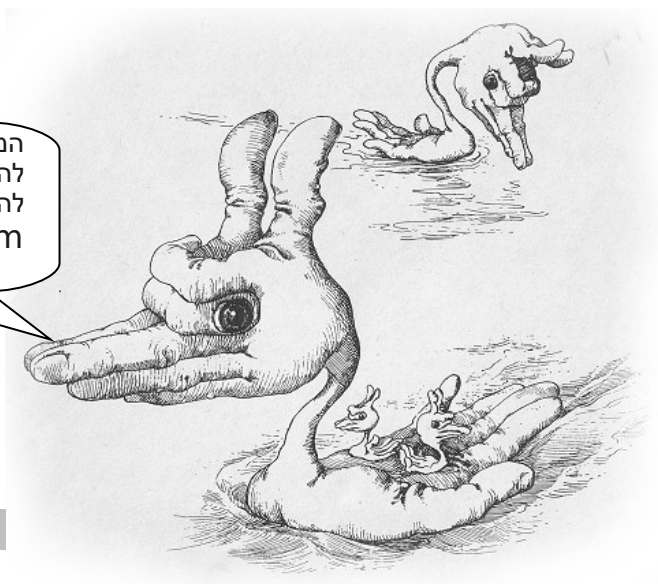
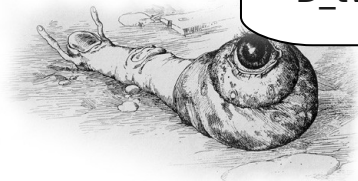


המדריך אינו כולל תמונות כדי שיוכל להיקרא ע"י כולם.
להערות, הארות ובקשות לפרסום:
D_tv25@hotmail.com



יד טרנסית

המוסף הטרנסי של ע' קווירית, 18 באוגוסט 2010

המדריך המלא לניתוח תחתון של טרנסקסואלים

יד טרנסית

תוכן עינים

- 3.....הקדמה.
- 4.....מה זה ניתוח תחתון.
- 4.....הניתוח הגניקולוגי.
- 5.....הפרוצדורה לכריתת הנרתיק.
- 6.....כריתת הנרתיק – שיעור בהיסטוריה/היסטוריה.
- 6.....הארכת צינורית השתן.
- 7.....סיבוכים בהארכת צינורית השתן.
- 8.....עוד על הארכת צינורית השתן וההחלמה.
- 8.....קטטרים.
- 9.....דלקות בדרכי השתן.
- 9.....שק אשכים ותותבי אשכים.
- 9.....השתלת תותבי האשכים.

- 9.....הרחבת שק האשכים ע"י מרחיבים
- 10.....השתלת תותבי אשכים קבועים
- 10.....מטוידיופלסטי
- 11.....שלבי המטוידיופלסטי
- 12.....ניתוחים קוסמטיים למטוידיופלסטי ובכלל
- 12.....Centurion
- 12.....שחרור בלבד
- 13.....פאלופלסטי
- 13.....אזורי תרומה
- 13.....פאלופלסטי שתל מהאמה
- 14.....musculocutaneous latissimus dorsi flap מהצד
- 15.....שלבי ביניים
- 15.....שתלים להעמדת הפאלו
- 16.....סיבוכים אפשריים
- 17.....Gillies technique - טכניקה של גילס
- 17.....מיקום הפין הביולוגי*
- 17.....ניתוחים ותיקונים קוסמטיים בפאלופלסטי
- 18.....טיפים ועצות
- 19.....בחירת מנתח
- 19.....בחירת ניתוח
- 19.....מה יותר טוב פאלופלסטי או מטוידיופלסטי?
- 20.....מחירים
- 21.....לסיום
- 21.....בארץ ובחו"ל – דעה אישית
- 22.....מילה על לוח זמנים

- 24.....מילון אנגלי-עברי למונחים ומושגים לניתוח תחתון.
- 26.....לינקים חשובים.
- 26.....קבוצות דיון של ניתוחים תחתונים.
- 27.....מידע נוסף.
- 27.....קבוצות דיון, מידע ותמונות.
- 27.....וידאו של ניתוח ליצירת איבר מין תחתון מצד הגוף על ידי הצוות הסרבי.
- 27.....בלוגים ואתרים שווים:
- 28.....מנתחים.
- 29.....סוף-דבר.

הקדמה

אני - יד טרנסית -אדם פרטי, טרנסקסואל שאינו משתייך לתחום הרפואה. המדריך הזה מיועד בראש ובראשונה עבור טרנסים המתחילים את הברור הראשוני בינם לבין עצמם. אני ממליץ להסתמך על מדריך זה בלבד לפני ניתוח כזה או אחר. חובה על כל המעוניין לעבור ניתוח או שכבר עבר אותו ונתקל בבעיה, להתייעץ עם רופא מומחה ולא לפעול על פי הכתוב בלבד.

את המדריך הזה כתבתי כחמש פעמים למין ההתחלה. קיים מידע רב בנושא, ונאלצתי לברור ולהחליט מה להכניס למדריך ומה להשמיט. מדריך זה ישמש אם כן כמורה נבוכים, ויסקור באופן כללי את האופציות הניתוחיות לטרנסקסואלים הבוחרים לעבור ניתוח תחתון. במידה ויעלה שוב הצורך, ייתכן ואמשיך ואכתוב מדריך נוסף שיכלול פרטים נוספים. אינני מתיימר לתת את כל המידע הקיים. קראתי עשרות ומאות עמודים של ספרות מקצועית ויומנים אישיים. ראיתי תמונות ואף התייעצתי עם מנתחים וטרנסים אחרים שעברו את הניתוחים הללו ואף כתבו מדריכים בחו"ל. ככלות הכל המדריך כתוב בשפתי, ללא נאמנות למדריך/ מאמר כזה או אחר. מדריך זה אינו סוקר את כל הטכניקות הקיימות, אלא את רובן, והוא אינו נכנס לעובי הקורה, אלא ככל שאני מצאתי לנכון.

האופציות הניתוחיות ואזורי התרומה השונים ליצירת אבר מין גברי משתנים ומתעדכנים. המדריך הזה רלוונטי ליום בו הוצא. עם זאת אני מניח שתמיד הוא

יהיה רלוונטי במידה כזו או אחרת, אך ישמש כחומר רקע ותו לא. יש להניח שמי שיקרא אותו בעוד חמש או עשר שנים יתוודע לדברים אחרים חדשים ונפלאים בתחום.

העצה הטובה ביותר שניתן להשיא למי שמעוניין לעבור ניתוח תחתון היא להתחיל לתרגל את השפה האנגלית. יהיה עליו לבחור את הטכניקה הרצויה, ליצור קשר עם המנתח וכל זה יהיה, ככל הנראה, בשפה האנגלית בלבד. כעזרה ראשונית, צירפתי בסוף מדריך זה מילון מונחים מצומצם רלוונטי לנושא.

מה זה ניתוח תחתון

ניתוח תחתון הוא ניתוח המשנה את האברים הקיימים, בין אם הוא רק ניתוח גניקולוגי הכולל או אינו כולל כריתה של הנרתיק, בין אם הוא פאלופלסטי או מטוידופלסטי הכולל או אינו כולל את הארכת צינורית השתן, ובין אם הוא כולל או אינו כולל אשכים.

הניתוח הגניקולוגי

הניתוח הגניקולוגי אינו חייב להיות ניתוח נפרד מניתוח ליצירת אבר מין תחתון, אך עם זאת, הוא אינו חייב להתבצע כלל כדי ליצור אבר מין תחתון. חשוב להבהיר לטרנסים בדרך לניתוח עליון בחו"ל, שבמידה והם מעוניינים באופן וודאי לעבור ניתוח עליון בחו"ל, הם יכולים למצוא מנתח שיצרף אליו עוד צוות רפואי, ותוך כדי ההרדמה, כבר יכרות גם את האברים הפנימיים (רחם, שחלות, חצוצרות ואפילו נרתיק). יש לציין בפני הטרנס, במיוחד זה הנמצא בשלב טיפולי טרום נטילת הורמונים, (אך גם אחריו), את העובדה, שאם הוא מעוניין בהבאת ילדים בלי להמשיך את ההיריון בעצמו, כדאי לו לבצע שאיבת ביציות, הפרייתן והקפאתן (כי נכון להיום אין מקפואים ביציות בלבד). תורם זרע קל למצוא. קל יותר יהיה לטרנס לפני נטילת הורמונים לגשת נפשית וחברתית לטיפולים הללו, מאשר לטרנס שכבר החל בנטילת הורמונים זכריים והוא בעל מראה גברי. אין זה רלוונטי לטרנס שמעוניין להיכנס להריון בעצמו.

הניתוח הגניקולוגי כולל כריתה של הרחם, השחלות והחצוצרות. יש למצוא מנתח שיעשה זאת בשיטה לפרוסקופית או דרך הנרתיק. שיטה זו פחות טראומטית לגוף במידה ניכרת ומפחיתה את משך ההחלמה, כמו גם את

הכאבים, הצלקות והסיבוכים. הטרנס, ככל הנראה, יאושפז יום קודם לכן (או יקבל הנחיות ויישמן בעצמו) לצורך ניקוי מעיים (בניתוח בטני יש חשש לפגיעה במעיים, וכתוצאה ממעיים לא נקיים, עלול להתפתח זיהום). ניקוי מעיים הוא פרוצדורה קלה ולא בעייתית. מאושפזים יום קודם לכן, לפי ההנחיות עוברים לכלכלת נוזלים צלולים, הכוללת מרק, תה, ג'לי, מים, מיץ (אפשר להכין ולהביא מהבית מרקים זכים וטעימים). אחרי הצהריים מקבלים בד"כ סירופ לשתיה שגורם לשלשולים. לפנות ערב מקבלים פעם נוספת את הסירופ. בבוקר לעיתים נעשה חוקן, אך אין זה כך בכל המקרים.

