

SOUBORNÝ REFERÁT

Nesoulad rodu a pohlaví v dětství a adolescenci: současné názory a přístupy, situace v České republice

Children and adolescents with gender incongruence: current approaches and situation in the Czech Republic

Marta Šnajderová¹, Jiřina Zapletalová², Olga Magnová³, Hana Fifková^{4,5}, Petr Weiss^{6,7}, David Neumann⁸

¹Pediatrická klinika, 2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a FN Motol, Praha

²Dětská klinika, Lékařská fakulta Univerzity Palackého a FN Olomouc

³Pediatrická klinika, FN Brno

⁴Sexuologická a psychologická poradna, Praha

⁵Dětská sekce Sexuologické společnosti ČLS JEP

⁶Sexuologický ústav, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice, Praha

⁷Katedra psychologie Filozofické fakulty Univerzity Karlovy, Praha

⁸Dětská klinika Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a FN Hradec Králové

SOUHRN

Šnajderová M, Zapletalová J, Magnová O, Fifková H, Weiss P, Neumann D. Nesoulad rodu a pohlaví v dětství a adolescenci: současné názory a přístupy, situace v České republice

Během posledních let došlo k výraznému nárůstu nových případů dětí a adolescentů s nesouladem rodu a pohlaví. Většina z nich je ve věku 15–17 let. Mnozí jedinci vyhledávají na doporučení sexuologa endokrinologickou péči. Příčina stoupajícího trendu není zcela jasná, liší se i některé postoje k navrženým postupům. Tento přehledový článek shrnuje současné přístupy a názory na péči o děti a adolescenty s nesouladem rodu a pohlaví, uvádí též současný stav v České republice.

Klíčová slova: nesoulad rodu a pohlaví, adolescence, současné názory, terapeutické přístupy

SUMMARY

Šnajderová M, Zapletalová J, Magnová O, Fifková H, Weiss P, Neumann D. Children and adolescents with gender incongruence, current approaches, situation in the Czech Republic

In recent years, there has been a significant increase in new cases of children and adolescents with gender incongruence. Most of them are aged 15–17. Many individuals seek endocrine care on the recommendation of a sexologist. The cause of the rising trend is not entirely clear, some attitudes to the proposed procedures also differ. This overview article summarizes current approaches and opinions on the care of children and adolescents with gender incongruence, and also presents the current situation in the Czech Republic.

Key words: gender incongruence, adolescence, current opinions, therapeutic approaches

Korespondenční adresa:

doc. MUDr. Marta Šnajderová, CSc.
Pediatrická klinika 2. LF UK a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5-Motol
marta.snajderova@lfmotol.cuni.cz

ÚVOD

Počet jedinců s nesouladem mezi vrozeným (biologickým) pohlavím a prožívaným rodem v posledních letech významně stoupá. V zahraniční odborné literatuře se setkáváme s termíny genderová inkongruence, genderová dysforie, transgender, transsexualismus.

V České republice (ČR) nyní používáme označení *nesoulad rodu a pohlaví v dětství* nebo *nesoulad rodu a pohlaví v adolescenci a v dospělosti*, vyjadřující neshodu mezi

prožívaným rodem a vrozeným pohlavím. V některých případech může být nesoulad zjevný již u prepubertálních dětí.⁽¹⁾ Významně nyní převažují jedinci narození jako biologické ženy s normálním ženským pohlavním vývojem, ale s mužskou genderovou (pohlavní) identitou. V posledních padesáti letech se počet nových případů významně zvýšil. Metaanalytická studie uvádí prevalenci 4,6 : 100 000 jedinců, explozivní nárůst je patrný zejména v posledním desetiletí.

