unterhalten von
Henrik Haas (henrik@transmann.de).
Das Covermotiv ist von Dave und urheberrechtlich
geschützt.

Die Weiterverbreitung ist nicht nur erlaubt, sondern
erwünscht. Voraussetzung dafür ist, dass nichts aus dem
Text gestrichen wird (auch nicht die Quellenangabe) und
eventuelle Ergänzungen deutlich und namentlich
gekennzeichnet werden.

VERWENDETE ABKÜRZUNGEN

OPERATIONEN - MASTEKTOMIE UND HYSTEREKTOMIE

1. MASTEKTOMIE

- 1.1. WELCHE VORAUSSETZUNGEN BRAUCHE ICH?
- 1.2. WIE LÄUFT DIE OPERATION AB?
- 1.3. TECHNIKEN
- 1.4. THEMA BRUSTWARZE
- 1.5. WER FÜHRT MASTEKTOMIEN DURCH?
- 1.6. QUELLEN ZUM THEMA MASTEKTOMIE

2. HYSTEREKTOMIE

- 2.1. WELCHE VORAUSSETZUNGEN BRAUCHE ICH?
- 2.2. PRO UND CONTRA
- 2.3. TECHNIKEN
- 2.4. VORBEREITUNGEN ZUR OPERATION
- 2.5. WAS PASSIERT BEI DER OPERATION?
- 2.6. NACH DER OPERATION
- 2.6. RISIKEN DER HYSTEREKTOMIE
- 2.7. WER FÜHRT EINE HYSTEREKTOMIE DURCH?
- 2.8. QUELLEN ZUM THEMA HYSTEREKTOMIE

WEITERFÜHRENDES

IMPRESSUM

verwendete Abkürzungen

TM e.V. = TransMann e.V. (Infos unter:
<http://www.transmann.de/>)

dgti = Deutsche Gesellschaft für Trans- und Intersexualität
(Infos unter: <http://dgti.trans-info.de/> oder auch
<http://www.dgti.org/>)

TM = Transmann, oft auch als Frau-zu-Mann
Transsexueller bezeichnet.

TF = Transfrau, oft auch als Mann-zu-Frau Transsexuelle
bezeichnet.

GA = genitalangleichende Operation (auch
genitalkorrigierende oder geschlechtsangleichende OP oder
- ganz falsch - Geschlechtsumwandung genannt), bei der die
primären Geschlechtsorgane, also die zwischen den Beinen,
an das gelebte Geschlecht angeglichen werden

SHG = Selbsthilfegruppe. Wenn im FAQ auf SHGs
verwiesen ist, sind oft auch Beratungsstellen mitgemeint.
Eine jeweils aktuelle Liste findet sich auf den Webseiten der
dgti (s.o.) und der Viva (<http://www.vivats.de/>)

TSG = Gesetz über die Änderung der Vornamen und die
Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen
Fällen (Transsexuellengesetz). Juristische Grundlagen für
die Vornamens- und Personenstandsänderung.

MDK = Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen.
Muss bei jeder planbaren OP und bei bestimmten
Indikationen zugezogen werden.

Operationen - Mastektomie und Hysterektomie

1. Mastektomie

Die Mastektomie, die Entfernung der weiblichen Brust und Formung einer männlichen Brust, gehört zu den Operationen, welche zwingend sind für die Personenstandsänderung. Durch die Mastektomie wird das äußere Erscheinungsbild des Transmanns an das männliche angeglichen.

1.1. Welche Voraussetzungen brauche ich?

Wie bei jeder geplanten Operation solltest Du körperlich fit und gesund sein, um die Operation möglichst gut zu überstehen. Die Kostenübernahme der Operation durch die Krankenkasse sollte auch geklärt sein, da sonst die meisten Operateure - aus nachvollziehbarem Grund - die Operation nicht durchführen.

Körperlich solltest Du mindestens ein halbes Jahr, besser noch ein dreiviertel Jahr lang bereits Testosteron verabreicht bekommen haben. Hierdurch hat sich das meiste Körperfett bereits am Körper umverteilt, so dass die Gefahr von späteren Dellen im Operationsgebiet durch weitere Fett-Umverteilung sinkt.

Günstig ist es, wenn Du einige Monate vor der Operation anfängst, Liegestützen zu machen oder sonst irgendwie die Brustmuskeln trainierst. Durch einen gut sichtbaren Brustmuskel kann der Operateur wesentlich leichter die Brustwarze an die richtige Stelle platzieren.

Relativ ungünstig ist es, wenn Du die Brust vorher jahrelang stark abgebunden hast. Unter Umständen wurde dadurch nämlich das Gewebe geschädigt und ist innerlich vernarbt, so dass der Operateur seine liebe Not damit hat, eine gut aussehende Männerbrust zu formen.

1.2. Wie läuft die Operation ab?

Die erste (und manchmal auch einzige) Operation wird immer in Vollnarkose vorgenommen. Du wirst also von der Operation selbst nichts mitbekommen.

Zu Anfang pinselt der Operateur mit Edding etliche Striche auf den Oberkörper. Hierdurch weiss er während der OP dann, wo und wie er schneiden muss. Danach wird das Operationsgebiet desinfiziert.

Je nach gewählter Technik (siehe weiter unten) und Notwendigkeit werden dann Drüsengewebe, Fett und Haut entfernt. Nach dem Vernähen kommt ein dicker Druckverband um den gesamten Brustkorb. Dieser ist einerseits nötig, um die Haut schon mal an der richtigen Stelle anwachsen zu lassen, andererseits und vor allem aber ist er notwendig, um einer zu starken Schwellung und Blutung vorzubeugen.

Aus dem Druckverband werden auch die Drainagen herauschauen, welche Du links und rechts im Operationsgebiet noch stecken hast. Mit deren Hilfe kann überschüssiges Blut abfließen, und so gefährliche Hämatoeme (Blutergüsse) reduziert werden.

Nach 2-3 Tagen werden die Drainagen entfernt, was ein wenig ziept, jedoch in den seltensten Fällen wirklich weh tut.

Wenn keine selbstauflösenden Fäden verwendet wurden, werden diese in der Regel nach 10-14 Tagen entfernt.

Selbstaflösende Fäden sind zwar meist die bequeme Variante, jedoch verträgt nicht jeder diese Fäden. Uns sind schon einige Fälle bekannt geworden, in welchen genau diese Fäden sich nicht aufgelöst haben, sondern anfangen heraus zu eitern.