יש להקפיד לעבור את הניתוח בשיטה הלפרוסקופית (ולא חתך קו הביקיני), מהסיבות שלעיל ומשום שבניתוח פאלופלסטי, צלקת רוחבית עלולה לשלול מראש אופציה של יצירת פאלוס מאזור תרומה של הבטן התחתונה. בניתוח לפרוסקופי כורתים את הרחם, השחלות והחצוצרות. מחדירים לתוך הטבור ("פופיק") צינור המנפח את הבטן ובאמצעות שלושה צינורות נוספים מוציאים את האברים. שיטה זו משאירה לרוב חתכים זעירים מאוד, שאינם דורשים אפילו תפירה.

הפרוצדורה לכריתת הנרתיק

לצערי, מופץ מידע שגוי רב בנושא זה. לכן יש להקפיד על מידע נכון. כריתה של הנרתיק ע"י צוות רפואי מהימן, אינה אורכת יותר משעה, היא מתבצעת ללא דימומים משמעותיים וללא כאבים חזקים (לפי סף הכאב, החל מ'לא כואב כלל' וכלה ב'מאוד לא נוח וכואב'). יש לשאול את המנתח המועדף כמה פעמים הוא ביצע את הפרוצדורה הזו, כמה זמן התהליך לוקח לו, לכמה אנשים הוא נאלץ לתת תרומת דם בעקבות דימום מהמקום (ולא משאר המקומות, אלא ממקום זה באופן ספציפי) והאם היו סיבוכים בהחלמה. אם היו סיבוכים, במה הם התבטאו וכיצד טופלו. כמו כן, יש לשאול באיזו טכניקה נעשה הטיפול, והאם כריתת הנרתיק מלאה, כלומר כוללת את כולו (ישנם לא מעט מנתחים, בעיקר בארה"ב, שאינם מסירים את הנרתיק כולו, אלא משאירים מעבר צר מאוד וקטן, ועם זאת מספיק דיו כדי לגרום לטרנסים לדיסאופוריה). מהמידע שאני מצאתי, כאשר מבצעים את הכריתה בטכניקה מתקדמת ובצוות רפואי מיומן, הסיבוכים ספציפית להליך זה אינם גבוהים משאר הפרוצדורות.

כריתת הנרתיק – שיעור בהיסטוריה/היסטוריה

בעבר ננקטו שתי שיטות ניתוח שבדיעבד ניתן להעריכן כמיושנות ולא טובות:

האחת כללה ניתוח בו היה מוסר כל מה שנגע בנרתיק והיה קשור אליו (שרירים ועוד) - דבר שגרם לדימום משמעותי, לזמן החלמה ארוך ולכאבים משמעותיים, לסיבוכים בשלפוחית השתן (כי זו נמצאת מעל הנרתיק ומקבלת ממנו תמיכה) וכו'.

השנייה הייתה כריתה של הרחם, השחלות והחצוצרות, השארת צוואר הרחם והנרתיק, תפירה וכריתה של חזית הנרתיק ובעצם השארת הנרתיק בפנים. לכאורה, כלפי חוץ- אין נרתיק. התוצאה – נוזלי הנרתיק עברו לבטן התחתונה, ואז עלול היה להיווצר שינוי ברקמה הרירית של הנרתיק/צוואר הרחם ללא ידיעה או יכולת בדיקת הדבר. לכן אם מסירים, יש להסיר, לדעת, באופן מושלם.

השיטה הנהוגה כיום היא הסרת השכבה הפנימית של הנרתיק ותפירתו יחד. אסטטית זה נראה ממש מושלם, ולמעשה אין כאבים ניכרים ואין ירידה משמעותית (אם בכלל) באורגזמות, בתחושה של חוץ הנרתיק וכן הלאה (למעשה התחושה היא זהה בין אם נכרת הנרתיק ובין אם לא, אותן התחושות הבאות מהנרתיק לפני הניתוח נשארות גם אחרי הכריתה). התחושות הארוטיות שהיו בעבר (ללא חדירה) קיימות גם לאחר הניתוח. כאמור, יש צוותים בחו"ל המותירים פתח קטן מאוד, כלומר עושים כריתה חלקית של הנרתיק, אך מותירים אותו קטן מאוד.

הערה חשובה: אם הטרנס מעוניין לעבור בעתיד ניתוח ליצירת אבר מין גברי, הכולל הארכת צינורית השתן, חובה עליו לפנות למנתח שהוא מעוניין בו ולשאול אותו אם כריתה של הנרתיק תפגע ביכולתו ליצור הארכת צינורית שתן. מנתחים רבים משתמשים ברקמה מהנרתיק ליצירת צינור השתן. בחלק מהמקרים יעדיף המנתח לכרות בעצמו או לבצע את הניתוח הגניקולוגי כולו או חלקו בעצמו, ובמקרים אחרים יעדיף המנתח שתבוא לאחר הניתוח הגניקולוגי, לכן יש לערוך עבודת מחקר מקדימה.

הארכת צינורית השתן

הארכת צינורית השתן תבצע רק בטרנסים המעוניינים בכך. אין כלל צורך או הצדקה רפואית להאריך את צינור השתן! ניתן להשאיר את פתח השופכה באותו המקום, או לשנות את מיקומו.

בפאלופלסטי, ניתן להאריך את צינור השתן עד הסוף או עד האמצע, להשאירו במיקום הטבעי או להעתיקו לכיוון האשכים (כך שיהיה אפשר להשתין בעמידה, אבל ממקום אחר). כמו כן ניתן לשלבו עם מטוידיופלסטי, ואז ישתין הטרנס מהמטוידיופלסטי.

במטוידיופלסטי, ניתן להאריך את צינור השתן או לא להאריכו. אין לכך הצדקה או צורך רפואי.

סיבוכים בהארכת צינורית השתן

ככל שמאריכים את צינור השתן כן גוברים הסיכויים לסיבוכים. סיבוכים אלה הנם שכיחים ביותר, ולכן כדאי לצפות לכך ולהיערך בהתאם.

פיסטולה

פיסטולה היא חור בצינור השתן (קיים גם בגברים סיסג'נדרים). פיסטולה יכולה להיות בכל מקום על צינור השתן. שכיחה ביותר היא הפיסטולה בחיבור שבין פתח השופכה הקיים לחיבור עם צינור השופכה החדש. אין זה כואב כלל. אך פיסטולה במיקום כזה לרוב אינה מאפשרת השתנה בעמידה, אלא בישיבה בלבד. ניתן ואף רצוי להתאמן בהשתנה בעמידה תוך כדי סגירה של החור בעזרת האצבע/מקלון לניקוי אוזניים, משום שבחלק מהמקרים אם תצליח לתת שתן תוך כדי סגירה של החור, הפיסטולה עשויה להחלים באופן ספונטני. אם הפיסטולה אינה מחלימה באופן ספונטני, יש צורך בניתוח תיקון.

היצרות צינור השתן – strictures

לרוב מדובר ברקמה צלקתית או הצרות של הצינור החדש (בגברים טרנסים). היצרות משמעותה קושי במתן שתן. ישנן דרגות שונות של היצרות, והן מדרגת קושי קל במתן שתן ועד קושי משמעותי. ניתן להרחיב את הצינור באופן עצמאי (יש להתיעץ עם רופא) ומובן שלא בכל המקרים, ע"י דחיפה של קטטר מרוח בג'ל רפואי (מאלחש ועוזר לקטטר לחדור מבלי לפגום בצינור). זו פעולה עדינה שיש לעשותה בזהירות. התחושה היא חוסר נוחות, אך לרוב ללא כאב. הטרנס יכול לעשות זאת בעצמו: יש לעשות את ההרחבה, להשאיר דקה שתיים, לתת שתן (כדי לנקות את האזור) ולחזור על הפעולה מספר פעמים ביום. לאחר שקטטר קטן עובר בחופשיות, יש להשתמש בקטטר בקוטר רחב יותר, עד להגעה לקוטר של 12 מ"מ או 14 מ"מ. בקוטר הזה כבר אין בעיית לחץ, ומעבר השתן הוא חופשי לחלוטין. לעתים ניתן לתקן את ההיצרות במהלך צ'יסקוסקופיה (לרוב ללא הרדמה כללית), או בניתוח.

היווצרות אבנים כתוצאה משתל להארכת צינורית השתן בו קיימות שערות:

לעתים בוחרים מנתחים בשתלים לא מתאימים להארכת צינורית השתן, שתלים הכוללים שערות. כתוצאה מכך עלולות לגדול שערות בתוך צינור השופכה ולגרום לנזק עתידי ומתמשך. לפיכך יש לברר עם הרופא, באילו שתלי עור הוא משתמש. לרוב לא יהיה שתל ממקום אחד בלבד כי אם מהנרתיק, מהשפתיים הפנימיות ומפנים הלחי. שאר המקומות ברובם אינם טובים ואינם מתאימים בגלל שיער ומשום שהעור שממנו נלקחת התרומה, אינו רגיל ללחות ולרטיבות כשיגרה. יש לוודא שהעושה את הפרוצדורה הזו הוא מנתח מוסמך וטוב, לברר את אחוזי הסיבוכים שלו (ואיך הוא מתמודד איתם) ורצוי שהוא יהיה אורולוג בעצמו או יעבוד עם אורולוג במהלך הניתוח. בכל מקרה יש להיערך מראש וליצור קשר עם אורולוג קרוב למקום המגורים, כדי שיוכל לתת מענה הולם אם וכאשר יתעוררו בעיות אורולוגיות.

