

Veileder for oppfølging av trans-maskuline pasienter hos fastlegen:

1. Blodprøve 6 måneder etter at vedlikeholdsdosen er nådd, deretter årlig ved stabil utvikling

Hormoner: testosteron. Hvis testosteron måles utenfor målverdiene 14-24 nmol/L, bør økning eller reduksjon i dosen vurderes. Hvis dosen endres, bør blodprøvene kontrolleres hver 4-6 uker inntil verdiene er stabile.

Andre blodprøver: Hb, hematokrit, HbA1c og lipider. Ved bruk av testosteron kan det oppstå økt produksjon av røde blodceller som kan føre til lave jernlagre og kan derfor ha behov for jerntilskudd.

2. Monitorering av forventede effekter av hormonbehandling hvert annet år

Selvopplevde effekter av behandlingen vil være et viktigere mål enn hormonverdier i blodet. F.eks, hvis pasienten er fornøyd med effekten av en dose testosteron som gir testosteronverdier <14, er det ikke behov for å øke dosen til testosteronverdien er innenfor målområdet.

3. Screening for utvikling av hjerte- og karsykdommer

Måling av vekt, blodtrykk, HbA1c, lipider og årlig EKG for pasienter over 45 år.

Terskelen for å forebygge, behandle eller henvise for iskemisk kardiovaskulær sykdom, høyt blodtrykk, overvekt, dyslipidemi og diabetes bør være lavere enn hos befolkningen ellers. Slike tilstander vil sannsynligvis ikke forårsakes av hormonbehandlingen, men forebygging/behandling vil gi best mulig kardiovaskulært utgangspunkt.

4. Ved polycytemi/erythrocytose

Testosteron øker produksjonen av røde blodceller. Hvis Hb eller hematokrit blir målt til å være høyere enn den øvre maskuline referanseverdien, bør andre medvirkende årsaksfaktorer til høye røde blodceller utredes og behandles hvis mulig. Terskelen for henvisning til hematolog og oppstart av forebyggende acetylsalisylsyre bør være lav. Hvis pasienten bruker tobakk bør de oppfordres til røykeslutt. Hvis pasienten bruker testosteroninjeksjoner, kan testosterongel være et bedre valg fordi det stimulerer produksjonen av nye røde blodceller i mindre grad. Polycytemi/erythrocytose kan øke risikoen for dyp venetrombose, lungeemboli eller hyperkoagulabilitet.

5. Ved søvnapne

Testosteronbehandling kan forverre eller synliggjøre symptomer på søvnapne. Lav terskel for utredning og behandling. Lavere terskel for å vurdere søvnapne som mulig differensialdiagnose eller medvirkende risikofaktor ved tegn på helsetilstander som forverres av søvnapne.

6. Ved vaginalblødning etter at menstruasjon har opphørt

Henvis til gynekolog for å utelukke endometriell hyperplasi eller kreft. Hvis blodprøvene ligger innenfor målvinduet for testosteron og det utelukkes endometriell neoplasi som årsak til blødning, kan p-sprøyte eller andre gestagenholdig prevensjonspreparat forsøkes i tillegg til å videreføre testosteronbehandlingen for å hindre blødninger i fremtiden.

7. Ved vaginalatrofi

Symptomer kan lindres med vaginalt østrogen.

8. Ved androgynt hårtap

Kan behandles på samme måte som for cis-menn.

9. Ved spørsmål om seksualitet

Henvis til en sexolog med kompetanse innenfor kjønnsinkongruens.

10. Ved ønske om å få barn

Maskuliniserende hormonbehandling fører til amenorrhoea og at fertiliteten blir nedsatt, men pasienten kan fortsatt bli gravid hvis hen har samleie som kan medføre graviditet.

Testosteron har en viriliserende effekt på fosteret og bør unngås. Hvis pasienten ønsker å få barn, kan hen seponere testosteron (med en gang, uten nedtrapping hvis hen ønsker det) i minst 6 måneder og deretter prøve å få barn eller lagre kjønnsceller.

11. Ved ønske om å slutte med testosteronbehandlingen

For de som har eggstokker, kan man velge enten å bråseponere testosteronbehandling eller trappe ned over tid, i henhold til behovene til pasienten. Eggstokkene vil produsere østradiol fortsatt, derfor er det ingen bekymring for hypogonadisme. Irreversible effekter av testosteron som ikke vil reversere seg med tid: mørkere stemme (kan reverseres delvis med stemmemodifisering hos logoped), endringer i benstrukturen, økt hårvekst, klitoromegali og androgynt hårtap.