1.3. Techniken

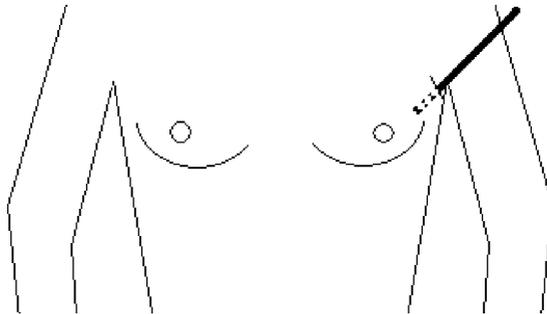
Welche Technik die Richtige für Dich ist, kann pauschal nicht gesagt werden. Auch, welcher Operateur der geeignete ist, ist bei jedem Transmann unterschiedlich.

Du solltest Dich also vor Deiner Entscheidung für oder gegen einen Operateur umsehen, mit dem Operateur sprechen. Lass Dir Bilder zeigen (vorher und nachher!) und versuche, Transmänner persönlich zu sprechen, welche die Mastektomie bereits machen ließen. Bei allen Gesprächen solltest Du realistisch sein: eine Brust Cup DD kann nicht so ohne weiteres nur mit einem Mamillenschnitt umgemodelt werden.

Im Folgenden möchten wir Dir die wichtigsten Techniken vorstellen.

1.3.1. Liposuction

Die Liposuction ist geeignet für Transmänner mit sehr kleiner Brust. Hierbei wird in Achselnähe ein Schnitt gemacht und lediglich das überflüssige Fett abgesaugt. Drüsengewebe kann nur schwer bis gar nicht auf diese Weise entfernt werden. Die Narbe wird - so überhaupt sichtbar - sehr klein und unscheinbar, und nicht an der Brust, sondern in Achselnähe sein.



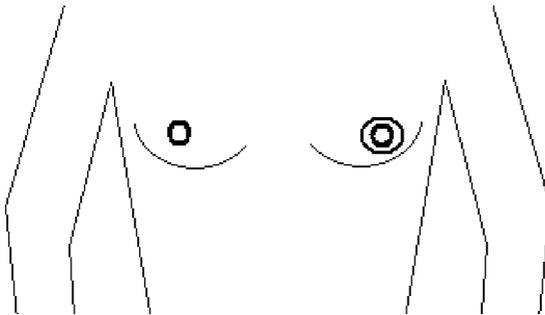
Liposuction

1.3.2. Mamillenschnitt

Der Mamillenschnitt führt rund um die Mamille = Brustwarze herum. Je nach Operateur ist diese Technik geeignet für kleine bis mittelgroße Brüste.

Vorteil ist, dass die Narbe so gut wie unsichtbar ist, da sie direkt am Farbübergang Brustwarze/normale Haut gelegen ist. Die Brustwarze bleibt während der OP an der Nerven- und Blutversorgung („gestielt“), so dass ein Verlust der Brustwarze bzw. der Sensibilität unwahrscheinlich wird.

Es ist möglich, dass die Brustwarze während der OP verkleinert wird und/oder überschüssige Haut entfernt wird.

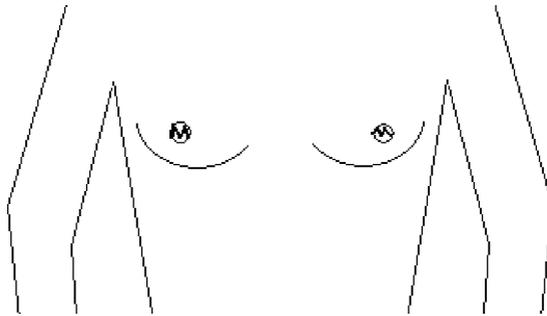


Mamillenschnitt ohne und mit Entfernung von
Haut um die Brustwarze herum

1.3.3. M-Schnitt

Der Schnitt ist – wie der Name schon sagt – M-förmig in der Brustwarze geführt. Der Vorteil dieses Schnittes: die Naht ist durch diese Zickzack-Form belastbarer. Durch das Führen in der Mamille wird die Narbe später so gut wie unsichtbar. Nachteil: die Brustwarze könnte in sich verformt werden, wenn die Narbe sich zusammen zieht, und könnte evtl. auch ganz oder teilweise taub sein, wenn Nerven durchtrennt wurden.

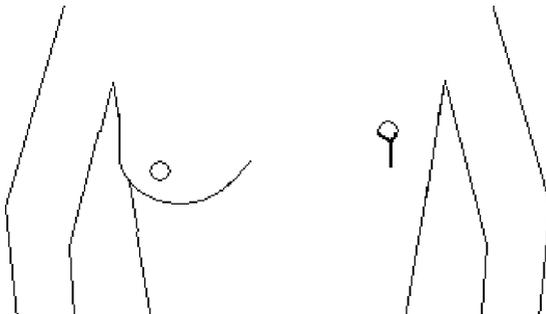
Dieser Schnitt ist ebenfalls eher für Jungs mit wenig bis kleiner Brust geeignet.



M-Schnitt

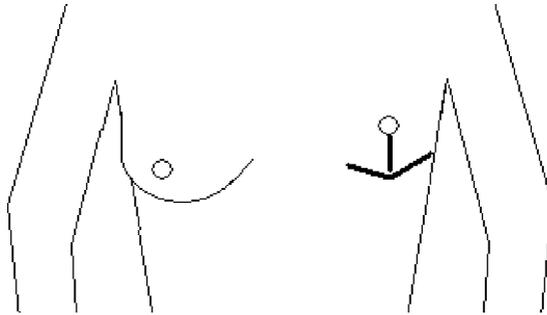
1.3.4. T-Schnitt und Anker-Schnitt

Ähnlich wie der M-Schnitt wird die Schnittführung ebenfalls schon im Namen verraten: Von der Mamille ausgehend wird ein Schnitt nach unten geführt und dann noch ggf. an der Brustfalte unten zur Seite hin ausgedehnt. Durch die Schnitte nach unten und zur Seite kann der Chirurg überflüssige Haut entfernen und so eine männliche Brust formen.