עוד על הארכת צינורית השתן וההחלמה

תלונות חוזרות ונשנות של טרנסים לאחר הארכת צינורית השתן הן שהשתן יוצא בזרם לא צפוי ו/או מרוסס (ספריי). זוהי תופעה ידועה שנעלמת לאחר כמה חודשים עד שנה. סיבתה נעוצה בתפרים באזור או נפיחות המפריעים לשתן לצאת בצורה של קו אחד נקי. אין זה כואב, אלא מלכלך בלבד (:

קטטרים

מניתוח להארכת צינורית השתן מתעוררים עם קטטר בשופכה החדשה. למעשה זהו רק חלק מהקטטר, והוא גזור כסנטימטר לאחר ראש הפין. בנוסף יש קטטר מהבטן התחתונה (במקום של שערות הערווה) ישירות לשלפוחית, הוא נקרא סופר-פיוביק. רק דרך הסופר-פיוביק תחול ההתרוקנות בשבועות הראשונים. בבית ניתן לנתק את שקית השתן ולהסתובב עם צינור סגור, ללכת כרגיל לשירותים ולהתרוקן (אם זה לא מובן, רצוי לשאול אחות, רופא/ה או טרנסים/סיסג'נדרים אחרים שעברו ניתוח אורולוגי שכלל שימוש בסופר-פיוביק). הסופר-פיוביק יכול להיות מציק ולא נוח. לעיתים יש תחושה של לחץ בשלפוחית, למרות שהשלפוחית ריקה לחלוטין. במקרה כזה ימליץ המנתח לרוב ליטול תרופה אשר תרגיע את השלפוחית, כמו נוביטרופן ממשפחת אוקסיבוטינין. בכל מקרה, רצוי לשתות הרבה, ליטול ויטמין C, וכמוסות (קפסולות) של תרכיז חמוציות. ניתן לחלוט תה מעלי פטרוזיליה. כל אלו יקלו את התסמינים או יעזרו במניעתם (יקדימו תרופה למכה...).

דלקות בדרכי השתן

אם מתפתחת דלקת בדרכי השתן, אפשר ליטול סדורל שישכך את הכאבים עד שהאנטיביוטיקה תשפיע. דלקות בדרכי השתן הן הסיבוך הנפוץ ביותר כתוצאה מניתוח להארכת צינורית השתן, ולפיכך יש להיערך לכך מראש ולהשתמש באמצעים המוזכרים לעיל. רצוי אף למצוא טרם הניתוח אורולוג שילווה במהלך ההחלמה.

שק אשכים ותותבי אשכים

שק אשכים יוצרים מהשפתיים החיצוניות. יש מנתחים שיוצרים שק אשכים אחד. יש כאלה היוצרים שניים, כאשר כל אשך נפרד (אך צמוד). יש מנתחים שיוצרים שק אשכים אחד, המופרד באמצעות מחיצה, או שק אשכים אחד ללא מחיצה. כל מנתח והטכניקה המועדפת עליו. צריך לדבר ולראות איתם תוצאות ולשמוע מדוע הם מעדיפים טכניקה כזו על פני האחרת (מבחינת המראה, כל השלוש מספקות, לעניות דעתי).

השתלת תותבי האשכים

תותבי האשכים הם לרוב מסיליקון והם בגדלים שונים. התותב עצמו יהיה קשיח כולו או בעל מעטפת קשיחה עם מילוי של סיליקון ג'ל (לרוב). הגדלים תלויים ביצרן. עד כמה שידוע לי, אין גודל מסוים לטרנס, כלומר כל גודל של אשך תואם לגודלו של גבר סיסג'נדר.

המעוניינים בשק אשכים רפוי יותר ו/או באשכים גדולים יותר, רצוי שיעברו תהליך הרחבה של העור באמצעות מרחיבים.

הרחבת שק האשכים ע"י מרחיבים

את המרחיבים משתילים בניתוח. לאחר הניתוח מחדירים אחת לשבוע מחט לתוך מעבר גומי במרחיב, ומזריקים לתוכו כמה סיסים של סילין - נוזל מים סטרילי כמו באינפוזיה. פעולה זו עלולה לכאוב באופן משמעותי. התהליך איטי, ההחלמה ברוב המקרים איטית, ולאחר מכן, יש צורך בהחלפת המרחיב בשתלי סיליקון קבועים. כלומר לא נשארים עם המרחיב. סיבוכים נפוצים הם: אי מציאת המעבר, כאבים מעת לעת וכתוצאה מכך אי יכולת הרחבה, נדידה של המרחיב כלפי מעלה, אי יכולת הרחבה באופן עצמאי (ואז יש לפנות לאנשי הרפואה בתדירות

של כפעם בשבוע במשך כמה חודשים). היתרון הוא שק אשכים גדול ורפוי, בעל מראה טבעי יותר, נוחות בין הרגליים ויכולת להכיל שתל גדול יותר.

השתלת תותבי אשכים קבועים

השתלת תותבי סיליקון קבועים היא קלה יחסית. יש צורך לוודא עם המנתח איזה גודל יוחדר. לרוב רצוי להימנע משתלים גדולים במיוחד כי אחוזי הדחייה שלהם גדולים. אם צינורית השתן הוארכה, לא ישתיל המנתח, ברוב המקרים, באותו הניתוח תותבים גדולים מהסטנדרט, וזאת כדי לא להפריע לתהליך ההחלמה של צינורית השתן.

מיום הניתוח ועד כארבעה שבועות וחצי עד חמישה שבועות, נאלצים ללכת ולישון בפיסוק. סביב האשך המושלל יוצר הגוף מעטפת. תהליך זה אורך בין 4 ל 5 שבועות. בזמן הזה יש צורך להיות בפיסוק. אי שמירה על כלל זה יגרום לרוב לנדידת האשך כלפי מעלה. סיבוכים אפשריים: דחיית השתל (הוא יוצא מהגוף), נדידה של האשך מעלה, הישארות האשכים בין הרגליים – מעט לא נוח בהליכה וברכיבה.

מטוידיופלסטי

מטוידיופלסטי הוא ניתוח בו יוצרים אבר מין זכרי מהאבר הקיים אשר גדל בעקבות שימוש ממושך בטסטוסטרון. הפין הביולוגי צומח בעקבות שימוש שגרתי בהורמונים (ולכן רצוי להשתמש כחמש שנים בטסטוסטרון לפני הניתוח וכן לשאוב את הפין באופן קבוע כפעמיים ביום למשך עשרים דקות, מינימום שלושה חודשים, ואף למרוח ג'ל טסטוסטרון אנדרוגני מקומי, כדי למקסם את התוצאות הסופיות). ניתן ואף רצוי לשאוב יותר משלושה חודשים. למעשה, אם אתה חושב שאולי תרצה את זה, כדאי כבר היום להתחיל בשאיבה. שאיבה שגריתית תבטיח תוצאות טובות.

פין מהמטוידיופלסטי יהיה קטן ודק מהממוצע בקרב גברים סיסג'נדרים. הוא יהיה גדול יותר אחרי הניתוח, ברוב המקרים. שיטת הניתוח היא שחרור הפין הביולוגי על ידי חיתוך של רקמות החיבור, המקנות לו מראה שטוח יותר כשל דגדגן. בנייתוח עצמו עוטפים את הפין והופכים אותו ממצב של שכיבה למצב של עמידה, כך שהפין יהיה שלם ולא מחובר לגוף, חוץ מאשר בבסיסו. ניתן לבחור אם רוצים להיות עם ערלה או בלעדיה. חשיבות הערלה בגוף מתבטאת בשמירה על תחושה בפין והגנה עליו, אך הבחירה היא לרוב בידי המנותח. רצוי לחשוב על זה מראש. לטרנסים המאריכים את צינור השופכה, יש פחות אפשרויות לגבי המראה

הסופי – נימול או בלתי נימול, אך המנתחים יוכלו להשתדל לתת לכם מראה של נימול אם זהו רצונכם. המראה הסופי הוא לרוב בין נימול לבלתי נימול. כלומר רואים ערלה, אך לרוב היא אינה מכסה את ראש הפין. ביהדות, המצווה היא לעבור ברית מילה, אין חובה לעבור כריתה מלאה של הערלה, אלא די בירידת טיפת דם בלבד. ובקריטריון הזה, אתם לבטח תעמדו. חשוב לשקלל בהחלטה זו גם את השאלה אם אתם מעוניינים ללכת, לדוגמה, בעירום מלא במלתחה הומה גברים. או אז, גם אם לא תהיו חריגים מבחינת המראה הגברי ואיבר המין הגברי, הרי שייתכן שיופנו מבטים אל עבר הערלה שלכם, וזאת משום שרוב הגברים בישראל הם נימולים.

שלבי המטוידיופלסטי

ניתן לעבור בניתוח אחד: כריתה מלאה של הרחם, שחלות, חצוצרות ונרתיק, הארכת צינור השופכה, מטוידיופלסטי, יצירת שק אשכים והשתלת אשכים. יש מנתחים בחו"ל אשר עורכים את כל הפרוצדורות הללו בכמה שלבים נפרדים, בעיקר כדי להפחית סיבוכים. יש טרנסים שעברו זאת ללא כל סיבוכים, אך יש לא מעט טרנסים שנזקקו לניתוחי תיקון. לפיכך יש צורך לתכנן מראש את אפשרות התיקון ולהכליל זאת כחלק מהתוכנית, בעיקר כדי לחסוך כסף וזמן וכדי להתכונן נפשית לכך שעדיין לא השלמתם את השלב הניתוחי. חשוב להדגיש שאין צורך רפואי לכרות את הנרתיק או לנקוט כל פרוצדורה ניתוחית אחרת. אם אתם נהנים ממין וגינאלי, אין מניעה להמשיך ליהנות ממנו גם בהמשך. כדאי לקחת בחשבון שאם מאריכים את צינור השתן ולא כורתים את הנרתיק, אחוזי הסיבוכים גדלים.

המראה הכללי של המטוידיופלסטי הוא חבילה גברית אך קטנה מהממוצע. היתרון במטוידיופלסטי על פני פאלופלסטי הוא פחות ניתוחים (לרוב), זול יותר, זקפות עצמאיות ותחושה ארוטית מלאה.

החסרונות של המטוידיופלסטי הם: מראה של חבילה קטנה מהסטנדרט, לרוב אי יכולת לחדור עם הפין לתוך נרתיק או רקטום של פרטנר למין. עם זאת יש לא מעט מקרים מדווחים של טרנסים על יכולת חדירה. אגב, קיימת אפשרות להשתמש במאריכים המתלבשים על הפין. בכל מקרה ניתן להמשיך לבצע חדירה על ידי שימוש בטכניקות של טרום הניתוח.

