

Handreiking voor begeleiding bij genderbevestigende hormoontherapie in de eerste lijn

Versie:

1.00, 12-06-2025

Auteurs:

**Cheuk Alam N, Grant S, Leusink P,
Maidman F, Naglé Q, Rus Y,
Sikkema D, Simonoff Oenomeel C,
Welling C**

Dit is een publicatie van:

**Trans In Eigen Hand,
Transgenderzorg Utrecht,
NHG-Expertgroep Seksuele
Gezondheid,
Transvisie**

INHOUD

Introductie	4
1. Hulpvraag en verwachtingen	6
2. Informeer de patiënt over genderbevestigende hormoontherapie	6
<i>2.1 Feminiserende hormoontherapie</i>	7
<i>2.2 Masculiniserende hormoontherapie</i>	10
3. Beoordeling van risico's	13
4. Besluitvorming	14
5. Behandeling	15
6. Controles	17
7. Pauzeren of stoppen van behandeling	19
Verantwoording	20

INTRODUCTIE

Huisartsen krijgen toenemend te maken met zorgvragen van trans en genderdiverse personen. Om huisartsen hierin te ondersteunen zijn er artikelen verschenen en is er nascholing ontwikkeld. Thema's die daar besproken worden zijn onder andere: bejegening en communicatie, het betrekken van een praktijkondersteuner ggz, het aanbieden van logopedie, het waarborgen van seksueel en mentaal welzijn, ondersteuning bij cycluserregulatie of fertiliteitsvragen en follow-up bij ouder worden.

Huisartsen kunnen daarnaast vragen krijgen van trans en genderdiverse personen over het gebruik van genderbevestigende geslachtshormonen. Deze mensen kunnen zelfstandig door de huisarts begeleid worden mits deze is gemotiveerd en zich competent voelt, ook al is dit géén basiszorg. Huisartsen zijn gewend hun eigen afweging te maken of iemand voor een bepaalde behandeling in aanmerking komt. Zij zijn in staat om de risico's, voordelen, alternatieven, onzekerheden en beperkingen van een behandeling met patiënten te bespreken, evenals het risico als een behandeling uitblijft. Daarnaast worden de meeste medicijnen die bij genderbevestigende hormoontherapie worden gebruikt, al voorgeschreven door huisartsen, bijvoorbeeld bij de behandeling van de menopauze, anticonceptie, hirsutisme, mannelijke kaalheid, prostatitis of forse menstruatiebloedingen.

Om huisartsen een verantwoord medisch kader te bieden is deze handreiking geschreven, gebaseerd op (inter)nationale standaarden. De huidige Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch (2018) geeft aan dat genderzorg soms zal starten bij of gecontinueerd wordt door de huisarts, en dat deskundigheidsbevordering daarbij een voorwaarde is. Deze handreiking wil hierin voorzien en ligt dan ook in het verlengde van deze kwaliteitsstandaard.

De handreiking heeft betrekking op hen die genderbevestigende geslachtshormonen gebruiken en minimaal de leeftijd van 18 jaar hebben. Conform alle medische behandelingen kan een patiënt hieraan geen rechten ontleen maar komt een behandeling in samenspraak tussen arts en patiënt tot stand.

Mocht u hierover consultatie wensen, dan kunt u vragen stellen aan de NHG-Expertgroep Seksuele Gezondheid.

¹ Plug I, Uilhoorn A, Das E, Lucassen PLBJ, Ballering AV. Genderdiversiteit en het belang van inclusieve communicatie. *Huisarts Wet* 2024;67:DOI:10.1007/s12445-024-2835-9.

Maidman F, van Rijn C, Pothoven R. Huisartsenzorg voor transgender en genderdiverse personen. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2024;168:D7977

Leusink P. De rol van de huisarts bij genderincongruentie. *Huisarts Wet* 2024;67(1):40-5.

CME Online. <https://www.cme-online.nl/huisarts/course/780596/transgenderzorg-voor-volwassenen>

Accredidact. <https://www.accredidact.nl/huisarts/programmas/transgenderzorg-door-huisartsen>

1. Hulpvraag en verwachtingen

Bespreek verwachtingen en wensen van hormonale zorg. Informeer de patiënt over opties van psychologische en somatische zorg.