Objasnění příčin tohoto trendu je předmětem intenzivního zkoumání. Mění se přístup k osobám s poruchou rodové identity, zlepšuje se jejich sociální přijetí a „destigmatizace“, přibývají jedinci v péči sexuologa a endokrinologa.^(2,3)

Pokroky v diagnostice umožňují lépe porozumět příčinám a reagovat při doporučeních k léčbě. Byly přijaty mezinárodní doporučené postupy pro blokování probíhající puberty i pro navození a udržení pohlavního vývoje ve smyslu „prožívaného rodu“ pomocí hormonů opačného pohlaví.⁽⁴⁾

Zájem lékařské veřejnosti o problematiku nesouladu rodu a pohlaví roste. Výzvou k dalšímu intenzivnímu výzkumu jsou nedostatečné znalosti příčin a dlouhodobých léčebných dopadů v somatické i psychické oblasti, kde se názory některých autorů navzájem liší.^(3,5,6)

Děti a adolescenti vyžadují specifický přístup. Mimořádnou pozornost zasluhují také jedinci, kteří se v průběhu přeměny rozhodnou léčbu ukončit nebo tak učiní za několik let po úplném dokončení přeměny, případně svůj rod změnili opakovaně. Zvláštní skupinou jsou ti, kteří svou identitu specifikují mimo binární systém muž–žena (nebinární identita); tato problematika není předmětem tohoto sdělení.

SOUČASNÉ PŘÍSTUPY V DĚTSKÉM VĚKU A ADOLESCENCI

Diagnózu *nesouladu mezi vrozeným (biologickým) pohlavím a prožívaným rodem (genderem)* stanovuje a potvrzuje sexuolog ve spolupráci s dalšími odborníky (vývojovým psychologem, psychiatrem). Nezbytná je nejen erudice všech členů odborného týmu a znalost problematiky genderové dysforie a inkongruence, ale i znalost vývojové problematiky dětského věku a adolescence. „Nesoulad rodu a pohlaví“ jako stav nahrazuje v MKN-11, kapitola 17,⁽⁷⁾ původní diagnózu MKN-10 „porucha pohlavní identity“ F64.⁽⁸⁾

Péče o děti a dospívající s nesouladem mezi genetickým (vrozeným) rodem a pohlavím vyžaduje:

- vytvoření příznivých podmínek pro přijetí diagnózy v rodině a v sociálním prostředí (škola, přátelé), utváření prostoru pro vyjádření „já“ a uplatnění v nové roli u mladého jedince procházejícího přeměnou rodu (genderu).^(9–11) Léčba zahrnuje a zohledňuje i další aspekty – depresi, sebepoškozování, sebevražedné tendence, verbální a psychické reakce okolí a další.
- respektování spektra a proměnlivosti problematiky dospívajících s nesouladem rodu.⁽¹²⁾ Lékařská podpora a míra intervence se mohou lišit. Ne všichni jedinci touží po fenotypovém přechodu, hormonech nebo operacích. Péče o dospívající závisí na rodové identitě jedince, dosaženém pohlavním vývoji a specifických cílech a potřebách konkrétního jedince. Přístup je individuální.
- u lékařů méně erudovaných v problematice nesouladu pohlaví a rodu konzultovat pacienty se zkušenějšími kolegy.

OBLASTI MOŽNÉ INTERVENCE

Intervenční postupy jsou nefarmakologické (péče o duševní zdraví, změna fenotypu – sociální přechod) nebo farmakologické (hormonální terapie). Završením přeměny rodu jsou u většiny pacientů **výhradně v dospělosti** zákroky chirurgické.

Duševní zdraví

Preferují se přístupy takzvané „afirmativní“, jejichž cílem je přijmout diagnózu, odstranit předchozí sociální diskriminaci, dosáhnout přizpůsobení a odstranit další odlišnosti od jiných osob. Jiné přístupy se v současnosti považují za méně vhodné nebo zcela nevhodné. Zejména u dětí před pubertou se používá strategie „wait and watch“, vyčkávat a pozorovat vývoj názorů a projevů jedince v průběhu času. Stejný postup **bez hormonální léčby** se nyní doporučuje i u značně „rizikových“ jedinců s diagnózou v adolescenci. Ti tvoří novou kategorii označovanou jako ROGD (rapid onset gender dysphoria). Podrobněji se těmito jedinci zabýváme v dalším textu.