הערה חשובה: יש מנתחי פאלופלסטי שיכולים ועושים ניתוח פאלופלסטי לאחר מטוידיופלסטי. אם מטוידיופלסטי אינו מספק אותך, תוכל בהמשך לעבור ניתוחי פאלופלסטי. כדאי לברר בינך לבינך מה אתה רוצה וצריך, ובהתאם לכך להיערך מראש. אך במקרה הצורך, ניתן לעשות כשלב ב' ניתוח פאלופלסטי.

ניתוחים קוסמטיים למטוידיופלסטי ובכלל

ניתן לעבור שאיבות שומן מהירכיים, מהבטן ומאזור הערווה. שאיבת שומן מאזור הערווה ומתיחת העור (הסרה של עור מיותר), תגרום למטוידיופלסטי להיראות יותר (כלומר פחות קבור תחת עור ושומן), ובעצם להבליט את החבילה החוצה. לא ניתן לערוך את שאיבת השומן וכריתת העור העודף כחלק מניתוח המטוידיופלסטי, אלא כשלב נפרד לחלוטין, אך ניתן לשלבו במידה ויש סיבוכים בניתוח התיקון. יש טרנסים ומנתחים שבחרים לעשות זאת כשלב התחלתי נפרד, אך אם אתם לא משלבים את הניתוח הזה עם הניתוח הגניקולוגי הרי שמדובר בניתוח נפרד, בעוד שאם אתם בוחרים אותו לסוף התהליך (במידה ויש לכם סיבוך הדורש ניתוח), הרי שהוא יכול להיות באותו ניתוח, דבר שיחסוך בהרדמה כללית, זמן החלמה, כסף ועוד.

Centurion

תת קבוצה למטוידיופלסטי - טכניקה המתבטאת בהסרת רקמות חיבור מיותרות מאזור השפתיים החיצוניות כדי לנתק את הפין מהגוף ועטיפת הפין ברקמות אלה. טכניקה זו אינה נפוצה במיוחד (מבוצעת על ידי מספר בודד של מנתחים), אך מקנה מראה של פין עבה יותר. למידע נוסף ותמונות, יש להירשם לאחת או לשתי הקבוצות הבאות:

<http://groups.yahoo.com/group/mycenturionsurgery/>

http://groups.yahoo.com/group/The_Centurion_FTM_Surgery_Site/

יש מנתח בארה"ב (ד"ר מצלר) המנסה לשלב תרומת עור מחזיר (מלשון החיה חזיר) למטוידיופלסטי וזאת כדי לשוות מראה עבה וגדול יותר. תהליך זה נמצא בשלב ניסויי ועדיין לא נוהג בשגרה.

שחרור בלבד

ניתן לעבור מטוידיופלסטי פשוט הכולל שחרור הפין הביולוגי בלבד. הפרוצדורה הזו זולה באופן משמעותי, ובעצם נותנת מיניפאלוס בדיוק כמו במטוידיופלסטי, מלבד שק האשכים, השתלת האשכים והארכת צינורית השתן. לרוב מצריך הדבר שהות קצרה בבית חולים ובאופן יחסי עם פחות סיבוכים. ניתן לעשות זאת עם או בלי הניתוח הגניקולוגי. זה מכונה simple meta, כלומר שחרור ה מטה (קיצור למטוידיופלסטי) או simple release, שחרור פשוט. במילים אחרות, שחרור הפין הביולוגי וכריכתו עם העור – מטוידיופלסטי.

פאלופלסטי

ישנם מספר סוגים של פאלופלסטי. ההבדל הראשוני בין הסוגים הוא אזור התרומה ליצירת הפין. קטגוריות סיווג נוספות הן תחושה ארוטית ורגילה (תחושת חום/קור/מגע), אורך ועובי אפשריים.

אזורי תרומה

אמה, בטן/ערווה, ירך וצד הגוף. לכל אחת מהטכניקות יש יתרונות וחסרונות ועל כל אחד להחליט מהי השיטה העדיפה עליו.

פאלופלסטי שתל מהאמה

פאלופלסטי משתל מהאמה, יקנה את התחושות הארוטיות והתחושות הרגילות הטובות ביותר, אך במחיר צלקת רחבה באזור האמה. לכיסויה נוטלים שתל מאזור אחר בגוף (ירכיים או ישבן).

בשתל מהאמה יש עצבים רבים. ולאחר שמפרידים את העור מהיד (תוך כדי כך שהוא מחובר ליד לשם אספקת דם), יוצרים גליל, כלומר צורה של פין, ואחר כך מנתקים אותו גם מאספקת הדם. נוטלים את הפין הביולוגי, מפרקים אותו, ומחברים קצוות עצבים מהפין הביולוגי לקצוות העצבים משתל מהאמה. פעולת חיבור העצבים נקראת מיקו-כירורגיה והניתוח הזה לוקח באופן יחסי יותר זמן. יש מנתחים שנוטלים את כל העצבים מהפין הביולוגי, ולעומתם יש מנתחים המשאירים כמחצית, פחות או יותר, באזור, כדי שבכל מקרה תהיה תחושה ארוטית. לרוב לוקח זמן לעצבים להחלים ולגדול יחד (בין חצי שנה לשנתיים ויותר), כלומר ייתכן שתהיה לך תקופה קצרה עד ארוכה בה לא תחוש תחושה אורגזמית או שתחוש בה כבר לאחר חודשים ספורים, אולם לא במלוא הפוטנציאל. ניתוח מוצלח יגרום לך לתחושה בבסיס הפין וכן לאורכו. את האמה יכסו בשתל עור מאזור תורם נוסף. כלומר יאלצו להסיר לך עוד עור. יש מנתחים הנוטלים עור מהירכיים. החיסרון בתרומה זו הוא שהעור דק ועלול לגרום למוגבלות בתנועת היד התורמת וכן לצלקות רחבות (לא באופן מוגזם. הן יהיו אדומות בהתחלה וורודות בהמשך) כנ"ל בירכיים. יש מנתחים הנוטלים תרומה לכיסוי האמה מהישבן. יתרונות העור מאזור זה הן תרומת עור בעובי מלא ושייתכן ויצמח לך שיער על היד (להבדיל מצלקת בלי שיער). מכיוון שהעור יהיה עבה יותר, ייתכן ותנועת היד תהיה פחות מוגבלת. יתרון נוסף נעוץ בשיטה בה נוטלים את העור. דמיין אדם עומד על מנת להבין זאת. אחוריו בנויים משני ישבנים. במקום בו הישבן מתחבר לירכיים יש קפל. בתרומה מאזור זה, חותכים מתחת

לקפל ומעליו ומחברים יחד. כלומר, תיווצר צלקת באזור הקפל. היתרון הוא שזה יהיה יותר דיסקרטי (בפרט אם מבורכים בישבן גדול במקצת...).

במקרה של תרומה מהאמה ייתכן שכל חיך תהיה לך מוגבלות מסויימת ביד. כלומר, היד לא תוכל להיות גמישה ולנוע במלוא התנועות כבעבר. האזור יכאב עד להחלמה מלאה. לרוב נוצרת נפיחות ביד ואז יש צורך בשרוול לוחץ ובפיזיותרפיה. בדרך כלל תישאר צלקת בולטת באזור האמה. הפאלופלסטי מהאמה יהיה לרוב דק יותר והאורך הממוצע שלו הוא כ-14 ס"מ. הערה על הגודל: בניגוד לגברים ביולוגיים, הפין שלנו אינו מתרחב וגדל, כלומר מה שיש לך בין הרגליים בלי קשר לסקס, זה מה שיהיה לך גם בסקס. כלומר, נניח שתבחר מאזור תורם אחר, בו אין הגבלה על אורך ו/או רוחב. תבחר שיהיו לך 25 ס"מ (כדוגמה) ויחסית רחב. כאשר תלך לאסוף את הילדה מהגן – יהיה לך גודל זה, כאשר תלך לבקר את ההורים של בן/בת זוגך – זה מה שיהיה לך, כאשר תשחק כדורגל במכנסיים קצרים – זה מה שיהיה לך... וגם כאשר תשב באסלה למס' 2, זה מה שיהיה לך (שמעתי מחברים מחו"ל על מקרים שהפין שלהם הגיע למים שבאסלה ונגע בהם). לכן תחשוב מראש מה אתה רוצה שיהיה לך. אתה יכול להיות מסופק מאוד מפין שבצורתו העומדת יהיה קטן מהממוצע, אך עדיין בצורתו הרגילה הוא יהיה מרשים... אם תלך להתקלח במלתחות, עדיין יהיה לך פאלוס מרשים, קצת יותר מהסטנדרט.

פאלופלסטי מהצד *musculocutaneous latissimus dorsi flap*

בטכניקה של הפאלופלסטי מאזור תרומה של צד הגוף יש ניסיון ליצור פאלו רגיש, אך עדיין לא שמעתי דיווחים לכאן או לכאן. התחלת הצלקת תהיה מעט אחרי בית השחי ובזווית קלה של כמה מעלות הצידה לכיוון הבטן (אבל לא עד הבטן חלילה) – כלומר צלקת מעט אלכסונית. אם אתה נוהג מראש לפי הוראות המנתח ומכין את האזור כהלכה, המנתח יהיה מסוגל לתפור לך לחלוטין את האזור, ובעצם תישאר לך רק צלקת רוחבית אחת לתרומת הפאלו. (ההכנה כרוכה במסג' מקצועי! פעמיים ביום למשך כמה חודשים (איני זוכר במדויק כמה חודשים) ואז ניתן להרים את השתל בלי בעיות ולסגור אותו מיידית וללא העברת עור מאזור אחר). בעת נטילת השתל, לוקח המנתח גם עצב שרירי ומחבר אותו בצד הירך במקום גבוה (על יד הפאלוס, באמצעות תעלה) בתקווה להשיג תחושות מהפאלו.