Bespreek de onderwerpen die hieronder worden genoemd zodat de patiënt goed geïnformeerd toestemming kan geven voor de genderbevestigende hormoontherapie:

- Wat is de hulpvraag van de patiënt en diens doelen/verwachtingen met betrekking tot genderbevestigende hormoontherapie?
- Wat weet de patiënt zelf al over hormoontherapie en zijn daar vragen over?
- Heeft de patiënt voldoende begrip van hormoontherapie? Geef voldoende tijd voor vragen en het bespreken van zorgen.
- Doet de patiënt aan zelfmedicatie van hormonen? Zo ja, wat zijn diens ervaringen?
- Adviseer over opties voor het behoud van vruchtbaarheid, zie de afzonderlijke paragrafen. Verwijs zo nodig naar een kliniek voor fertiliteitspreservatie met als indicatie 'fertiliteitsbehoud bij hormoonbehandeling genderdysforie'.

Als de patiënt de competentie heeft om zelfstandig te besluiten tot een behandeling, kan de arts voorschrijven en monitoren, ervan uitgaande dat er geen contra-indicaties zijn.

2. Informeer de patiënt over genderbevestigende hormoontherapie

- Geef uitleg over de te verwachten effecten, mogelijke bijwerkingen, en de beperkingen van hormonen.
- Informeer over de mogelijkheid om fertiliteitspreservatie, voorafgaande aan de hormoontherapie, beschikbaar te stellen.
- Informeer over de waarschijnlijke aanvang van verwachte veranderingen. De doorlooptijd van de lichamelijke veranderingen is variabel en persoonsafhankelijk, meestal van 1 maand tot 5 jaar.
- Neem de risico's, effecten en beperkingen door zoals in de volgende paragrafen wordt beschreven.
- Wees duidelijk over de mogelijke onomkeerbare effecten van hormoontherapie.
- Verwijs zo nodig naar een patiëntenorganisatie of een relevante specialist (zie eind van het document).
- Zorg ook voor schriftelijke informatie over hormoontherapie in begrijpelijke taal.
- Wijs de patiënt op de mogelijkheid dat zorgkosten niet altijd worden vergoed.

2.1 *Feminiserende hormoontherapie*

Transvrouwen en transfeminine personen (toegewezen geboortegeslacht man) kunnen feminiserende hormoonzorg ontvangen door voorschrift van oestrogeensuppletie en/of anti-androgenen.

Gewenste feminiserende effecten worden bij de meesten bereikt bij gebruik van estradiol in combinatie met anti-androgenen. Sommige personen bereiken met enkel estradiol een adequaat effect en hebben geen anti-androgenen nodig. Personen die een gonadectomie hebben ondergaan, produceren de hormonen die onderdrukt worden door anti-androgenen niet meer. Stem af op de wens en ervaring van de patiënt.

Fysieke effecten

De meest kenmerkende zijn borstgroei, veranderingen van de huid en verandering in de vet-spierverhouding. Het moment van het maximale effect is binnen 3-5 jaar te verwachten, maar er is sprake van een hoge mate van variabiliteit en afhankelijk van persoonlijke factoren. Zie verder tabel 1.

Psychologische effecten

Patiënten kunnen een verandering in hun emoties ervaren. Deze effecten zijn zeer variabel en afhankelijk van vele andere factoren. Deze effecten kunnen in het begin sterk en veranderlijk zijn en vaak na een gewenningsperiode van enkele maanden stabiliseren. Effecten kunnen zijn:

- Een breder scala of een nieuw niveau van intensiteit van emoties
- Een verandering in interesses, smaken of tijdverdrijf
- Verandering in het gedrag in relaties met andere mensen

Reproductieve effecten

De impact van feminiserende hormoontherapie op vruchtbaarheid is onduidelijk. Hoewel sommige studies suggereren dat het stoppen van hormonen gedurende drie tot zes maanden ervoor kan zorgen dat het aantal zaadcellen normaliseert, is reversibiliteit van vruchtbaarheid niet gegarandeerd. Het is belangrijk om de mogelijkheid voor cryopreservatie te bespreken voorafgaand aan de hormoonbehandeling. Veiligheidshalve is het goed de persoon te informeren dat hormoontherapie géén vervanging is voor anticonceptie.