Nedoporučuje se takzvaná „redirekce“, což je snaha postupně odstranit genderové odlišné projevy a citění. Za nevhodnou se považuje takzvaná „reparativní terapie“ (také nazývaná konverzní terapie, používaná v 70. letech 20. století), údajně schopná „vyléčit“ transgenderovou identitu.^(13–15)

Změna fenotypu

O zástavu dosavadního pohlavního vývoje a získání tělesných znaků prožívaného rodu žádá většina adolescentů s poruchou rodové identity. **Zejména v této oblasti je prostor k úzké spolupráci sexuologa a dětského endokrinologa.**

Tato oblast má tři etapy, jimiž jsou:

- **Sociální přechod**

Představuje reverzibilní etapu, kdy dospívající jedinec žije částečně nebo úplně v preferované genderové roli. Jedná se o takzvaný *real life test*. To se odráží v oblečení, změně účesu, vystupování v prožívaném rodu, obvykle i přijetí nového jména, používání make-upu a úpravách oděvu zakrývajících projevy puberty (bandáž pro skrytí vývoje prsů, úprava polohy penisu a varlat tak, aby nebyly vidět, nošení epitéz k „simulaci“ částí těla), případně též používání pomůcek umožňujících močení ve stoje u transgender mužů (jedinců narozených jako biologické ženy). Pacient získává možnost pozorovat a hodnotit své představy a pocity, rodiče a poskytovatelé zdravotní péče sledují jeho reakce.⁽¹¹⁾ Studie prokázaly zmírnění deprese a úzkosti v porovnání s dětmi bez sociálního přechodu.^(16,17) Tato etapa je významná i z hlediska přijetí dítěte nebo dospívajícího v komunitě. Poskytovatelé zdravotní péče pomáhají vytvořit plán sociální transformace (informace rodině, přátelům, škole, spolužákům, sociálním kontaktům, dopad na vzdělání, jak reagovat na šikanu, jak se vyrovnávat se sociálními předsudky). Lékařská dokumentace je podkladem pro změnu jména, pohlaví (rodu) a dalších úředních dokumentů.

• **Hormonální intervence**

Hormonální léčba spočívá v **blokování puberty a následném přidání hormonů opačného pohlaví**. Jejím cílem je navodit somatickou přeměnu, ale efekt se projevuje též v oblasti psychické. Má negativní dopad na fertilitu (funkce gonád včetně vývoje gamet je potlačena, dopad je i v oblasti vývoje reprodukčních orgánů).

K **blokadě puberty** se u dětí a adolescentů s trvající dysforií doporučují analoga gonadoliberinu. Začátek léčby má být po 14. roce při manifestaci dysforie v dětství se zhoršením potíží s nástupem puberty. Sekulární trend je u některých dětí příčinou začátku puberty v mladším věku, hranice 14 let tedy neplatí absolutně. Podstatný a nezbytný je průkaz probíhající izosexuální puberty, nejméně stadium M2 (B2) pro vývoj prsů u dívek, u chlapců nejméně G2 (objem varlat alespoň 4 ml) podle Tannerovy stupnice.⁽¹⁸⁾ Blokování antiandrogeny, blokátory receptorů nebo jinými preparáty je u adolescentů s nesouladem rodu sice možné, ale nepovažuje se za vhodné.⁽⁴⁾ Pokud je blokáda analogem gonadoliberinu z nějakého důvodu ukončena, po odeznění suprese následuje pohlavní vývoj v původním biologickém směru (stav je tedy reverzibilní).

Hormony opačného pohlaví podle prožívaného rodu (estrogeny nebo androgeny) se k hormonální blokadě obvykle přidávají v 16 letech).⁽⁴⁾ Jsou možné i individuální výjimky. Délka blokády bez hormonů opačného pohlaví nemá být delší než 2–2,5 roku. Dávka hormonů se zvyšuje postupně, pomaleji u dětí s dlouhou anamnézou (od dětství), se začátkem blokády v časně fázi puberty. Postup pro léčebnou taktiku je obdobný jako při indukci puberty při hypogonadismu. Pokud je ale anamnéza krátká a k manifestaci rodového nesouladu došlo až v pozdní pubertě nebo po pubertě, hormony opačného pohlaví se přidávají po úvodních 3–6 měsících blokády analogem gonadoliberinu a navyšování je rychlejší. Dávka pro dospělé je v takových případech obvykle nastavena v průběhu 6–12 měsíců. Pokud byla v této fázi léčba ukončena (hormonální blokáda a hormony opačného pohlaví), vlastní produkce pohlavních steroidů se obnoví, ale určitý vliv předchozí léčby přetrvává (není zcela reverzibilní). Důvody k ukončení léčby mohou být různé (zdravotní, psychické, porušování léčebného režimu, pacient si přeje léčbu ukončit, léčba nepřináší žádoucí efekt, trvá nebo horší se sebepoškozování a sebevražedné chování, objevily se kontraindikace k léčbě a jiné).