כמו כל שאר הסוגים, אתה יכול לעשות כרצונך עם הפין הביולוגי, המנתחים היחידים שעושים את הניתוח הספציפי הזה כיום, הם שני מנתחים סרביים שונים. היתרונות הם: אזור תרומה אחד (!) ליצירת פאלופלסטי, פאלופלסטי עבה, וכמו כן

ניתן להחדיר שני צילינדרים לעמדת הפין לתוכו וללא הפרעה לצינור השתן, זאת אם בחרת בהארכה.

כאמור ישנם אזורי תרומה נוספים. ההבדל העיקרי ביניהם הוא אזור התרומה והמראה הסופי (אורך ורוחב). החסרון בפאלופלסטי מאזור תרומה של הערווה הוא איבוד השיער שם, אך היתרון בכך הוא שאזור התרומה נמצא במקום אינטימי.

הסיבוכים בפאלופלסטי נובעים בעיקר מהארכת צינורית השתן, וייתכנו אף מקרים של איבוד הפין לחלוטין. ישנם סיבוכים נוספים שלא אתמקד בהם. על המעוניין בניתוח זה להתעמק בנושא טרם קבלת החלטה.

שלבי ביניים

מנתחים רבים נוקטים שלבי ביניים. אחד מהם מכונה 'ידית מזוודה' suitcase handle, בשלב זה, הפאלוס אינו משוחרר לגמרי מהגוף, כך שהקצה שלו (ראש הפין) מחובר לגוף ומכאן כינויו. שלב זה נעשה כדי לאפשר זרימת דם טובה לפאלוס החדש. שלב זה אינו מאפשר יחסי מין הכוללים חדירה באמצעות הפאלוס (אך למעשה ניתן לקיים יחסי מין כבעבר), אבל יש כבר חבילה משמעותית בין הרגליים. לא כל מנתח בוחר בשלב ביניים זה והדבר אף משתנה בהתאם לסוג הניתוח.

כמו כן, יש לעתים תתי שלבים ושילובים בין פרוצדורות. לכל מנתח השלבים שלו. אפשר לעבור פאלופלסטי בעת ובעונה אחת בשילוב ניתוח גניקולוגי ו/או הארכת צינורית השתן, לעתים לא ירצו לשלב זאת עם יצירת שק אשכים ו/או החדרת תותבי האשכים. יש להתייעץ עם המנתח ולברר מה הוא עושה ומתי. כמו כן השתלת התותב להעמדת הפין לא נעשית באותו הניתוח ליצירת הפאלופלסטי.

שתלים להעמדת הפאלו

ישנן שיטות שאינן כרוכות בניתוח, כמו שרוול תומך חיצוני בפין, אותו ניתן לרכוש בחנויות באינטרנט, או שיטה של עשה זאת בעצמך (לפני כל אקט מיני עם הכוללים חדירה): ליפוף הפאלוס בתחבושת אלסטית דקה מהבסיס ועד לקצה ולאחר מכן חבישת האזור. מובן שאסור להירדם עם התחבושת, אלא להסירה לאחר זמן מה כדי למנוע נמק. אם אתה מעדיף זאת אך מתבייש שיראו, אתה יכול להשתמש בקונדומים לא שקופים ואף בצבעים שונים.

השתלים הקבועים בתוך הפין מתחלקים לשתי קבוצות עיקריות: סיליקון קשיח למחצה ותותב מתנפח.

סיליקון קשיח למחצה יאפשר לך יכולת חדירה וזקפה ותוכל לכופפו בכיוון אחר כאשר אינך מקיים יחסי מין, אך גם ללא קשר לאקט מיני, מידת הקשיחות תישאר.

ישנם שני סוגים עיקריים של תותב מתנפח הידראולי: הסוג הראשון – כל החלקים מחוברים יחדיו, המראה המתקבל הוא שתמיד עומד לך במידת מה... והסוג השני בנוי באופן כללי כך: צינור (צילינדר) מתנפח אחד או שנים, משאבה שלרוב תהיה באחד האשכים, ומאגר של הנוזל באזור הבטן. בפינים רחבים יש מקום גם לשני צילינדרים, אם כי בחלק מהמקרים בוחרים באחד, במידה והפין אינו רחב מספיק ובמקרה שקיימת הארכת צינורית השתן וחוששים שהצילינדר ישתפשף וילחץ על צינור השתן. אך כמובן שיש מקרים שיש שני שתלים וגם צינורית שתן. שני צילינדרים יתנו קשיחות גדולה יותר. הפעולה היא פשוטה: לפני חדירה, מפמפמים את המשאבה (שבאשך) בעזרת היד (זה לא גדול במיוחד, כלומר בגודל אשך ממוצע ואף קצת פחות ממנו), הנוזל שמעמיד את הפאלו, בא ממאגר שלרוב יהיה ממוקם בבטן התחתונה ומשם הוא עובר לפין. בעת השחרור יחזור הנוזל למאגר על ידי לחיצה במשאבה. קיימים מספר סוגים של תותבים המיוצרים על-ידי מספר חברות. יש לברר עם המנתח במה הוא משתמש בדרך-כלל, ואז לברר על המשאבה המועדפת באופן ספציפי.

סיבוכים אפשריים

דחייה של השתל, תקלה טכנית בשתל (לרוב לא צריך להחליף את הכל), זיהומים ועוד. תקלות וסיבוכים בעקבות הניתוח הזה הנם שכיחים ביותר. חסרונות: את השתלים מעגנים לרוב בעזרת ברגים לעצם האגן. התהליך כואב מאוד בדרך כלל, והכאב נמשך לרוב לאורך זמן, אך אם אין עיגון של השתל, אז הצילינדר לא מקובע ויכול לנוע. חסרון נוסף הוא, שיש טרנסים המרגישים שהתותב אינו מקנה להם די קשיחות לשם קיום יחסי מין אנאליים (למרות שקיימות אופציות נוספות, כמו שילוב שרוול חיצוני להקשחת הפין, או בכל פעם מחדש לפתוח קצת בעזרת האצבעות את הרקטום של הפרטנר/ית ו/או בעזרת דילדו, ואז החדירה קלה יותר – לשניכם!). חסרון נוסף הוא שניתוח זה, בתרומה מהאמה, עלול לפגוע בעצבים, כי פותחים את הפין (אמנם לא את כולו). וכאמור, בעיות הדורשות החלפה של חלקים הן נפוצות יחסית, כך שקורה שמאבדים חלק מהתחושה הארוטית. כמו כן ייתכנו שפשוף פנימי של התותב בעור, חוסר נוחות

ביחסי מין ואי התמלאות מלאה של התותב. יתרון: יכול להיות פין מתפקד לחלוטין בעל מראה טוב ומלווה בתחושה ארוטית מעולה.

Gillies technique - טכניקה של גילס

טכניקה ישנה יחסית ליצירת פאלופלסטי. בטכניקה זו לוקחים תרומה ליצירת הפאלוס מאזור הבטן ומגלגלים את העור לכדי פין רפוי. במשך השנים שופרה טכניקה זו, וכיום היא כוללת גם הארכת צינורית השתן על ידי לקיחת תרומה נוספת של עור מאזור הבטן. קוראים לזה "צינור בתוך צינור". בפרוצדורה הזו ברוב המקרים הפין יהיה ללא תחושה ארוטית ואף ללא רגישות למגע. בשיטה זו אין לפין מראה נטוראלי-טבעי. לרוב יש להחדיר צינור גמיש כדי להשיג זקפה.

בדרך כלל מדובר במספר ניתוחים עד לשחרור הפין מהבטן. בגלל ריבוי הניתוחים, חוסר התחושה בפין והמראה הלא טבעי רוב המנתחים אינם נוקטים בטכניקה זו. אף על פי כן בחרתי להתעכב בנקודה זו, משום שייתכן שזה דווקא יענה על הצרכים האישיים של מישהו. לא מצאתי את המקור ממנו שאבתי את הידע הנ"ל בעבר, לכן ייתכן שהמידע אינו מדויק, אך ככל הידוע לי, ניתן שלא לשחרר את הפין מהגוף ובעצם להשיג מראה של חבילה רגילה כאשר לובשים תחתונים (ואז אין צורך להשתמש בחבילה חיצונית – פאקר).

מיקום הפין הביולוגי*

נכון, לא כל אזורי התרומה מאפשרים תחושה ארוטית לאורכו ולרוחבו של הפאלופלסטי. אך ניתן לשלב את הפין הביולוגי בתוך הפאלוס באופן מוחלט או שהוא יבצבץ מעט. אתה יכול להשאיר אותו במקומו הרגיל או להחביא אותו בין האשכים או מאחוריהם. יש מנתח בחו"ל שעובד על חיתוך הפין הביולוגי באמצע, ותפירתו לבסיס הפין, כך שבסיס הפין כולו יהיה תחושת ארוטי ורגיל – דבר זה אפשרי בכל סוגי הפאלוס שלא מהאמה (כי מהאמה לא משתלם לא לעשות מיקרו-כירורגיה).

*פין ביולוגי הכונה לפין אשר גדל עם השימוש בהורמונים.

ניתוחים ותיקונים קוסמטיים בפאלופלסטי

לרוב מעצבים את ראש הפין בניתוח נפרד – ניתוח לעיצוב ראש הפין.

ניתן לעשות גם קעקועים אחרי הפאלופלסטי (ואני מניח שלפני תותבי הזקפה, דבר הטעון בירור) בשביל לצבוע את ראש הפין בצבע מעט יותר אדום או ורוד כמו כן לקעקע ורידים. להבנתי הצבעים לקעקועים רפואיים אינם כה עמידים, וייתכן שתצטרך לחדש אותם מידי פעם בפעם. יכול להיות שתרצה, לפני הניתוח

הפאלופלסטי, לעבור הסרת שיער בלייזר/אפילציה, כדי שלא תהיה עם פאלוס שיער, בפרט אם אתה לוקח את התרומה לפאלוס מאזור שיער, כמו היד.