Effecten op seksualiteit en geslachtsorganen

- Minder vaak voorkomen van spontane erecties en een afname van de stevigheid van erecties
- Zeker bij de start van anti-androgenen zal er aanvankelijk sprake zijn van verminderde seksuele interesse en opwindbaarheid. Over het algemeen is er op de langere termijn geen verandering in het vermogen om erotische sensaties te voelen of orgasmes te hebben, afhankelijk van de mate van aanpassing van het seksueel gedrag. Wel is er afname van het vermogen tot ejaculatie of het ejaculaatvolume.
- Atrofie van de penis en testikels in variërende ernst en mate van voorkomen, soms leidend tot pijn.
- Mogelijke verschuiving in de eigen ervaring van seksuele oriëntatie.
- Verandering in welke handelingen of lichaamsdelen prettig voelen

Tabel 1. Effecten feminiserende hormoontherapie

Proces	Effect	Start van het effect
Onomkeerbaar	Borstgroei	3-6 maanden
Omkeerbaar	Verzachting van de huid/ verminderde vettingheid	3-6 maanden
Omkeerbaar/variabel	Herverdeling van lichaamsvet	3-6 maanden
Omkeerbaar	Verminderde spiermassa	3-6 maanden, afhankelijk van lichaamsbeweging
Omkeerbaar	Verdunning/vertraging van groei van lichaamshaar	6-12 maanden
Omkeerbaar	Progressie van androgene alopecia stop	1-3 maanden
Variabel	Verminderd volume van de testikels	3-6 maanden
Variabel	Verminderde seksuele opwindbaarheid*	1-3 maanden
Variabel	Verminderd voorkomen van spontane erecties	1-3 maanden
Variabel	Verminderde spermaproductie	Onbekend
Variabel	Erectiezwakte	1-3 maanden

* Dit is afhankelijk van onvoorspelbare psychologische en fysiologische factoren en kan meerdere keren veranderen in de loop van de tijd. Seksueel verlangen kan ook toenemen naarmate een persoon langer als het juiste gender door het leven gaat.

Risico's

- Stemningswisselingen, soms toename van depressie, tijdens de eerste paar maanden van de behandeling terwijl de dosering wordt ingesteld.
- Ten opzichte van cisgender mannen is het risico op veneuze trombo-embolieën en een CVA verhoogd, het risico op een myocardinfarct niet (zie tabel 2). Het risico is vooral verhoogd bij rokers en een leeftijd ouder dan 40 jaar. Voor patiënten met een verhoogd risico heeft transdermale oestrogeen toediening sterk de voorkeur boven orale oestrogenen. De incidentie van de aandoeningen is laag.
- Verminderd risico op prostaatkanker.
- Verhoogd risico op borstkanker, lager dan bij cisgender vrouwen, echter hoger dan bij cisgender mannen.

Tabel 2. Incidentie en relatief risico van cardiovasculaire aandoeningen

	Trans vrouw		Trans man	
	Incidentie(%)	Relatief risico tov cisgender man	Incidentie(%)	Relatief risico tov cisgender vrouw
CVA	1,8	1,3	0,8	1,3
Myocardinfarct	1,2	1,0	0,6	1,7
Veneuze trombo-embolie	1,6	2,2	0,7	1,4

Contra-indicaties voor de eerste lijn

- **Bij oestrogeenbehandeling:**
 - » actuele of doorgemaakte veneuze of arteriële trombo-embolie
 - » aanwezigheid van een erfelijke trombofiele aandoening;
 - » (Voor oraal gebruik) acute leveraandoening (in de anamnese) zolang de leverfunctiewaarden niet zijn genormaliseerd
 - » acute porfyrie
 - » hormoongevoelige mammatumor
- **Bij GnRHa-behandeling (anti-androgeen):**
 - » Stollingsstoornis of gebruik van anticoagulantia
 - » Bekende QTc-tijdverlenging

Beperkingen

Feminiserende hormoontherapie verandert de toonhoogte van de stem niet, noch zal het de gezichts- en lichaamsbeharing doen verdwijnen. Aanvullend is respectievelijk logopedie en laserontharing nodig indien gewenst.