Před zahájením léčby hormony opačného pohlaví musí u všech pacientů s krátkou i dlouhou anamnézou předcházet posouzení a přehodnocení sexuologem a psychologem (přináší blokáda psychickou úlevu?, objevily se jiné obtíže?, jaký je současný psychický stav?).

Asi dvě třetiny adolescentů s pokročilejšími stadii puberty při zahájení blokády prožívají po podání samotných analog gonadoliberinu různé intenzivní symptomy nedostatku pohlavních hormonů (analogie postmenopauzálního syndromu). S doplněním hormonů opačného pohlaví tyto symptomy vymizí.

Na hormonální léčbu existují různé názory. Blokování puberty vede u mnoha pacientů (ne u všech) ke zklidnění

a zlepšení psychického stavu a přináší též delší čas pro mladého jedince k ujasnění rodové identity.⁽¹⁹⁾ Hormony opačného pohlaví navozují očekávaný a velmi žádaný vývoj sekundárních pohlavních znaků podle prožívaného rodu.⁽²⁰⁾ U transgender mužů (biologických žen) vede léčba k sekundární amenoree, prohloubení hlasu, rozvoji mužského typu ochlupení, akné, klitoromegalii a k rozvoji virilního typu svaloviny. U transgender žen (biologických mužů) je patrné zmenšení objemu a tumescence penisu a objemu gonád, ustávají erekce a ejakulace, je rovněž patrný vliv na růst a kvalitu vlasů, zpomaluje se růst vousů. Změny se objevují postupně, lze je objektivně klinicky a laboratorně sledovat spolu s ustupujícími pocity dysforie a upevňováním pohlavní identity. Dopad na somatický vývoj i na psychiku je lepší, pokud je diagnóza časná a léčba zahájena v počátečních stadiích puberty. Ne všichni adolescenti ale hormonální léčbu již v počátcích puberty vyžadují. Je-li hormonální intervence zahájena u biologicky mužských jedinců (trans dívek) až ve finální fázi puberty, nelze již ovlivnit výšku hlasu, laryngeální prominenci (Adamovo jablko), výšku a vývoj skeletu ani zabránit vývoji mužského typu ochlupení v obličejí a na těle.⁽¹⁰⁾ U biologických žen (trans chlapců) s pokročilou pubertou nevede podávání testosteronu k ovlivnění vývoje (velikosti) prsů a zásadní změně typu postavy.

Mimořádnou pozornost vyžaduje již zmíněná **riziková a specifická skupina adolescentů z kategorie takzvaných ROGD**. Jedná se výlučně o biologické dívky (trans chlapce) s manifestací v pozdní pubertě nebo po pubertě, bez předchozí anamnézy, často s rysy psychopatologie, které vedou k nutkavému sebepoškozování. Právě tato skupina v posledních letech explozivně narůstá. Příčina není zcela jasná, nelze vyloučit vliv sociálních sítí, snahy jedince o odlišnost, reakci na šikanu a zneužívání v předchorobí, život v mužské roli je jimi vnímán jako výhodnější. Mají větší riziko „detranzice“, Turban et al. uvádějí 13 % jedinců v kohortě 17 151 osob vyžadujících zastavení léčby a návrat k výchozímu pohlaví a rodu. Jako důvod je uváděna diskriminace, specifický problém (duševní trauma, zneužití, psychická porucha...) nebo lépe by se cítili v natálním pohlaví.⁽²¹⁾ Medikamentózní a většinou i operativní léčba provedená při přeměně ale návrat ad integrum neumožňuje. U rizikových jedinců se proto doporučuje vyčkávací přístup, zahájení hormonální léčby až po dosažení plnoletosti i déle, nefarmakologické postupy, život podle prožívaného rodu (jméno, oblečení, oslovení), nezbytná je pravidelná spolupráce s psychoterapeutem a obvykle i psychiatrem (sebeпошкоzování, psychotické rysy osobnosti).^(22,23)