טיפים ועצות

להפסיק לעשן. במיוחד בפאלופלסטי. בכל תחום של השתלת עור ולא רק של פאלוס ידוע שעישון גורם לדחיית השתל. לפני כל השתלה, כולל השתלת פטמות בניתוח עליון, כדאי להפסיק לעשן. מתי? הכי נכון ברגע שאתה מחליט שזהו הצעד הבא שלך. מטרנסים בחו"ל מדווח שגם אלה שהפסיקו מספר חודשים לפני הניתוח הרגישו הבדל בהחלמה. האידיאל – הפסקת עישון שנה מראש ולא פחות מכך. מובן שישנם מקרים שלא משנה מה אתה עושה/לא עושה, הפין אינו מקבל אספקת דם טובה והשתל נדחה. אין זה קורה במקרים רבים, אולם הסבירות בהחלט קיימת. יש להיות מוכנים לכך.

כדאי גם לצאת מנקודת הנחה שלא משנה מה תעשה, גם אם מדובר בניתוח אחד, שתצטרך לעבור ניתוח תיקון אחד לפחות. מה זה אומר? לא לערוך את הניתוח כשיש לך מינוס בבנק וכשאתה בקושי יכול לכלכל את עצמך. אם חסכת מראש סכום יפה לניתוח, חכה עוד כמה חודשים ותחסוך סכום נוסף לטיסה ולשהות נוספת בחו"ל.

להרזות. אם משקל הגוף שלך מעבר למשקל המומלץ לך, מראש רצוי שתתחיל להרזות, יש מנתחים שלא מנתחים מעל BMI מסוים. יש ניתוחים שכדאי שתהיה קצת יותר עגלגל, זה מאוד תלוי בסוג הניתוח שאתה מעוניין לעבור.

כדאי להצטייד מראש בכרית מתנפחת בעלת חור באמצעיתה או כרית ספוגית, כי אחרי ניתוח באשכים לא תוכל לשבת בנוחיות על הישבן. כדאי לקנות כרית ארוכה (כמו כריות הנקה), כדי שתוכל לישון בנוחיות על הצד, בעזרת הכרית כתמיכה בין הרגליים.

ניתן בהחלט לעבור את הניתוח לבד וללא מלווים. לרוב בכל מקום (אולי לא בארץ) יש צוות יחסית טוב עד טוב מאוד שעומד לרשותך. זכור, הניתוח אינו דבר קל. תמיכה נפשית וליווי של חברים/משפחה הם רצויים וחיוניים תמיד. בארץ אני ממליץ על עזרה צמודה ואף לוו"ז מאורגן מראש. היתרון של ניתוח בארץ הוא שאתה עם המשפחה ועם החברים/ות.

בחירת מנתח

יש לבחור מנתח (לאו דווקא לפי הסדר הזה) לפי הניסיון שיש לו בניתוח שאתה רוצה, הנגישות שלו (אם הוא זמין ועונה לך), עלות הניתוח אצלו, התוצאה הסופית – מבחינת מראה, אסתטיקה וכן הלאה. יש לבקש לראות מאמרים שהוא פרסם, תמונות (תמונות של כל השלבים, תמונות של השלב האחרון ושהם יהיו מהתקופה האחרונה), סטטיסטיקות על שביעות רצון וסיבוכים...

בחירת ניתוח

בחירת סוג הניתוח תהיה על פי הרצון האישי של הבן אדם. אל תביט ימינה או שמאלה. תחשוב מה אתה צריך כדי לחיות חיים שלמים ומאושרים. נראה, שלא משנה מה תעשה, האושר לא יבוא משם. הפין שלך יגרום לך 'רק' להפסיק לחוש בדיסאפוריה. את הניתוח שאתה בוחר, תבחר תוך הבנה שלא משנה מה תעשה, אם לא תתפשט לא ידעו מה יש לך שם. כדאי שבחירתך תהיה לפי התוצאה הסופית של המנתח, מספר הניתוחים שעליך לעבור על מנת להגיע למטרה, סכום הכסף ומידת הזמן שעומדים לרשותך, מה אתה צריך ומה אתה פחות צריך, על מה אתה מוכן או לא מוכן לוותר. מדדים לבחינה הם: מראה סטנדרטי, אורך/עובי, רגיש/לא רגיש, יכולת חדירה, השתנה בעמידה, אזור התרומה/צלקות וכו'.

מה יותר טוב פאלופלסטי או מטוידיופלסטי?

אין משהו יותר טוב. מה שטוב, זה מה שטוב לך. אין משהו ששווה יותר ממשנהו. הטוב ביותר הוא לא להזדקק לזה בכלל. האחד יעשה מטוידיופלסטי וירגיש בעננים, והאחר יעשה פאלופלסטי ורק איתו ירגיש בעננים. אם יש לך מטוידיופלסטי, אינך צריך להרגיש פחות גבר, אם יש לך פאלופלסטי אינך צריך להרגיש יותר גבר. כולנו גברים. כל אחד עושה מה שהוא רוצה, צריך ויכול. התוצאות הסופיות והרצויות של מטוידיופלסטי ופאלופלסטי שתיהן סבירות וטובות. על כל אחד להחליט מה הוא צריך בשביל ההרגשה הטובה שלו עם עצמו.

מחירים

המחירים משתנים ותלויים בפרוצדורה בה מעוניין המנותח, וכמו כן במדינה בה הוא בוחר לעבור את הניתוח. בארצות הברית ובאנגליה המחירים לרוב הרבה יותר יקרים לעומת המחירים בשאר ארצות אירופה שם הם זולים יותר באופן משמעותי.

מבוטחים בביטוחים משלימים יכולים להגיש תביעה לחברת הביטוח ולנסות לקבל מימון מלא או חלקי. טרנסקסואליות כבר הצליחו לעשות זאת, כך שגם אם אתה מעוניין בהליך רפואי שעלותו רבה, אין זה אומר שאתה צריך לשלם הכול מכיסך. אולם ייתכן שחברת הביטוח תסכים לתת החזר כספי תמורת קבלה, ולא לשלם ישירות למנתח (ואז ניתן לקחת הלוואה/לחסוך ועוד).

למי שאין כרגע ביטוח משלים, כדאי להתייעץ עם מביני דבר ואולי אף לעבור קופה, או לשלם לביטוח משלים עד לתום תקופת ההמתנה (לרוב עד שנתיים). בכל מקרה, יהיה נכון לחפש מקור הכנסה עד לשלב הניתוח.

איני מעוניין לנקוב במחירים ברורים, כי אני חושש שהדבר יגרום לרפיון ידיים. עדיף לברר באופן אישי ולנסות לראות איך ניתן לממן זאת.

לכל פרוצדורה המחיר שלה. ניתוח המטוידיופלסטי זול יותר לרוב בהשוואה לפאלופלסטי. כל פרוצדורה רפואית שבוחרים להוסיף, תעלה יותר, ואם היא תגרור אשפוז ממושך יותר, ההוצאות יעלו בהתאם.

לדוגמה: שחרור הפין הביולוגי לכשעצמו, עשוי לעלות כמה אלפי שקלים בודדים, אתה יכול להוסיף לשחרור הפין הביולוגי (מטוידיופלסטי) ניתוח גניקולוגי ואז הניתוח יעלה יותר, ואתה יכול לעבור את המטוידיופלסטי עם כל מה שניתן להוסיף ואז לשלם מחיר גבוה יותר. ניתן לעשות זאת בשלב אחד (במידה ואין סיבוכים וצורך בניתוחים קוסמטיים של האזור) דבר שיוזיל את העלויות. ניתן לעשות כל תהליך בנפרד, כך שהמחיר הכולל ישווה בעלויות לפאלופלסטי לא יקר במיוחד. אך ניתן גם לעשות חלק מהניתוח בשלב אחד ואת הניתוחים הקוסמטיים, במידה והם רצויים במרחק של שנים.

פאלופלסטי יכול לכלול את בנייתו בלבד, הוא יכול לכלול הארכת צינורית השתן ו/או הניתוח הגניקולוגי והוא יכול לכלול הכול (הארכת צינור השתן, בניית הפאלוס, הניתוח הגניקולוגי, בניית שק אשכים, השתלת אשכים, עיצוב העטרה – ראש הפין והשתלת תותב להעמדת הפין). את כל השלבים הללו לא ניתן לעבור בניתוח אחד ולפיכך העלויות תהיינה גבוהות יותר. מכאן שיש צורך לחשוב ולבחור מה אתה צריך ורוצה לעבור, לבדוק מראש מהי העלות הכספית שאתה

יכול לעמוד בה ומוכן לשלם אותה, כמה שנים אתה יכול ומוכן להקדיש לניתוח הזה וכן הלאה. לדעתי, ללא בירור מוקדם, אלא רק בהשערה מלומדת מתוך ניסיון, אתה יכול לעבור פאלופלסטי בסכום כולל של מאה אלף שקל (ופחות) ומנגד, אתה יכול אף להגיע לסכום של 200 אלף דולר. דע לך, חצי מליון דולר, אינם מעידים על כך שהתוצאה תהיה טובה או יפה יותר, אלא שייערכו יותר שלבים, יותר ניתוחים, כנראה שגם כמה סיבוכים, זמן החלמה ממושך וכן הלאה.

לסיום

אני בטוח במאת האחוזים שלא הכול נאמר ונכתב כאן. האחריות מוטלת עליכם, ידידיי, ולא עלי. לפני כל ניתוח תבררו על אודותיו כל מה שאתם יכולים כדי להיות מוכנים. זכרו – סוף מעשה במחשבה תחילה! אני מזכיר לכם שזהו מידע שנכתב וסוכם על ידי טרנסקסואל שלא עוסק בתחום הרפואה, ויש צורך לדעת הרבה יותר לפני שבחרים בפרוצדורה כזו או אחרת, במנתח כזה או אחר. כמו כן, דעו שגם אם אתם מתחילים כיום את תהליך הבירור עם עצמכם אם אתם מעוניינים בניתוח תחתון ומתחילים לחסוך לשם כך, הרי עד שתגיעו לשלב ההבשלה לעבור את הניתוח, ייתכן וכבר יינקטו טכניקות חדשות או שיפורים של הטכניקות הקיימות. לכן למין התחלת הבירור העצמי ועד לשלב בו מתכננים למעשה את הניתוח, יש צורך בשגרה קבועה של בירורים.