2.2 Masculiniserende hormoontherapie

Trans mannen en transmasculiene personen (geregistreerd geboortegeslacht vrouw) kunnen masculiniserende hormoonzorg ontvangen door voorschrift van testosteronsuppletie. Oestrogeenremming is niet noodzakelijk.

Fysieke effecten

Masculiniserende effecten ontstaan door het gebruik van testosteron. De belangrijkste veranderingen zijn de toename van lichaamsbehaarings, verdieping van de stem en veranderde vet-spierverhouding. Zie tabel 3.

Psychologische effecten

Psychologische veranderingen zijn zeer variabel in voorkomen en intensiteit. Het volgende kan worden ervaren:

- Een smaller scala aan emoties of gevoelens
- Veranderende interesses, smaken, tijdverdrijf
- Veranderend gedrag in relaties met anderen

Psychologische effecten zijn ook het gevolg van het opklaren van de dysforie doordat de hormonen het gender bevestigen.

Reproductieve effecten

- Lichtere, latere of kortere menstruaties. Voor sommigen zwaardere of langer durende menstruaties gedurende een paar cycli voordat ze helemaal stoppen, meestal binnen 6 maanden en uiteindelijk binnen 18 maanden. Vraag naar behoefte aan menstruatieregeling
- Vermindering van de vruchtbaarheid, maar niet geheel of permanent. Vraag naar behoefte aan anticonceptie.
- Ook als trans mannen door masculiniserende hormoonzorg geen maandelijkse cyclus meer hebben (menstruatiestop), is bij 20% nog wel sprake van ovulatie (structureel of incidenteel). Trans mannen kunnen dus zwanger worden terwijl ze testosteron gebruiken. Het is belangrijk om noodzaak voor anticonceptie te bespreken, mits er seks is met risico op zwangerschap
- Als zwangerschap gewenst is moet de testosteronbehandeling worden gestopt; na 3-6 maanden kunnen weer spontane ovulaties plaatsvinden.

Effecten op seksualiteit en geslachtsorganen

- Een toename van de seksuele opwindbaarheid
- Groei van de clitoris en meer zichtbare clitorale erectie bij opwindings
- Verandering in welke handelingen of lichaamsdelen prettig voelen
- Verandering in ervaring van orgasmes
- Mogelijke verschuiving in de eigen ervaring van seksuele oriëntatie

Tabel 3. Effecten masculiniserende hormoontherapie

Proces	Effect	Start van het effect
Onomkeerbaar	Haargroei op het gezicht en lichaam	3-6 maanden
Onomkeerbaar	Haaruitval op de hoofdhuid (alopecia androgenetica)	Onbekend, vooral indien familiair
Onomkeerbaar	Groei van de clitoris	3-6 maanden
Onomkeerbaar	Diepere stem	3-12 maanden
Omkeerbaar/variabel	Herverdeling van lichaamsvet	3-6 maanden
Omkeerbaar	Onvruchtbaarheid	Onbekend
Omkeerbaar	Toegenomen vettigheid van de huid/acne, verandering van geur in zweet en urine	1-6 maanden
Omkeerbaar	Toename van spiermassa/kracht	6-12 maanden, afhankelijk van lichaamsbeweging
Omkeerbaar	Het stoppen van de menstruatie	2-6 maanden
Omkeerbaar	Vaginale atrofie	3-6 maanden
Omkeerbaar	Verandering in de waarneming van zintuigen zoals aanraking, geur, smaak, temperatuur en pijn	Onbekend