T-Schnitt

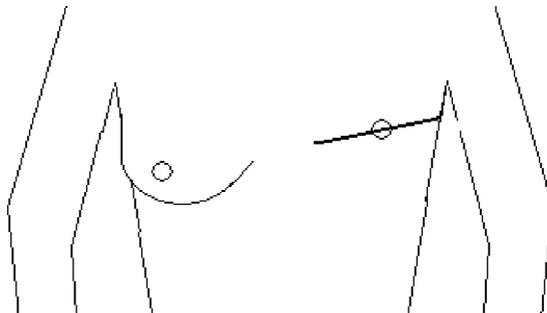
Die entstehenden Narben sind leider über Jahre hin auffällig. Allerdings ist diese Technik für Jungs mit großen bis sehr großen Brüsten, die die Mastektomie in nur einer einzigen Operation durchgeführt haben möchten, die geeignete. Das Können des Chirurgen ist sehr wichtig, da er zum einen im immer weiter anschwellenden Gewebe vorhersehen muss, wieweit er schneiden kann, zum anderen muss er am Ende der OP eine feine Naht zustande bringen, so dass die entstehende Narbe so schmal wie möglich wird.



Ankerschnitt

1.3.5. waagrechtter Schnitt

Der waagrechte Schnitt einmal quer über die Brust sollte eigentlich der Vergangenheit angehören. Früher wurde diese Technik an Frauen durchgeführt, welche an Brustkrebs erkrankt waren. Bei den Operationen an Transmännern wurde bis in die 70er Jahre hinein diese Technik einfach übertragen. Leider sind die Ergebnisse nicht befriedigend und die Brustwarze ist dabei ebenfalls in den meisten Fällen entfernt worden.



1.4. Thema Brustwarze

Der Erhalt der Brustwarze sollte mittlerweile jeder Chirurg in seinem Plan vorgesehen haben. Vorhaben, nach welchen die Brustwarze entfernt wird und später an passender Stelle aufätowiert, sind nicht akzeptabel – eine Tätowierung ist nunmal nicht so sensibel wie die originale Haut der Brustwarze.

Am besten für die Blut- und Nervenversorgung der Brustwarze ist selbstverständlich, wenn diese gar nicht unterbrochen wird. Bei der Liposuction sollte das gewährleistet sein, ebenso wenn die Brustwarze während der OP gestielt ist oder über einen Teil der umgebenden Haut weiterhin durchblutet ist, wie das beim Mamillenschnitt und beim M-Schnitt der Fall ist.

Bei einer mittelgroßen bis sehr großen Brust kann es jedoch vorkommen, dass die Brustwarze nicht an der anatomisch richtigen Stelle zum Liegen kommen würde, wenn man einfach Fett, Drüsen und überschüssige Haut entfernt. Dann muss die Brustwarze in ihrer gesamten Position verschoben werden. Das bedeutet in vielen Fällen aber auch, dass die Brustwarze erst einmal komplett abgetrennt wird und zum Ende der OP an der richtigen Stelle eingefügt wird. Manchmal besteht noch die Möglichkeit, dass die Brustwarze gestielt wird.

Geht das denn – abtrennen und einfach wieder draufnähen?

Ja, im Prinzip schon. Die Brustwarze wird als relativ dünne Hautschicht abgenommen. Medizinisch ist es durchaus gang und gäbe, dass dünne Hautschichten durch schlichtes auflegen auf gut durchblutetes Gewebe transplantiert werden. Dadurch, dass das verpflanzte Gewebe so dünn ist, ist die ausreichende Versorgung mit Sauerstoff und Nährstoffen gegeben. Das ist auch bei der Brustwarze der Fall.

Aber: die Nerven sind erstmal durch. Das heisst, dass Du in der ersten Zeit sicherlich kein Gefühl in den Brustwarzen haben wirst. Mit etwas Glück wachsen die Nerven wieder in die Brustwarze ein und das Gefühl kommt wieder. Allerdings kann das Monate und Jahre dauern, manchmal bleibt die Sensibilität einfach weg.

Das Risiko des Absterbens ist – trotz angeblich ausreichender Versorgung von unten her – ebenfalls wesentlich höher als wie wenn die Blutversorgung gar nicht durchtrennt wäre.

Wenn Dir also ein Chirurg die Brustwarze frei transplantieren möchte, weil es für ihn bequemer ist, solltest Du durchaus kritisch mit der Sache umgehen. Beim T- und Ankerschnitt ist es jedoch sehr wahrscheinlich, dass die Brustwarze aufgrund der Größe der Brust einfach nicht mehr gestielt versetzt werden kann.

1.5. Wer führt Mastektomien durch?

Die Mastektomie wird mittlerweile von relativ vielen Operateuren angeboten. Jedoch gibt es hier noch keine Standardisierung, so dass Du Dich bei diesem Thema bei mehreren Operateuren umsehen solltest.

Adressen von Operateuren kannst Du bei der nächsten Selbsthilfegruppe in Deiner Nähe erfahren, oder aber Du kontaktierst uns direkt. Eine Liste können wir hier nicht veröffentlichen, da dies den Rahmen des Infoheftes sprengen würde.

1.6. Quellen zum Thema Mastektomie

www.transster.com

Buch: Loren Cameron: Bodyalchemy

Buch: Kai Wolfgang Hansmann: Als Mann endlich glücklich, Seite 238 ff

2. Hysterektomie

Das Wort „Hysterektomie“ bezeichnet die Entfernung (griech. Ektomie) der Gebärmutter (griech. Hyster“). Wir möchten in diesem Artikel jedoch auch die Entfernung der Eierstöcke (lat. Ovarien, griech. Oopho), zusammen mit der Entfernung der Eileiter (griech. Salpinx), d.h. Salpingo-oophorektomie oder auch Ovarektomie, sowie die Kombination aus allen besprechen.

Die Entfernung der Gebärmutter (Uterus) und/oder der Eierstöcke (Ovarien), gehört zu den Operationen, welche zwingend sind für die Personenstandsänderung. Durch die Hysterektomie wird die vom TSG für die Personenstandsänderung geforderte dauerhafte Unfruchtbarkeit hergestellt.

2.1. Welche Voraussetzungen brauche ich?

Im Grunde genommen musst Du für die Hysterektomie keinerlei Voraussetzungen erfüllen. Du benötigst lediglich die beiden Indikationsschreiben von den Gutachtern und die Kostenübernahme von der Krankenkasse.

Eine gewisse Frist nach Hormoneinnahme (wie von der Mastektomie bekannt) ist aus medizinischer Sicht nicht notwendig.