CHIRURGICKÉ ZÁKROKY

Jsou výhradně v dospělosti žádaným završením přeměny rodu u většiny jedinců. Odstranění pohlavních žláz a reprodukčních orgánů, operativní přeměna genitálu ve smyslu prožívaného rodu jsou stavem nevratným, vedoucím k ukončení plodnosti. Podle legislativy většiny států jsou takové

zákroky možné až po dosažení plnoletosti. Někteří pacienti podstupují též rekonstrukci hrudníku (v mužském směru u transgender mužů) a zvětšení prsů (u transgender žen). Před dosažením dospělosti je v odůvodněných případech (dívky s velkými prsy procházející přeměnou v mužském směru) možné zmenšení prsů a příslušná úprava hrudníku. Podrobný výčet a rozbor možných zákroků chirurgické intervence není cílem tohoto sdělení.

POSTUPY U DĚTÍ PŘED PUBERTOU A PO NÁSTUPU PUBERTY

Pouze u menšiny prepubertálních dětí přetrvává problém rodového nesouladu do dospělosti (jen asi v 10–27 %), proto má být přístup v tomto věku výlučně psychologický.⁽²⁴⁾ Pokud se jedná o závažnou dysforii a dítě není schopno adekvátně fungovat v rodině, v sociální a vzdělávací oblasti, může pomoci sociální přechod (možnost vyjádřit genderovou identitu používáním zvoleného křestního jména, oblečení...). Možnost negativní reakce okolí a obavy o bezpečnost dítěte (včetně šikany, obtěžování, odmítání, izolace a násilí) musí být v rovnováze s tím, do jaké míry je dítě schopno žít v rozporu se svým cítěním. Již v tomto věku se může projevit vliv sociálních sítí.⁽¹¹⁾

Při dysforii přetrvávající po nástupu puberty je diagnóza téměř vždy nepochybná.⁽²⁵⁾ V takových případech lze **pubertu již od počátku léčebně pozastavit** (analogem gonadoliberinu jako při léčbě centrální předčasné puberty). Cílem je zmírnit psychický „stres“ (dysforii) spojený s rozvojem sekundárních pohlavních znaků a poskytnout dítěti delší čas do rozhodnutí o případné změně pohlaví.

POSTUPY U ADOLESCENTŮ

Požadavky na léčbu a představy o možnostech léčby se u dospívajících mohou značně lišit. Někteří jedinci preferují zpočátku „nelékařské“ postupy. Volí změnu účesu, oblečení, jména, osobního zájmena. Jiní se naopak od počátku rozhodnou pro částečně reverzibilní postupy (blokádu puberty a podávání hormonů „potvrzujících rod“), sociální přechod volí až později. Může tomu tak být i vzhledem k obavám z reakce okolí (obtěžování, šikana, fyzické násilí). Potřeby a názory jednotlivce je nutno respektovat.

Hormonální léčba usnadňuje přechod do nové rodové role.⁽¹⁸⁾ Hormonální blokáda spolu s podáváním hormonů opačného pohlaví jsou indikovány, pokud adolescent léčbu vyžaduje a splňuje kritéria k léčbě (probíhající nebo ukončená puberta, trvající nesoulad vnímaného rodu a natálního pohlaví horšící se s postupem puberty).⁽²⁶⁾ Kontraindikace hormonální léčby jsou v období puberty a adolescence poměrně vzácné. Postupy léčby již byly v detailech popsány.

Současné výzkumy ukazují vyšší riziko výskytu sebevražedných myšlenek a pokusů u transgender adolescentů.⁽²⁷⁾ Zastánci „blokování“ puberty zdůrazňují příznivé účinky na psychiku dospívajících, zdraví, kvalitu života a fyzický

vzhled v souladu s požadovanou genderovou rolí.⁽¹⁹⁾ Prodlužuje se také čas pro uvědomění a upevnění sexuální identity. Interpretace závěrů však vyžaduje určitou opatrnost. Vzestupný trend psychických problémů, sebevražedných myšlenek a sebepoškozování není v současné době typický jen pro mládež s genderovou dysforií. Jsou ale i názory vyjadřující určité pochybnosti a možnost stanovení nesprávné diagnózy.^(28,29) Diskuse v etické rovině zahrnují možný dopad zastavení puberty i na vývoj sociálních vazeb, postavení jedince mezi vrstevníky, navazování sociálních vztahů a další aspekty spojené s psychickým vývojem v pubertě. Následky je nutno spatřovat i v somatické oblasti (vliv na kostní metabolismus, další tkáně a orgány).⁽³⁰⁾