Risico's

- Ten opzichte van cisgender vrouwen is het risico op cardiovasculaire aandoeningen verhoogd, vooral het risico op een myocardinfarct (zie tabel 2). De incidentie van de aandoeningen is laag.
- Veranderingen van het lipidenprofiel waardoor het cardiovasculair risicomanagement moet worden gebaseerd op dat van cisgender mannen. Een eventueel verhoogd cardiovasculair risico voorafgaand aan de start van testosteron (familiaal, roken, overgewicht) is geen reden om de suppletie uit te stellen.
- Risico op polycythemie bij een hoge dosering; hematocrietcontrole is nodig (zie paragraaf 7).
- Acne
- Risico op baarmoederhalskanker blijft bestaan indien de baarmoeder in situ is. Deelname aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker blijft geadviseerd evenals HPV-vaccinatie.
- Bij bloedingen één jaar of langer nadat de menstruatie is gestopt bestaat er risico op gynaecologische aandoeningen. Consult gynaecoloog is dan geïndiceerd.
- Bij de meesten verbetert de stemming, maar bij sommigen is er stemmingswisseling, verergering van angst, depressie of andere psychische aandoeningen. De emotionele instabiliteit tijdens de eerste paar maanden van de behandeling verdwijnt vanzelf. Het is behulpzaam te anticiperen op deze tijdelijke dip. Mensen kunnen behoefte hebben aan ondersteuning, maar de dosis hoeft niet te worden aangepast.
- Potentieel is er een klein risico op permanente onvruchtbaarheid. Het is goed te realiseren dat 16% van de cisgender stellen die een kind willen vruchtbaarheidsproblemen ondervindt. Bij 10% van de cisgender stellen wordt geen oorzaak gevonden. Mogelijke onvruchtbaarheid bij transmasculiene personen hoeft dus niet alleen aan de hormoonbehandeling te liggen. Voor velen zal de vruchtbaarheid binnen enkele maanden na het stoppen met hormoontherapie weer normaal zijn. Patiënten met een kinderwens die twijfelen over fertiliteitsbehandeling voorafgaand aan het starten met hormoontherapie kunnen worden verwezen naar een gynaecoloog met expertise. Over het algemeen geldt het adagium dat eicelpreservatie 'in de buik beter is dan buiten de buik', zo nodig kan in overleg worden gekozen voor cryopreservatie.

Contra-indicaties voor de eerste lijn

- Zwangerschap
- Vermoedelijke of actieve borst- of baarmoederkanker
- Levertumor (in de voorgeschiedenis)
- Allergie voor pinda of soja (alleen indien gebruik Sustanon: injectievloeistof bevat arachide-olie)

Beperkingen

Masculiniserende hormoontherapie zorgt ondanks clitorisgroei niet voor een volgroeide penis, borsten veranderen slechts in geringe mate van vorm, en de vorm van de heupen verandert nauwelijks.

3. Beoordeling van risico's

Er zijn enkele contra-indicaties waarbij hormoonbehandeling moet worden uitgesteld en de patiënt moet worden verwezen naar een specialist voor diagnostiek of indicatiestelling:

- Actieve psychose
- Dementie
- Hypofyse-adenoom
- Bekende intersekse-aandoening (mogelijk hormoonongevoeligheid)
- Contra-indicaties zoals genoemd in de paragrafen 2 en 3

Daarnaast is er soms sprake van comorbiditeit die de start van de hormoontherapie niet in de weg staat, maar waarvoor wel aandacht nodig is om het risico op latere complicaties te verkleinen.

- In het geval van roken, coronairlijden, hypertensie, hypercholesterolemie en/of diabetes is het nodig het cardiovasculair risico te verminderen (stoppen roken, afvallen, gezonde voeding, meer bewegen) en de bloedwaardes regelmatig te controleren.
- In het geval van een niet-erfelijke voorgeschiedenis van diepe veneuze trombose, longembolie of embolische beroerte en van een actuele of voorgeschiedenis van migraine wordt sterk aangeraden het oestrogeen niet oraal maar transdermaal te gebruiken.

4. Besluitvorming

De beslissing om hormoontherapie voor te schrijven wordt door de patiënt genomen met begeleiding door en in overleg met de huisarts. Een essentieel onderdeel van het besluit is de bevestiging dat de patiënt de potentiële risico's en voordelen van de behandeling echt begrijpt.