Die Indikationsschreiben werden für zwei Punkte benötigt: Einmal will die Krankenkasse diese Schreiben vorliegen haben, um sicher zu gehen, dass diese Operation notwendig ist. Nur in diesem Fall ist die Kasse nämlich zur Kostenübernahme verpflichtet. Der Nachweis einer vorliegenden Transsexualität ist

dafür ausreichend. Es reicht jedoch nicht, wenn Du ohne die Indikationsschreiben bei der Krankenkasse anfragst – da wird jede Kasse sicherlich die Kostenübernahme ablehnen.

Ein zweiter Grund für die Indikationsschreiben: der Operateur braucht meist eine Kopie davon, damit er Dich operiert. Warum? Rechtlich gesehen ist jede Operation erstmal eine Körperverletzung, auf welche eine hohe Strafe steht. Daher muss für jede geplante Operation das Einverständnis des „Opfers“, d.h. des Patienten vorliegen, damit diese Körperverletzung für den Operateur ohne strafrechtliche Konsequenzen bleibt. Die Indikationsschreiben sind hierbei für den Operateur nochmal eine zweite Sicherheit, dass er straffrei handelt.

Zur Ergänzung: Wenn ein Patient nicht mehr zur Willensäußerung fähig ist, z.B. weil er bewusstlos ist, und die Operation sein Leben retten würde, muss der Operateur natürlich die Operation auch ohne explizite Einverständniserklärung durchführen – dass er hier straffrei bleibt, dürfte klar sein.

2.2. Pro und Contra

Für die Hysterektomie gibt es verschiedene Techniken. Das hängt vor allem davon ab, was entfernt werden soll. Daher ein kleiner Zwischenstopp zur Frage, was nötig ist, was ratsam ist, was *Du willst...*

Je nachdem, welchen Gynäkologen man fragt: sie sind unterschiedlicher Meinung darüber, was medizinisch sinnvoll ist: Entfernung nur der Gebärmutter? Nur der Eierstöcke? Beides? Mit Entfernung des Gebärmutterhalses?

Die Verwirrung liegt wohl darin begründet, dass auch die Fachleute nicht genau wissen, welche Konsequenzen welche Handlung bei Transmännern hat, und welche Risiken mit dem

Verbleib diverser Eingeweide bestehen.

Bei Frauen, welchen Gebärmutter und/oder Eierstöcke entfernt wurden, dürften die Konsequenzen und Risiken mittlerweile gut erforscht sein. Doch bei denen findet keine zusätzliche drastische Hormonumstellung wie bei uns statt. Die Frauen werden nach und nach hormonell eher auf das notwendige Minimum heruntergefahren, ähnlich dem Hormonstatus nach den Wechseljahren (wenn sie nicht eh schon in dieser Lebensphase waren), und nicht wie wir ständig auf dem Hormonstatus eines 20jährigen Jünglings verbleiben.

Ebenso ist das allgemeine Wohlbefinden bei uns nach der Hysterektomie in der Regel eher gut bis euphorisch, wohingegen Frauen eher unter dem Verlust leiden. Auch das kann durchaus den weiteren Verlauf beeinflussen.

Man kann also die Forschungsergebnisse von Frauen mit Hysterektomie nicht auf Transmänner anwenden. Und spezielle Forschungen zu Transmännern gibt es unseres Wissens nach noch nicht.

Wir möchten daher einige Pros und Contras kurz aufführen, welche – zugegeben – zum Teil nicht wissenschaftlich belegt sind, nur Beobachtungen von Transmännern und/oder Gynäkologen sind, oder auch nur Überlegungen. Zum Teil können sich die Argumente auch widersprechen. Wir haben sie trotzdem genannt, da Dir bei den diversen Vorgesprächen sicherlich das eine oder andere Argument zu Ohren kommen wird. Wir hoffen, Dir damit bei Deiner Entscheidung helfen zu können.

Pro Entfernung der Eierstöcke

- Reduzierung der körpereigenen Östrogen-Produktion. Die Testosterongaben können daher reduziert werden, da nicht mehr gegen das Östrogen „angekämpft“ werden muss.
- Reduzierung des Krebsrisikos: Durch das Testosteron wird die Krebsgefahr erhöht - wo nichts ist, kann auch kein Krebs mehr entstehen
- Reduzierung der Stimmungsschwankungen, da die körpereigene, monatlich schwankende Produktion von Östrogen ausgeschaltet wird.
- Durch die Einnahme von Testosteron verkümmern die Eierstöcke eh, und stellen ihre Hormonproduktion nach einigen Jahren ganz ein. Also weg mit den überflüssigen Organen.
- Wenn nur die Eierstöcke entfernt werden, kann das schon beinahe ambulant erfolgen. Es sind nur zwei bis drei kleine Einschnitte in der Bauchdecke nötig, um die Instrumente einzuführen. Eine Durchtrennung von Muskeln oder eine große Narbe sind nicht nötig. Das Risiko der Operation ist hierdurch auch relativ gering.
- Wenn die Operation erfolgt ist, kann man keine Kinder mehr bekommen – welch eine Erleichterung!

Contra Entfernung der Eierstöcke

- der Körper kann nicht mehr von selbst ausreichend Sexualhormone herstellen. In Krisenzeiten wie Krieg, welche hoffentlich nicht kommen mögen, schaut die Versorgung mit Testosteron für Transmänner höchstwahrscheinlich sehr schlecht aus. Gut, wenn man da evtl. noch auf die körpereigene Produktion zurückgreifen kann.
- Die Eierstöcke verkümmern durch die Testosteroneinnahme und stellen ihre Produktion nach einer Weile ein – warum soll sie man dann noch extra entfernen?
- Mit der Entfernung der Eierstöcke beraubt man sich jeglicher Chance, doch noch ein (blutsverwandtes) Kind zu bekommen – vielleicht ist es ja in Zukunft möglich, per Leihmutterchaft o.ä. Methoden nur die Eier zu spenden und das Kind jemand anderes bekommen zu lassen?
- Keine Reduzierung des Krebsrisikos durch die Entfernung, da auch das umliegende Gewebe noch gefährdet ist.
- Jede Operation birgt Risiken in sich – wenn man eine Operation vermeiden kann, sollte man sie auch sein lassen.
- Auch Transmänner haben das Recht auf körperliche Unversehrtheit.