בארץ ובחו"ל – דעה אישית

בארץ, לדעתי, הטרנסים מושפעים מהנעשה כאן. טרנסים רבים, שאינם בעלי גישה לשפה האנגלית ולמידע רפואי רלוונטי המציג בפניהם את מגוון האופציות והניתוחים, לוקים בחסר. מכיוון שהאופציות הקיימות בארץ אינן מתאימות לכולם, רבים מתייאשים. אין זה משנה מה מוצע בארץ. בארץ נהוגה רק אופציה אחת לניתוח תחתון: הסרה מלאה של אברי רבייה קיימים, בניית פאלופלסטי עם שופכה עד הקצה ולאחר מכן השתלת תותב להעמדת הפין ושתלי אשכים. כלומר התכנית הובנתה מראש לכלל האוכלוסייה ולא על פי רצון או צורך של המטופל האינדיבידואל, אף לא בהתאם לתנאים הפיזיים שלו. לפיכך ברור מדוע חלק ניכר מהטרנסים בוחרים שלא לעבור את הניתוח בארץ. כמובן שאחוז הסיבוכים של תל השומר שואף למאה (או מאה) אחוז, והעובדה המצערת היא שעד לרגע שבו הפסקתי לברר מה נעשה בתל השומר, לא השתתף אף מנתח אורולוג בתהליך להארכת צינורית השתן (ואכן הסיבוכים העיקריים הם לרוב

בפרוצדורה הזו). אם בכל זאת אתם מעדיפים לעבור את הניתוח בתל השומר, ייתכן ותרצו שלא להאריך את צינורית השתן ולהמשיך לתת שתן מהמיקום הרגיל (עימדו על רצונכם!). כדאי לכם להקדיש לכך מחשבה מרובה ולדרוש לראות תוצאות סופיות של הניתוח, גם אם בהתחלה תיתקלו באוזן לא קשבת. הדעה הסובייקטיבית שלי היא, שללא הארכת צינורית השתן, תוכלו להגיע לאבר מין גברי בעל מראה יחסית טבעי ורגיש וללא אותם סיבוכים המתרחשים למכביר כיום.

האופציות בחו"ל מגוונות יותר ומותאמות לצרכים ולרצונות הפרט. כך שאתה יכול לבחור שלא להשתין מהקצה של הפאלופלסטי אלא להשתין ממקום אחר, לדוגמה – מטוידיופלסטי או המיקום בו נולדת. אתה יכול לבחור שילוב של פאלופלסטי ומטוידיופלסטי (או בעתיד לקבור את המטוידיופלסטי בפאלופלסטי), אתה יכול לשלב וואגינה עם מטה (קיצור למטוידיופלסטי) או עם פאלופלסטי, לכל דבר היתרון והחיסרון שלו. לכל מנתח יש אופציה-או שתיים המועדפות עליו, בהן הוא התמחה ועושה אותן באופן שגרתי. אתה צריך למצוא את המנתח המתאים לך. אם אתה נהנה מסקס ואגינאלי, אין זה אומר שלעולם לא תעבור ניתוח תחתון. אתה הצרכן-המטופל, ואתה צריך לעשות מחקר מקיף עם עצמך ועם הרופאים שמתאימים לך ביותר. יש ניתוחים מאוד מאוד יקרים, ויש פרוצדורות זולות יותר. לא צריך לעבור ניתוח תחתון בלי הכנה מראש. לרוב נמשך התהליך שנים. התהליך כולל בין היתר גם הבשלה, הגעה למסקנה איזה ניתוח אתה רוצה וצריך, מי יהיה המנתח שלך וכן הלאה.

השאלות שאתה צריך לשאול את עצמך, הן:

- מה אני רוצה מניתוח תחתון
- לדרג בסדר יורד מה הכי חשוב לך: מראה נטוראלי, גודל סטנדרטי, חדירה, תחושה ארוטית וכן הלאה
- על מה אני מוכן לוותר
- כמה כסף יש לי

מילה על לוח זמנים

בהחלט ניתן להגיע למצב שתוך שנה עד שנה וחצי, אתה תהיה אחרי השלב הניתוחי. אבל העובדה שניתן להגיע לכך בפרק זמן זה, אינה מעידה על כך שזה מה שאתה רוצה. ייתכן שאם תקדיש לכך עוד מחשבה והכנה, תגלה אופציות

ו/או מנתחים נוספים, שיענו לך על כלל הצרכים שלך. יצא לי לפגוש הרבה טרנסים שרוצים את התוצאה הסופית אתמול. אני מאוד מבין ומזדהה איתם, אבל אין כל צורך למהר. הלהיטות להמשיך בחיים שלך אחרי הניתוח או להתחיל לחיות, רק תוסיף לך קשיים. אתה צריך להירגע, גם כרגע אתה חי, ואולי כדאי אף להקפיד לחיות יותר נכון. אל דאגה, אף אחד לא יכול לדעת מה יש לך כרגע בתחתונים. כשמפנים מבט אל עבר תחתוניך בעודך לובש חבילה, לא יכולים לדעת אם החבילה עשויה מסייבר-סקין או מסקין (עור).

בחוו"ל הרבה טרנסים מחכים לשלבים קצת יותר מתקדמים ומבוססים בחיים שלהם לעבור את הניתוח הזה, וזאת כדי לתת זמן לטכנולוגיה להתקדם, למצוא את המנתח המתאים ביותר, להתייעץ ולראיין מנתחים, להקשיב ולקרוא סיפורים של טרנסים אחרים מהעולם, לראות את התוצאות בעיניהם, לחסוך וכן הלאה. אתה כרגע חי. אתה כרגע מתפקד. אתה כרגע בן אדם. זכור, הניתוח הזה ייתן לך אבר מין גברי (במידה ותרצה) אך לא את החיים שלך. מי שיאהב/תאהב אותך אחרי הניתוח התחתון, יאהב/תאהב אותך גם לפניו. מי שמייחס חשיבות יתרה לאברים שיש/אין לך, אולי הוא/היא אינו הבן אדם הנכון עבורך בכל מקרה. אינך צריך לספר לאף אחד מה יש/אין/היה/יהיה לך בין הרגליים. זכותך גם לשקר. אם כל מה שחשוב לך זה שא/נשים יחשבו שיש לך חבילה, סע לחוו"ל לשבועיים (או תיעלם באיזה מקום) ותגיד לכולם שאתה אחרי. רק ואך ורק הא/נשים שאתה ביחסים אינטימיים איתם יכולים לדעת איזה אברים יש לך, ואף אינך צריך לתת להם דין וחשבון עד לאותו הרגע האינטימי. העובדה היא, שגם אחרי הניתוח, במיוחד בניתוח תחתון, אף אחד לא ירגיש בהבדל. אף אחד לא יגיד לעצמו או לאחרים – יש לו אבר מין גברי. זה ניתוח שאם אתה בוחר לעשות אותו, אתה צריך להבין שהוא ישפיע רק עליך ולא על הסביבה שלך. מי שלא מקבל אותך עם איבר כזה או אחר, לא יחדל או יתחיל להתנהג אחרת. זו אינה גושפנקא לגבריות שלך, אתה תישאר גבר ואותו הגבר בדיוק באותה מידה כמו זו שלפני כן. מדהים עד כמה הניתוח הזה אינו משנה דבר למעט אותך. וזה מה שעליך להפנים: "אני עושה את זה בשביל עצמי בלבד". להבדיל מהורמונים או מניתוח עליון (וגם זה לא בחלק מהמקרים), לא יוכלו לראות עליך כל שינוי.

מילון אנגלי-עברי למונחים ומושגים לניתוח תחתון

ביטני	abdominal
עגינה (מיוחס בהקשר לחיבור תותב הפין לעצם האגן)	anchoring
דלקת/זיהום	bacteria
רקמה רירית מפנים הלחי	buccal mucosa (lining of the inside of the cheek)
אספקת דם	blood supply
מכשיר לזקפה	erection device
אזור רגיש לגירוי מיני	erogenous zone
רפוי	flaccid
פיסטולה – חור בצינור השתן	fistula (leak)
עיצוב העטרה	Glans Sculpting
מפשעה	groin
ניתוח לשינוי מין	gender reassignment surgery (SRS)
זקיק השערה	hair follicle
ניתוח לכריתת הרחם	hysterectomy
שפתיים פנימיות	labia minora
שפתיים חיצוניות	labia majora

החלק מהכרס - המותניים שנשפך לצדדים	"love-handles"
לעבור עירום מול אחרים בתור גבר נורמטיבי	locker room appearance
ניתוח לפרוסקופי	laparoscopic
תותב קשיח למחיצה	semi-rigid prostheses
מטוידופלסטי – ניתוח ליצירת איבר מין גברי קטן, מחלקים אנטומיים קיימים (מיני פאלוס)	Metatoidioplasty (Mini-phallus)
שאיבת שומן וכריתת עור עודף מאזור הערווה	Mons Pubis Liposuction
ניתוח מיקרוכירורגי, בו מחברים עצבים יחדיו	microsurgical
צינור שתן חדש	neourethra (new urine tube)
פאלופלסטי – ניתוח ליצירת אבר מין גברי	phalloplasty
פאלופלסטי ערווה	pubic phalloplasty
סקס הכולל חדירה	penetrative sex
תותב פין (להעמדת הפין)	penile prosthesis
דמוי עטרה	pseudo-glans
עצם הערווה	Pubic bone
קשיח	rigid
צלקת	scar
ידית מזוודה (מושג המתייחס לשלב הביניים של הפאלופלסטי בו הפאלו מחובר משני קצותיו באופן זמני לרוב)	suitcase handles

היצרות של צינור השופכה, לרוב כתוצאה מהצטלקות רקמת העור, אל תוך השופכה	strictures (narrowing)
תותב אשכים	testicular prostheses
רקמת עור	tissues
מושתל	transplanted
שופכה	urethra
שתן	urine
ניתוח ליצירת צינור השופכה	urethroplasty
וואגינה/נרתיק	Vagina
שתל	flap

לינקים חשובים

(גם בנושא הלינקים איני מציין את כל הלינקים שאי פעם פתחתי, כי יש רבים שכאלה. מהקישורים שאני מפנה אתכם אליהם, תוכלו למצוא עוד ועוד לינקים לעוד ועוד מידע).