- De huisarts bevestigt dat de patiënt is geïnformeerd over de mogelijke effecten, risico's, voordelen en/of gevolgen van hormoontherapie, en daarin voldoende inzicht heeft.
- De patiënt moet de korte- en langetermijneffecten van hormoontherapie kunnen beschrijven en kunnen aangeven welke omkeerbaar zijn en welke onomkeerbaar. De patiënt moet ook op de hoogte zijn van alle risico's van hormoontherapie en deze begrijpen.
- De huisarts maakt in het patiëntendossier een aantekening waarin staat dat de patiënt akkoord gaat met de behandeling en dat de patiënt door de huisarts is geïnformeerd over de aard en het doel van hormoontherapie, de voordelen en risico's, en de mogelijkheden en beperkingen van de huisarts zoals welke zorg wel of niet kan worden geleverd.

5. Behandeling

Nadat de patiënt toestemming heeft gegeven voor de behandeling, wordt besproken wanneer de behandeling start. Dat kan direct, maar kan om welke reden dan ook worden uitgesteld.

Basislab

Een initiële bloedtest is niet vereist, tenzij geadviseerd door een kaderarts of specialist die de zorg heeft teruggegeven aan de huisarts. Een initiële bloedtest geeft doorgaans geen bruikbare indicatie van de reactie van het lichaam op exogene cross-sex hormonen. Het kan eventueel worden gebruikt ter bevestiging of controle bij eerdergenoemde co-morbiditeit.

Hormoonbehandeling

De hier weergegeven hormoontherapie is in overeenstemming met de huidige richtlijnen voor het middel en de standaarddosering. De dosering volgt niet de richtlijnen voor cisgender patiënten die worden behandeld voor menopauze of androgeentekort. De voorkeur voor toedieningsweg wordt bepaald door de patiënt aangezien dit waarschijnlijk de therapietrouw zal doen verbeteren. Patiënten kunnen om verschillende redenen na aanvang van de behandeling hun toedieningsweg veranderen; dit vraagt om extra monitoring tot ze weer binnen het beoogde hormonale bereik vallen.

Onderstaand overzicht laat de gebruikelijke onderhoudsdosering zien. Meestal volstaat dit, soms is een hogere dosering nodig (zie controles). Er is geen medisch bezwaar tegen het starten met deze dosering. Als de patiënt graag langzamer wil opbouwen voor een meer geleidelijke gewenning kan met een lagere dosering van testosteron worden begonnen. Voor de effectiviteit van estradiol is het nodig om testosteron te onderdrukken. Lage doseringen van estradiol zijn riskant omdat door een osteoporose kan ontstaan.

Oestrogenen

- Estradiol tablet 2 dd 2 mg
- Estradiol pleister 100mcg/24 uur 2x/week (System® plakt het beste)
- Estradiol gel 0,06% 1 dd 2 pompdoseringen = 2.5gr/ 1.5mg (EstroGel®)
- Estradiol transdermale spray 1,53 mg/ dosis 1x per dag 2

Injecties zijn in Nederland niet via de apotheek leverbaar.

Anti-androgenen

Eerste keus behandeling:

- Triptoreline 3,75 mg s.c./i.m. 1x per 4 weken, of 11.25 mg i.m. 1x per 12 weken. Toediening door (assistent van) de huisarts. Desgewenst kunnen mensen het ook zelf leren van de huisarts.

Alternatieven

- Cyproteronacetaat 1 dd 12,5 mg (bij gebruik van voornamelijk 25 mg of meer per dag is een zeer kleine kans op meningeomen gerapporteerd)
- Spironolacton 3 dd 50 mg en zo nodig ophogen tot maximaal 300 mg/dag (voor start eerst controle elektrolyten, nierfunctie en bloeddruk, dit initieel na drie maanden en indien stabiel jaarlijks vervolgen)

Testosteron

- Testosterongel 16,2 mg/g 1 dd 2 pompjes (= 40,5 mg) (Androgel®)
- Alternatieven gel: Testavan® 20mg/g 1 dd 2 pompjes (=43 mg) of Tostran® 20mg/g 1 dd 6 pompjes (=60mg), Androgel® 50 mg 1 dd 1 sachet
- Testosteron esters 250mg/3 weken i.m. (Sustanon®250mg/ml, ampul 1ml)
- Testosteron undecanoaat 1000mg/12 weken i.m. (Nebido® 250mg/ml, ampul 4ml). Eerste injectie van 1 ampul na 6 weken herhalen, daarna eens per 12 weken