Pro Entfernung der Gebärmutter

- Was nicht mehr da ist, kann nicht mehr weh tun. Jeder Transmann, der Schmerzen vor und während der Menstruation hat/hatte, wird wissen, wovon ich spreche...
- Reduzierung des Krebs-Risikos – auch hier: was nicht mehr da ist, kann keinen Krebs bekommen.
- Trotz Testosteron baut sich nach und nach Schleimhaut in der Gebärmutter auf, welche dann ab und zu abbluten kann/muss. Kein allzu erfreulicher Zustand, wenn man schon seit mehreren Jahren als Mann lebt.
- Das Risiko der Operation ist relativ gering, da diese Operationen zum täglichen Brot von Gynäkologen gehören und längst standardisiert sind.
- Man kann keine Kinder mehr bekommen.
- Das sexuelle Erleben wird durch die Entfernung der Gebärmutter nicht beeinflusst.

Contra Entfernung der Gebärmutter

- Mit der Entfernung der Gebärmutter beraubt man sich der Fähigkeit, selbst ein Kind auszutragen.
- Bei der Operation werden – zwangsläufig – die Muskeln, welche die Gebärmutter umgeben und festhalten, durchtrennt. Das sexuelle Erleben könnte sich verändern, da die an einem Orgasmus evtl. beteiligten Muskeln nicht mehr „arbeiten“.
- Die Operation ist zwar standardisiert, dennoch birgt sie – wie jede andere Operation auch – Risiken in sich, welche nicht übergangen werden dürfen. Wenn eine Operation vermeidbar ist, sollte man sie daher auch nicht durchführen lassen.
- Die Entfernung via Scheide (Vagina) ist nicht bei allen Transmännern möglich – es muss mitunter ein Bauchschnitt erfolgen. Je nach Technik und Notwendigkeit entsteht eine sichtbare, horizontal oder vertikal verlaufende Narbe.
- Wenn keine Menstruation mehr kommt: warum dann noch die Gefahr einer Operation eingehen?
- Auch Transmänner haben das Recht auf körperliche Unversehrtheit.

2.3. Techniken

Wie bereits angedeutet, gibt es verschiedene Verfahren:

- **Abdominale Hysterektomie:** Der Arzt entfernt die Gebärmutter über einen Bauchschnitt.
- **Vaginale Hysterektomie:** Der Arzt entfernt die Gebärmutter durch die Scheide.
- **Laparoskopische Hysterektomie:** Der Arzt entfernt die Gebärmutter mittels Bauchspiegelung.

Bei den beiden ersten Verfahren verläuft der Eingriff unter Vollnarkose oder regionaler Betäubung (selten).

Im Fall der Laparaskopie muss der Patient dagegen immer eine Vollnarkose erhalten, da nicht jeder für die Dauer der Operation selbstständig atmen kann. Der Grund dafür ist, dass bei der Laparoskopie in der Regel Kohlendioxid in die Bauchhöhle eingebracht wird und dadurch die Zwerchfellatmung möglicherweise beeinträchtigt wird.

2.4. Vorbereitungen zur Operation

Die OP-Vorbereitung fängt je nach Operateur und persönlichen Werten einige Wochen vorher an: Einige Chirurgen möchten die Blutgerinnung nicht durch Testosteron gestört haben, daher bestehen sie auf ein Absetzen von Testosteron ca. 4 Wochen vor der Operation. Hier solltest Du unbedingt den Operateur schon beim Vorgespräch fragen, wie er es halten möchte - nicht dass er ein Absetzen für selbstverständlich und daher nicht erwähnenswert erachtet, Du aber das Testo weiterhin nimmst, und die Operation daher in letzter Minute verschoben wird.

Du solltest Dich vor der Operation vom Operateur nochmal durchchecken lassen - so mancher Transmann war jahrelang nicht beim Gynäkologen gewesen (wenn überhaupt jemals), und der Operateur wurde während der OP von einer dicken Zyste oder unerwarteten Verwachsungen überrascht.

Einen Tag vor der Operation ist es wichtig, dass der Darm entleert und einigermaßen sauber wird. Das ist wichtig, da im Unterleib alles ziemlich eng beieinander liegt: Darm, Eierstöcke, Gebärmutter, Blase. Im schlechtesten Fall kann es sein, dass der Darm während der OP verletzt wird - und da sind jede Menge (bei der Verdauung durchaus nützliche) Keime drin, die in der Bauchhöhle böse Infektionen verursachen. Wenn der Darm im Fall des Falles voll wäre, würden wesentlich mehr dieser Keime austreten.

Die Entleerung des Darmes kann mittels Abführmittel (Laxanzien, sing. Laxans) auf verschiedene Weisen erfolgen:

- (literweise) Einnahme eines Abführmittels mit dem Wirkstoff Macrogol wie z.B. Oralav, welches auch den Darm reinigt
- Einnahme eines Abführmittels, welches nur abführend ist
- Einlauf (Klistier) am Abend vor der OP

Dass man nach dieser Behandlung nichts mehr essen darf, dürfte klar sein.

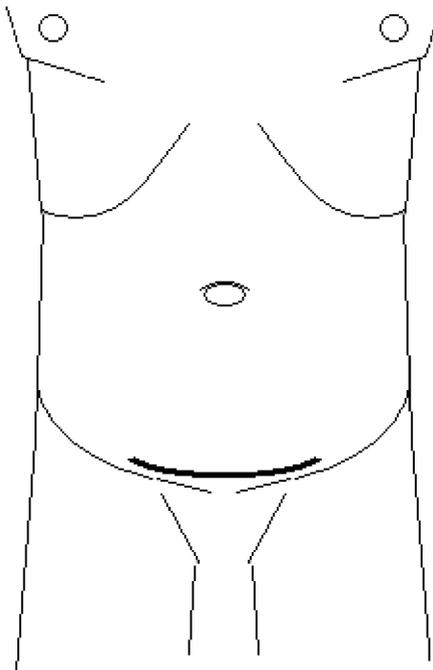
Dazu kommt dann noch die „normale“ OP-Vorbereitung wie Schlaftablette (sofern nötig), Abrasieren der Körperbehaarung im betroffenen Bereich (z.B. am Bauch; da kann ggf. auch eine Schwester oder ein Pfleger helfen), und kurz vor dem Eingriff eine starke Beruhigungstablette.

2.5. Was passiert bei der Operation?

Dazu muss man sich die verschiedenen Techniken genauer ansehen.