For de uten eggstokker, kan det være nødvendig å legge til et østradiolpreparat for å unngå hypogonadisme.

12. Screening for brystkreft

For de som ikke har gjort mastektomi, bør screening utføres ifølge de nasjonale retningslinjene for screening for brystkreft. Hvis pasient har juridisk kjønn som mann, får de ikke automatisk innkalling til screeningprogrammet og fastlegen bør tilse at pasient tilbys screening. Genetisk risiko bør kartlegges via anamnese.

De som har gjort mastektomi har sannsynligvis en lavere risiko for brystkreft enn de som ikke har gjort mastektomi og ciskvinner; screening anbefales derfor ikke. Risikoen for brystkreft er derimot ikke null; pasienten bør informeres om dette og oppfordres til å ta kontakt med fastlegen for utredning hvis de merker symptomer eller tegn på brystkreft.

13. Screening for livmorhalskreft

For de som har cervix, screenes det for livmorhalskreft etter nasjonalt screeningprogram. Hvis pasient har juridisk kjønn som mann, får de ikke automatisk innkalling til screeningprogrammet og fastlegen bør tilse at pasient tilbys screening. Det kan være behov for bruk av bedøvelseskrem ved bruk av spekel på grunn av vaginalatrofi og trangere forhold som oppstår ved bruk av testosteron. Det er viktig å oppgi langvarig bruk av testosteronbehandlingen på rekvisisjon til patologi siden dette er relevant for vurdering av prøvesvar. Det er større sannsynlighet for at prøven ikke inneholder nok celler og det bør forventes at man kan måtte gjenta prøvetaking. Pasienten bør informeres om dette.

14. Forebygging og utredning av osteoporose

For de som har fjernet eggstokker, bør bentetthet måles om pasienten skulle slutte med testosteron. Ved kontinuerlig bruk av testosteron bør første bentetthetsmåling utføres ved 50 års alder.

Informasjon om diagnosen Z.76.80. Kjønnssinkongruens i ungdom og voksen alder:

Diagnosen kjønnssinkongruens er ny i ICD-11, og har i Norge blitt innført tidligere enn resten av ICD-11, allerede i januar 2020, som anbefalt av SOC 8 i kapittel 5.1: 'I land der det kreves en diagnose for å få tilgang til behandling, bør helsepersonell være kompetent i bruk av den nyeste versjonen av ICD (International Classification of Diseases) fra Verdens Helseorganisasjon for å diagnostisere. I land der ikke den siste versjonen av ICD er implementert, kan andre taksonomier benyttes, men det bør gjøres en innsats for å benytte den nyeste ICD så snart det er gjennomførbart. Diagnosen tilhører et nytt opprettet kapittel i ICD-11 som samler flere tilstander relatert til seksuell helse og vurderes ikke lenger som en psykisk sykdom.

Diagnosen lyder som følgende: "Kjønnssinkongruens er karakterisert som en markert og vedvarende inkongruens mellom et individs opplevde kjønn (gender på engelsk) og tildelte kjønn ved fødsel (sex på engelsk), som ofte fører til ønske om å gjennomgå en transisjon for å kunne leve og bli akseptert som en person med den opplevde kjønnssidentiteten i form av sosiale tiltak, kjønnsbekreftende hormonbehandling og kirurgi eller annen type helsehjelp for å øke samsvar mellom kropp og kjønnssidentitet til den graden det er ønsket og mulig."

Hvis du ønsker mer informasjon om behandling av kjønnsnormbrytende personer i primærhelsetjenesten, anbefales følgende ressursene:

- The [Standards of Care 8](#) av the World Professional Association for Transgender Health (særlig kapittel 15 Primærhelse) - tilgjengelig på både engelsk og norsk
- [lchatten.no](#) - informasjon for helsepersonell, pasienter og nærstående
- Artikkelen fra [Norsk Elektronisk Legehåndbok](#) om kjønnsinkongruens
- UpToDate - [Transgender men: Evaluation and management](#)
- [Gender Dysphoria/Gender Incongruence Guideline Resources](#) av The Endocrine Society
- [Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People](#) av University of California, San Francisco