6. Controles

Na de start wordt gedurende een jaar elke drie maanden bloed geprikt en de dosering zo nodig aangepast totdat de waarden binnen de hormonale streefwaarden liggen, uiteraard in aansluiting op de evaluatie met de patiënt over de bijwerkingen en gewenste effecten en over diens ontwikkeling. De ophoging van orale en transdermale producten is stapsgewijs met 50%. Indien bij Nebido de normaalwaardes laag blijven kan het interval ingekort worden (om de 11 of 10 weken).

Na een jaar kan in het tweede jaar elke 6 maanden bloedonderzoek plaatsvinden en daarna volstaat tenminste eens in de 2 jaar. Neem suggesties van patiënten in overweging om de dosering of toedieningsweg te wijzigen. Verwijs indien nodig naar een kaderarts of specialist.

	Masculiniserende behandeling	Feminiserende behandeling	Streefwaarde
Hemoglobine*	X		Conform bevestigde geslacht
Hematocriet	X		< 0,52
Glucose	X	X	Conform bevestigde geslacht
Kreatinine/eGFR	X	X	Conform bevestigde geslacht
Lipiden	X	X	Conform bevestigde geslacht
Testosteron	X	X	Trans man 10 - 30 nmol/L Trans vrouw < 2.0 nmol/L
Estradiol		X	200 - 600 pmol/L

* noodzakelijk voor bepaling Ht.

Masculiniserende behandeling

Bij gebruik van Sustanon niet standaard een testosteronwaarde bepalen, alleen op indicatie bijvoorbeeld bij dalklachten.

Indien het hematocriet > 0,52 (zelden) kan eerst geprobeerd worden de dosis te verlagen. Als het hematocriet hoog blijft kan bloeddonatie en/of aderlaten ondergaan worden, afvallen indien BMI >25, en/of stoppen met roken. Zo nodig kan de huisarts contact opnemen met een endocrinoloog. De patiënt kan meegenomen worden binnen het normale eerstelijns cardiovasculair risicomangement indien daar indicaties voor zijn. De dosis van testosteron hoeft dan niet te worden aangepast.

Bij aanwezigheid van borsten is deelname aan het reguliere bevolkingsonderzoek (BVO) mammacarcinoom geïndiceerd en bij aanwezigheid van de baarmoeder is deelname aan het reguliere BVO cervixcarcinoom geïndiceerd. De uitnodigingen van het Bevolkingsonderzoek Nederland worden verstuurd op basis van het geregistreerde geslacht. Indien de persoon niet wettelijk als vrouw is geregistreerd kan door middel van eenmalige aanmelding bij www.bevolkingsonderzoeknederland.nl de patiënt regulier worden opgeroepen. Bevolkingsonderzoek voor borstkanker vindt plaats tussen 50 en 75 jaar, voor baarmoederhalskanker vanaf 30. Vroegtijdig aanmelden is niet mogelijk.

Bij vaginaal bloedverlies na een amenorroeduur van een jaar of langer is een gynaecologisch consult gewenst.

Feminiserende behandeling

Met feminiserende medicatie bestaat een verhoogd risico op trombotische aandoeningen, vooral bij oudere leeftijd (ouder dan 40), overgewicht en wanneer er wordt gerookt. In die gevallen is transdermale toediening van oestrogenen aangewezen. Na het 50e levensjaar kan de dosering van de medicatie worden gehalveerd (vooralsnog op basis van consensus) in overleg met de patiënt, maar kan worden aangepast bij afname van het feminiserende effect of menopauzale symptomen.

De patiënt kan meegenomen worden binnen het normale eerstelijns cardiovasculair risicomanagement indien daar indicaties voor zijn.

Deelname aan het reguliere BVO mammacarcinoom is geïndiceerd. Indien de persoon niet wettelijk als vrouw is geregistreerd kan door middel van eenmalige aanmelding bij www.bevolkingsonderzoeknederland.nl de patiënt regulier worden opgeroepen.