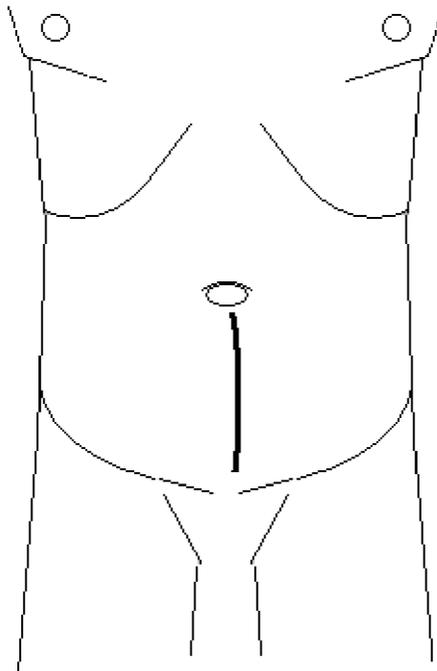
2.5.1. Abdominale Hysterektomie (Bauchschnitt)

Beim Bauchschnitt wird die Operation via Bauchdecke ausgeführt. Der Chirurg öffnet also die Bauchdecke, schneidet sich durch die Haut und drängt die verschiedenen vertikal und horizontal verlaufenden Muskelstränge zur Seite.



Bikinischnitt

Der Schnitt kann entweder vertikal oder horizontal erfolgen. Den horizontalen Schnitt nennen die Operateure oft auch „Bikinischnitt“, da die Narbe in etwa auf Höhe eines Bikinihöschen-Bunds verläuft und so kaschiert werden kann.



vertikaler abdominaler Schnitt

Der Operateur kann jetzt relativ bequem Gebärmutter, Eierstöcke und Eileiter entfernen, da alles gut zugänglich ist. Hierbei trennt er nach und nach die zu entfernenden Organe aus ihren Muskel- und Bindegewebshalterungen heraus. Je nach Absprache wird auch der Muttermund mit entfernt oder aber im Körper belassen.

Zum Schluss wird Schicht für Schicht der Muskeln wieder mit selbstauflösenden Fäden vernäht. Die Hautnaht kann entweder

ebenfalls mit selbstauflösenden Fäden genäht werden oder aber mit Fäden, die nach ca. 10-14 Tagen gezogen werden.

Vorteile der abdominalen Hysterektomie: Sind von vorne herein schon Komplikationen absehbar, z.B. weil eine Endometriose (Aus/Verwachsungen der Gebärmutterschleimhaut in die Bauchhöhle) vorliegt, ist der Zugang über die Bauchdecke sogar die angeratene Methode, da der Operateur hier den nötigen Spielraum und Überblick hat.

Auch in weniger gut ausgestatteten Krankenhäusern wird diese Technik verwendet, da keine spezielle OP-Ausrüstung nötig ist.

Nachteil der Methode: Man benötigt in der Regel einige Tage länger, bis man sich soweit von der Operation erholt hat, um aus dem Krankenhaus entlassen zu werden. Durch die starke Dehnung der Muskeln während der Operation tut alles noch Tage später reichlich weh. Zudem ist die Narbe - ob nun vertikal oder horizontal geführt - meist doch längere Zeit sichtbar.

2.5.2. Vaginale Hysterektomie (Entfernung durch die Scheide)

Der Zugang zum Operationsgebiet erfolgt über die Vagina. Das heißt für Dich: Du musst Dich bei der Vorbesprechung untersuchen lassen, ob Du unten ausreichend weit gedehnt werden kannst, um dem Operateur den nötigen Platz zu geben. Als Faustregel gilt bei den Operateuren, dass man nach erfolgter Geburt eines Kindes normalerweise ausreichend weit dehnen kann. Aber auch Jungs, die noch nicht einmal entjungfert worden waren, waren schon weit genug gebaut. Der Gynäkologe soll also nicht gleich ablehnen, sondern genau schauen.

Vor dem OP-Saal musst Du Dich auch nochmal in eine - dem gynäkologischen Stuhl nicht unähnliche - Halterung begeben. Natürlich könnten Dich die OP-Pfleger auch in Narkose so hindrapiieren. Vorteil, wenn Du es selbst machst ist aber, dass Du

es Dir so bequem wie möglich machen kannst und so die Gefahr von Lagerungsschäden (Kreuzschmerzen...) reduziert wird.

Wenn Du dann in Narkose bist und die Operation anfängt, dehnt der Operateur erstmal die Vagina so weit wie möglich und schneidet entweder kreisförmig den Muttermund aus und danach alles übrige, oder aber dehnt auch den Muttermund (wenn er drin bleiben soll) und schneidet kreisförmig die Gebärmutter heraus.

Wenn der Operateur wirklich fit ist, kann er mit dieser Methode auch die Eileiter und Eierstöcke entfernen. Ansonsten empfiehlt sich eine Kombination mit der Laparoskopischen Methode. Dazu aber mehr weiter unten.

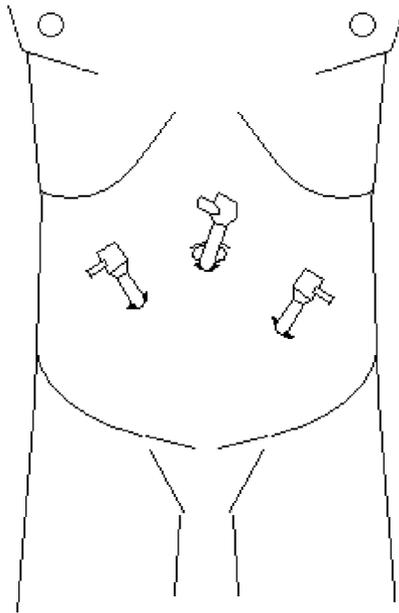
Für die vaginale Hysterektomie benötigt der Operateur extra hierfür geschaffenes OP-Besteck - es kann also sein, dass ein Chirurg das gar nicht besitzt, und somit diese Art der Hysterektomie nicht durchführen kann. In diesem Fall solltest Du Dir überlegen, ob Du weiterhin von diesem Arzt operiert werden möchtest, aber halt auf eine andere Art, oder ob Du einen anderen Arzt aufsuchst.

Wenn alles entfernt ist, vernäht der Operateur noch die Wunde in der Vagina. Äußerlich hast Du keine Narbe; höchstens eine kleine von der Drainage, welche u.U. aus Deiner Bauchdecke heraus geführt wird, um noch nachfließendes Blut abzuführen.

Diese Methode ist ungeeignet für Leute, die eine sehr große Gebärmutter haben (die kann dann nicht so ohne weiteres von unten her entfernt werden).