קבוצות דיון של ניתוחים תחתונים

מטוידופלסטי: FTMmetoidioplasty-subscribe@yahoogroups.com

פאלופלסטי: ftmphalloplastyinfo-subscribe@yahoogroups.com

ניתוחים בכלל: ftmsurgeryinfo-subscribe@yahoogroups.com

יש לשלוח מייל בקשת הצטרפות לכל אחת מהכתובות הנ"ל (לכל קבוצה שאתם מעוניינים להירשם אליה) ואז תקבלו מייל אוטומטי ששולח לכם בערך עשר שאלות (כמובן באנגלית). תצטרכו לענות עליהם ולשלוח חזרה. הם עושים

זאת כדי לוודא שאתם מבינים מהי מטרת הקבוצה, שאתם אכן רוצים וצריכים אותה, ושאתם טרנסים. אלו אינן רשימות לחברים של או לסקרנים.

מידע נוסף

קבוצות דיון, מידע ותמונות

כולם מחיבים הרשמה וזיהוי שאתה טרנס.

<http://groups.yahoo.com/group/TheDecidingLine/>

<http://groups.yahoo.com/group/mycenturionsurgery/>

http://groups.yahoo.com/group/The_Centurion_FTM_Surgery_Site/

<http://groups.yahoo.com/group/ftmsurgerysupport/>

http://groups.yahoo.com/group/FTM_International_Discussion/

<http://groups.yahoo.com/group/FTMEarlyTransitioning/>

<http://groups.yahoo.com/group/Transmen/>

<http://groups.yahoo.com/group/FtM-trans/>

וידאו של ניתוח ליצירת איבר מין תחתון מצד הגוף על ידי הצוות הסרבי

<http://www.iclinics.org/media/view/key/b706b8104f82460a69df26e97d194907/type/video/title/Total-Phalloplasty-using-a-musculocutaneous-latissimus-dorsi-flap/filter/newest>

מדריך מעולה בשפה האנגלית: <http://www.ftmguide.org/grs.html>

בלוגים ואתרים שווים:

<http://transguys.com/>

<http://www.metoidioplasty.com/articles/metoidioplasty-one-step-beyond.html>

<http://www.genitalsurgerybelgrade.com/>

<http://www.ftmtransition.com/index.html>

<http://ekphallo2008.livejournal.com/>

<http://www.transbucket.com/login.php>

מנתחים

רשימה חלקית. העובדה שלא ציינתי מישהו/י, אינה מעידה על דעתי עליו/ה וגם לא הסדר בהם הם/ן מופיעים/ות:

- Dr Miroslav Djordjevic (Miro):
<http://www.genitalsurgerybelgrade.com/>
- Cameron Bowman:
<http://www.surgery.ubc.ca/faculty/cbowman.htm>
- Piet Hoebeke: piet.hoebeke@ugent.b
- Sherman Leis:
<http://www.thetransgendercenter.com>
drshermanleis@drshermanleis.com
- Stan Monstrey:
stan.monstrey@ugent.be
- Jan Smeyers:
jan.smeyers@uzgent.be
- Toby Meltzer:
<http://www.tmeltzer.com/>
- McGinn:
<http://drchristinemcginn.com/>
- Gary J. Alter:
http://altermd.com/transsexual_surgery.htm
<http://www.thetransgendercenter.com/>

*כל הכתוב פה, נכתב על ידי אדם פרטי שאינו רופא, ואסור להתייחס למידע הזה כמובן מאליו. הכתוב פה הוא חומר מקורי לא מתורגם, שנאסף במשך שנים של מחקר למטרות אישיות. החלטתי לחלוק אותו עם הציבור הרחב. אסור בתכלית האיסור לקבל כסף על המידע הזה או על העברתו. אם מישהו יציב תוכן זה באתר עם כניסה בתשלום או בכל מקום אחר, אמצה איתו את הדין על פי הקבוע בחוק (מידע זה נכתב ונאסף במשך שנים ונתרם כתרומה אישית ומחווה לטרנסים אחרים

ובני/בנות זוג ומשפחה בחינם. איני מקבל על כך שכר, ולכן אני אוסר על אחרים/ות לקבל על כך כל תשלום, למעט החזר של שני שקלים וחצי עד ארבעה ש"ח לעותק אחד, החזר על צילום הנייר. לא ניתן לגבות על תוכן זה תרומה גם לא "כפי יכולתך", לא לאדם פרטי, קבוצה, עמותה ארגון או כל בן אדם שהוא לא יד טרנסית בלבד. מידע זה ניתן להעברה והפצה המונית, הדפסה ו/או שכפול. אך בכל פרסום, הפצה או שכפול של הנאמר, חובה להשאיר את הצורה המקורית של התוכן, כלומר להשאיר את הציורים וההערות, כמו כן, את העובדה שזה נכתב על ידי יד טרנסית ופורסם לראשונה בעיתון הנקרא ע' קווירית עם לינק לאתר. ההערות הללו צריכות להיות ברורות ובראשית המדריך. במידה ואת/ה/ם/ן רוצה להפיץ את זה שלא בצורתו המקורית (לדוגמה ללא האיורים כדי לחסוך בכסף על הדיו), יש ליצור קשר עם ע' קווירית ולקבל ממנו אישור מפורש! האומר שאתם יכולים להעמיד/להפיץ את זה בצורה לא מקורית. במידה ואתם לא רוצים ליצור עם ע' קווירית קשר, יש להדפיס את המדריך בצורתו המקורית וניתן להוסיף הערות בפונט ובצבע אחרים ו/או במקום אחר – בדף אחר או בסוף המדריך תחת הכותרת 'תוספות (או הערות) לא של יד טרנסית' וכמו כן, יש להשאיר את ההערה הזו בסוף המדריך בכל העתק, לינק או צילום בגודל ברור, ואם זה בצילום- שיהיה ברור. אין להמציא שם אחר ליד טרנסית או כינוי. במידה והשם המלא או שם פרטי/משפחה של מי שכותב תחת הכינוי יד טרנסית, יפורסם במקום כזה או אחר, ייחשב הדבר כהוצאה פומבית מארון הלהט"ב. אך ורק ע' קווירית מורשה לתת לכם אישור לשימוש שונה מהכתוב פה, זאת כדי למנוע, בגלל האנונימיות שלי, התחזות אחרים אלי'.

סוף-דבר

חשוב לי בתום המדריך, בנפרד לחלוטין, לחלוק את הרגשותי. אני מאוד מצר על העובדה שעד היום לא נעשה כל מדריך, מחקר או מעקב בעברית וכמו כן שאין מידע רפואי בעברית, תמונות ניתוחים של טרנסים מישראל. הבנתי שאם לא אקום ואכין את המדריך הזה, כנראה שעוד שנים רבות טרנסים מהארץ יחשבו שניתוח תחתון חייב לכלול הוצאה של הרחם, שחלות, חצוצרות ונרתיק ושחייב להיות רק פאלופלסטי מאזור האמה בלבד. שהרי זו הדעה הרווחת כיום. וזה מצער אותי עד מאוד.

לעניות דעתי, הרופאים בארץ אינם טורחים להתעדכן בנעשה בחו"ל, להתקדם עם הזמן ולהציע טכניקות חדשות או אחרות. הם אינם מסבירים על טכניקות קיימות נוספות. אני חושש שהם אף אינם יודעים מה קיים בחו"ל.

מערכת הבריאות בארצנו אמורה לשרת את כלל הציבור ולא להיות סלקטיבית. לדעתי, כל אדם המעוניין לעבור ניתוח, אמור לעבור אותו. בין אם הוא רוצה נרתיק, ובין אם הוא אינו רוצה צלקות נרחבות. חשוב שכל אדם יהיה אדון על איבריו ולא כפוף להחלטות אחרים. אנחנו א/נשים אינטליגנטים ביותר (בדיוק כמו שאר האוכלוסייה איתה אנחנו נמנים, בה יש חכמים יותר וחכמים פחות). לצערי, התחושה שאנשי המקצוע מעבירים לנו, היא שאיננו יודעים מה טוב לנו, שהם צריכים לבדוק אם אנחנו מתאימים, שצריך להחליט בשבילנו ולא איתנו. כולי תקווה שהמדריך הזה יחולל מספר שינויים. ראשית, יגרום לא/נשי הרפואה והנפש להבין שלא רק שאנחנו חכמים, אלא שבחלק מהמקרים אנחנו אף חכמים יותר מהם. שנית, שטרנסקסואלים יבינו שהבחירה בידיהם, שלכל משאלה יש מנתח שיוכל להגשים אותה, צריך רק למצוא אותו ולברר אודותיו. וכמובן, לבדוק מה קיים כרגע. למרות שלא הצלחתי לסכם את כל האופציות הקיימות בתחום, זו כבר עבודה מורחבת ויותר תובענית. נדרשו שמונה חודשים להגיע לגמר המדריך הזה. השקעתי בו את כל מעייניי. אני מקווה שהוא יהיה לעזר ואף ישמש תשתית לאחרים לכתוב עוד על התהליך שלהם, על החוויות שלהם ובכך להעשיר את המדף במדריכים נוספים.

"שום דבר עלינו לא יתקיים בלעדינו!!!"

יד טרנסית.