In de toekomst zal het (kleine) risico op prostaatkanker blijven bestaan (ook bij een vaginaplastiek blijft de prostaat aanwezig), daarvoor geldt hetzelfde beleid als bij een cis man.

Patiënten kunnen ook om hulp vragen bij veelvoorkomende kwalen zoals vaginale atrofie, onvolledige amenorroe, androgene alopecia of erectiestoornissen. Indien nodig kunnen hiervoor de standaardbehandelingen worden toegepast, met inachtneming van hun interacties en bekende bijwerkingen.

7. Pauzeren of stoppen van behandeling

Patiënten kunnen ervoor kiezen om tijdelijk of permanent te stoppen met hormoontherapie, bijvoorbeeld door een kinderwens, of om op een later moment fertiliteitsbehandeling te ondergaan, of omdat ze geen verdere veranderingen willen. Mits ze geen gonadectomie hebben ondergaan is het over het algemeen veilig om te stoppen met hormoontherapie. Patiënten die een gonadectomie (orchidectomie of ovariëctomie) hebben ondergaan moeten levenslang een vorm van hormoontherapie blijven gebruiken om een steroïdentekort en de daarmee gepaard gaande verhoogde risico's, zoals osteoporose, te voorkomen.

Informeer patiënten dat na het staken het maanden kan duren voordat endogene hormonen terugkeren naar normale waarden, dat de permanente veranderingen van hun lichaam zullen blijven en dat andere kenmerken uiteindelijk zullen terugkeren. Ook moet de patiënt worden geïnformeerd dat er gedurende deze maanden 'overgangsklachten' kunnen worden ervaren.

De hormoonspiegel van de patiënt zou 3-6 maanden na een stop kunnen worden gecontroleerd om de terugkeer van endogene hormoonproductie te bevestigen. Is dit niet het geval dan is verwijzing naar een endocrinoloog aangewezen.

Verantwoording

Deze handreiking is ontwikkeld aan de hand van bestaande evidence based richtlijnen en aangepast aan de Nederlandse context. De handreiking is in samenwerking met Trans in Eigen Hand beoordeeld door enkele artsen die gespecialiseerd zijn in de transgenderzorg:

- Naomi Cheuk Alam, huisarts, seksuoloog NVVS i.o., Transgenderzorg Utrecht, Transkliniek Utrecht
- Peter Leusink, huisarts, seksuoloog NVVS, Transgenderzorg Utrecht
- Franklin Maidman, huisarts, NHG-Expertgroep Seksuele Gezondheid

Daarnaast danken wij de GGD Amsterdam, en specifiek Camiel Welling, medisch supervisor van de Amsterdamse Trans Kliniek en Transvisie, voor het delen van input en expertise bij de totstandkoming van deze handreiking.

De volgende protocollen en studies zijn als referentie gebruikt:

- 4th edition: [Shebourne's Guidelines for gender-affirming primary care with trans and non-binary patients](#). Rainbow Health Ontario.
- [Australian Informed Consent Standards of Care for Gender Affirming Hormone Therapy](#).
- Australia: Australian Professional Association for Trans Health. Version 1.1.
- GGD Protocol zorg voor transgender mannen en vrouwen (transgenderzorg en migratieachtergrond). GGD Amsterdam.
- [Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People](#), Version 8, International Journal of Transgender Health. Coleman et al (2022).
- Medisch protocol Endocrinologische nazorg controles transgender personen. Kennis- en Zorgcentrum voor Genderdysforie, Amsterdam UMC. Versie 1.0. Laatste revisie: 6-7-20
- van Zijverden, L. M., Wiepjes, C. M., van Diemen, J. J. K., Thijs, A., & den Heijer, M. (2024). Cardiovascular disease in transgender people: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of endocrinology*, 190(2), S13–S24. <https://doi.org/10.1093/ajendo/lvad170>.

Voor meer informatie:

www.huisartsenzorgvoortransgender.nl

www.keuzehulp-vruchtbaarheidsbehoud-transmannen.nl

www.transineigenhand.nl

<https://sekshag.org/>

www.transvisie.nl