2.5.3. Laparoskopische Hysterektomie (Bauchspiegelung)

Die Laparoskopische Methode ist den meisten wohl eher unter dem Begriff „Endoskopie“ bekannt: über zwei oder drei kleine Einschnitte werden kleine Instrumente, sowie die Beleuchtung/Kamera in die Bauchdecke eingeführt und hierüber die gesamte Operation durchgeführt.



Laparosokopie

Im Einzelnen: Durch einen ca. 2-3 cm langen Schnitt im Bauchnabel wird das dickste Rohr, die Beleuchtung mit Kamera eingeführt. Ein oder zwei weitere kleinere Schnitte sind für die Instrumentenrohre. Dann wird die Bauchhöhle mit Kohlendioxid gefüllt, so dass der Operateur genügend Spielraum hat, um

überhaupt operieren zu können. Alle Aktionen muss der Operateur am Bildschirm beobachten, da er keinen direkten Blick auf das Operationsgebiet hat. Das erfordert reichlich Übung.

Von der Operation bleibt so gut wie keine Narbe übrig; die kleinen Einschnitte sind nach einigen Monaten bei normaler Heilung schon so gut wie nicht mehr zu sehen.

Besonders ist die Laparoskopie geeignet, wenn nur die Eierstöcke entfernt werden sollen. Es geht aber auch die Entfernung der Gebärmutter mit dieser Methode.

Voraussetzung ist, dass keine Verwachsungen vorliegen, oder die Gebärmutter zu groß ist. Zudem verlangt diese Operationsmethode entsprechend notwendige Ausrüstung, sowie einen sehr geübten Operateur.

Im Internet haben wir auch einen Operateur entdeckt (www.endogyn.de), welcher nicht mehr Kohlendioxid in den Bauchraum bläst, sondern es gaslos macht, indem er die Bauchdecke mechanisch anhebt. Dies scheint aber eine eher neue Methode zu sein.

Etliche Transmänner litten nach der Operation unter ziemlich schmerzhaften Blähungen, weil der Körper das Kohlendioxid abbauen muss. Auch birgt die Verwendung von Kohlendioxid zusätzliche Gefahren in sich.

In der Regel erfolgt die Entlassung aus dem Krankenhaus ca. 4-6 Tage nach der Operation.

2.5.4. Kombinationen

Kombinationen sind je nach individueller Ausgangslage, Können des Chirurgen und/oder Verlauf der Operation möglich.

So kann es sein, dass die Eierstöcke und Eileiter via Laparoskopie entfernt werden, die Gebärmutter über die Vagina. (=laparoskopisch assistierte vaginale Hysterektomie)

Oder aber der Operateur beginnt mit Laparoskopie, kann dann aber eine heftige Blutung nicht stoppen oder stellt zu starke Verwachsungen fest, und muss daher doch noch einen Bauchschnitt durchführen.

Oder es war eine vaginale Entfernung der Gebärmutter geplant, der Operateur kann aber doch nicht weit genug dehnen, und muss daher einen Bauchschnitt machen.

Oder oder oder... Du solltest mit Deinem Gynäkologen also vorher genau durchsprechen, was passiert wenn... Ansonsten müsste der Operateur (so Dein Leben nicht auf dem Spiel steht, z.B. bei einer Blutung) die Operation abbrechen, und Du wachst dann noch mit allen ungeliebten Organen auf, anstatt ohne diese. Ein „Plan B“ ist da wahrscheinlich hilfreicher, auch wenn es dann nicht ganz so optimal wird, z.B. doch eine sichtbare Narbe bleibt.

2.6. Nach der Operation

Die ersten paar Tage wirst Du mit mehr oder weniger Schmerzmitteln versorgt, je nachdem wieviel Du davon benötigst. Manchmal erfolgt das über den noch von der Operation vorhandenen Venenzugang (am Handgelenk, am Arm, in der Beuge...) mittels einer angelegten Infusion, oder Du hast eine sog. Schmerzpumpe.

Die Schmerzpumpe ist ein relativ teures Gerät, aber äußerst praktisch: Der aus der Operation noch vorhandene Venenzugang wird genützt, die Dosierung und den Zeitpunkt kannst aber Du mittels Knopfdruck selbst bestimmen. Eine Überdosierung kann nicht erfolgen, da ein Mindestabstand zwischen zwei Knopfdrücken vom Anästhesisten eingestellt werden kann.

In der Regel hast Du nach der Operation noch ein oder zwei Tage lang einen Blasenkatheder. Über das mühselige Aufstehen und zur Toilette gehen musst Du Dir also nicht allzu oft Gedanken machen. Zudem kann so kein Urin in die Vagina und damit in die frische Wunde laufen.

Ebenso wird höchstwahrscheinlich ein Katheder aus Deiner Bauchdecke herausragen, der noch das in die Bauchhöhle nachfließende Blut abführen soll. Sobald nur noch minimal was abfließt, wird er vom Arzt gezogen.

Die ersten Tage läufst Du noch regelrecht gewandelt durch die Gegend: Blut, welches aus der Vagina abfließt, wird mit dicken Einlagen aufgesogen. Praktisch haben sich hier die Netzhöschen aus dem OP erwiesen, da sie sich beinahe unendlich weit dehnen können, und man so auch nicht die eigenen Slips mit Blut versaut. Eventuell hast Du nach der Operation auch noch eine dicke Tamponage in der Vagina.

Völlig normal ist, wenn Du Dich schlapp und absolut unfit fühlst - immerhin hast Du einen drastischen Eingriff hinter Dir, und die Narkose muss auch verkraftet werden. Es kann schon mal zwei Monate dauern, bis Du wieder ganz der alte bist.

Schau, dass Du möglichst schnell wieder auf die Füße kommst (Minimierung des Thrombose-Risikos), überanstrengst Dich aber auch nicht dabei. Wenn Du am Tag nach der OP mit Hilfe der Schwestern aufstehst und Dich selbst kurz waschen kannst, ist das eine gute Leistung!

Der Verbandswechsel erfolgt nicht unbedingt täglich - der Körper muss auch Zeit haben, die Wunde zu verschließen, und ständiges Wegreißen der Kruste unterstützt das nicht gerade. Reinfingern in die Wunde, besonders mit nicht-desinfizierten Händen solltest Du absolut unterlassen.

Nach einem kurzen Check durch den Gynäkologen (da musst Du u.U. nochmal auf diesen gynäkologischen Stuhl), wirst Du aus dem Krankenhaus entlassen. Je nach angewandter Technik und momentaner Konstitution kann das nach 4-8 Tagen sein.

Die restliche Wundversorgung kann auch der Hausarzt übernehmen.

Solltest Du mit einem Mal wieder starke Schmerzen haben und/oder stark bluten: sofort den Arzt aufsuchen! Es kann sein, dass hier eine Naht aufgegangen ist, kann aber auch sein, dass nur ein kleiner Bluterguß einen Abfluss gefunden hat. Gleiches gilt auch, wenn Du wieder Fieber bekommst.

Auf keinen Fall solltest Du schwer heben, d.h. Gegenstände über ca. 5 Kilo sind tabu! Lass Dir beim Einkaufen von Freunden und Verwandten helfen. Falls Du niemanden hast: vor der OP entsprechend Vorräte anlegen, z.B. Getränkekästen bunkern.

Sport kannst Du nach ca. 1 ½ bis 2 Monaten langsam wieder anfangen - kommt auch auf die Sportart drauf an. Frag da am besten den Gynäkologen. Höre aber immer auf Deinen Körper - wenn's weh tut, solltest Du sofort aufhören.

2.6. Risiken der Hysterektomie

Während der Hysterektomie können stärkere Blutungen auftreten, es kann zu Verletzungen von Nachbarorganen, wie Blase oder Darm kommen. Es können auch Nerven verletzt werden.

Hinzu kommen die allgemeinen Narkoserisiken. Zu den möglichen Störungen nach einer Hysterektomie zählen u.a. die vorübergehend eingeschränkte Harnblasenfunktion, die Nachblutungen, Infektionen, störende wuchernde Narbenbildung, Verwachsungen durch operationsbedingte Entzündungsreaktionen und die sogenannte Überempfindlichkeits-Reaktion auf verabreichte Medikamente.

2.7. Wer führt eine Hysterektomie durch?

Die Hysterektomie kann im Grunde genommen von jedem operierenden Gynäkologen durchgeführt werden. Auch Chirurgen können diese OP machen, haben jedoch im Allgemeinen nicht so viel Erfahrung wie die Gynäkologen.

Adressen von Operateuren kannst Du bei der nächsten Selbsthilfegruppe in Deiner Nähe erfahren, oder aber Du kontaktierst uns direkt. Du kannst aber auch einfach in der Klinik Deiner Wahl anfragen. Gute Tipps kannst Du bei dieser OP auch bei den Frauen in Deiner Umgebung erfahren - wie gesagt: dieser Eingriff ist keine Seltenheit, und meist gibt es im persönlichen Umfeld doch einige Frauen, die das auch schon hinter sich haben. Eine Liste von Operateuren können wir hier nicht veröffentlichen, da dies den Rahmen des Infoheftes sprengen würde.

2.8. Quellen zum Thema Hysterektomie

<http://www.frauenaerzte-rheda.de/hysterektomie2.html#link3>
<http://www.endogyn.de>
<http://imsdd.meb.uni-bonn.de/institute/kliansint/patient/patient.htm>
<http://www.medicine-worldwide.de/pharmakologie/arzneimittel/abfuhrmittel/>
<http://www.chemieonline.de/forum/archive/index.php/t-1588.html>
<http://www.endomaulwurf.de/endo14-fremdwoerter.html>
[www.rfay.com.au/ images/diagram.jpg](http://www.rfay.com.au/images/diagram.jpg)

Weiterführendes

1. Im Internet

1.1. Webseiten

www.transmann.de - Hier gibt es auch jeweils die aktuellste Version des Heftes und der Newsletter

www.dgti.org - Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität

www.transgender-net.de

www.vivats.de - Viva (München)

www.symposion.com/ijt - International Journal of Transgenderism (Wissenschaftliche Zeitschrift, englisch)

zu den Themen dieses Heftes:

Buch: Loren Cameron: Bodyalchemy

Buch: Kai Wolfgang Hansmann: Als Mann endlich glücklich, Seite 238 ff

www.transster.com

<http://www.frauenaezrte-rheda.de/hysterektomie2.html#link3>

<http://www.endogyn.de>

<http://imsdd.meb.uni-bonn.de/institute/kliansint/patient/patient.htm>

<http://www.medicine->

[worldwide.de/pharmakologie/arzneimittel/abfuhrmittel/](http://www.medicine-worldwide.de/pharmakologie/arzneimittel/abfuhrmittel/)

<http://www.chemieonline.de/forum/archive/index.php/t-1588.html>

<http://www.endomaulwurf.de/endo14-fremdwoerter.html>

[www.rfay.com.au/ images/diagram.jpg](http://www.rfay.com.au/images/diagram.jpg)

1.2 Diskussionsforen

1.2.1 Newsgroups

de.alt.soc.transgendered (Deutsch)

alt.support.intergendered (Englisch, für Androgyne, Bi-Gendered, Gender-Bender usw.)

alt.support.srs (Englisch; SRS=Sex Reassignment Surgery, behandelt aber generell Trans*-Fragen)

soc.support.transgendered (Englisch)

1.2.2. Mailinglisten

TransMann-Liste: einschreiben: leere Mail an tmc-subscribe@yahoogroups.de

TransMann-Youngster-Liste für TMs bis ca. 25 Jahre:

Einschreiben: Leere Mail an ytm-subscribe@yahoogroups.com

2. Bücher

2.1. Bücherlisten im Internet

<http://buecher.transmann.de/>

<http://www.transgender-net.de/Buecher/buecher.html>

<http://www.vivats.de/medien/buecher>

<http://frances.t-data.com/buch.html>

In den weiteren Heften

Heft 1: Allgemeine Fragen zum Thema Trans*

Heft 2: Therapie und Gutachten

Heft 3: Alltagsleben und Alltagstest: Praktische Infos

Heft 4: Soziales Umfeld: Kinder, Eltern, Partnerschaft

Heft 5: Soziales Umfeld: Arbeitsplatz und Zeugnisse

Heft 6: Juristisches: Namens- und Personenstandsänderung

Heft 7: Krankenkassen: Kostenübernahme von Hormonen
und Operationen

Heft 8: Medizinisches: Hormone

Heft 9: Medizinisches: Operationen - Mastektomie und
Hysterektomie

Heft 10: Medizinisches: Operationen - Penoid

Impressum

TransMann e.V.

Postfach 290106

50532 Köln

Redaktion: Henrik Haas, Palmstr. 10, 80469 München

Mitarbeiter dieses Heftes: Henrik Haas, Alexander Regh,
Tim Klein

Stand: Frühjahr 2004