SOUČASNÁ SITUACE A POSTUPY V ČESKÉ REPUBLICE

Výrazný nárůst nových případů je v posledních letech pozorován i v ČR. Mezi rokem 2011 a 2016 se počet dětí a dospívajících s transgenderovou problematikou téměř ztrojnásobil a do roku 2020 téměř zdesetinásobil.⁽¹⁾ V ambulanci specializovaného endokrinologa pro dětský věk je ČR v současné době hormonálně léčeno 140 jedinců. To patrně neodpovídá skutečným počtům všech adolescentů v ČR s nesouladem rodu a pohlaví. Někteří se zatím k svému problému nepřihlásili, a nejsou proto odborně sledováni, jiní jsou jen v péči sexuologa, psychologa nebo psychiatra, případně endokrinologa pro dospělé. Lze předpokládat, že většinu z nich tvoří rychle narůstající riziková skupina s manifestací ve věku 15–17 let (ROGD). V posledním roce byla proto v ČR vytvořena pracovní skupina endokrinologů a sexuologů, jejímž cílem je nastavení a sjednocení postupů v péči o adolescenty s neshodou rodu a pohlaví, v souladu s mezinárodními doporučeními.⁽⁴⁾

Situaci ztěžují některé objektivní skutečnosti, jako například nedostatek dětských psychologů a psychiatrů k zabezpečení a pokrytí pravidelné péče o mladé jedince s genderovou dysforií. Rezervy jsou též v informovanosti a proškolení pediatrů v problematice transgenderové medicíny i v povědomí laické veřejnosti o této problematice.

V současné době je snaha rozšířit specializovanou endokrinologickou péči o děti a dospívající o další klinická pracoviště dětské endokrinologie. To povede ke zlepšení regionálního pokrytí specializované péče.

Hlavní odpovědnost za diagnózu a indikaci léčebného postupu má sexuolog v úzké spolupráci s dalšími odborníky, zejména vývojovým psychologem, psychiatrem a endokrinologem.

Před zahájením jakéhokoliv léčebného postupu je nutno řádně, srozumitelně a úplně informovat rodiče a pacienta o podstatě navržených léčebných postupů, možných rizicích a dopadech včetně ztráty budoucí fertility (možnost uchování gamet k budoucím reprodukčním účelům, pokud to umožňuje současná legislativa a pacient má o to zájem). Tato povinnost náleží sexuologovi v podobě písemného **informovaného souhlasu** (v modifikované podobě připojí informovaný souhlas i endokrinolog). Jedná se o důležitou

součást zdravotnické dokumentace, po získání podpisu obdrží informovaný souhlas v kopii pacient a jeho zákonný zástupce.

Úkolem endokrinologa pro dětský věk je v první řadě vyjádření k diagnóze a vyloučení případné hormonální poruchy, která by mohla diagnózu genderové dysforie zpochybnit.

Předpokladem k převzetí pacienta do péče je nejméně 6 měsíců trvající real life test (viz sociální přechod). **Sexuolog** garantuje trvání pacientových obtíží a jejich zhoršování s postupem puberty. Současně hodnotí psychickou stabilitu pacienta a jeho schopnost posoudit svůj stav a vyjádřit se k postupům přeměny. Úzce spolupracuje s **psychologem**, ideálně s vývojovým psychologem.

Endokrinolog posuzuje celkový zdravotní stav (nezbytná je podrobná zpráva praktického lékaře pro děti a dorost). Zhodnotí dosažený stupeň pohlavního vývoje, vyjádří se k případným překážkám léčby (kontraindikace). Vyhledává a vyloučí stavy zpochybňující diagnózu (například hyperandrogenní stavy u trans chlapců). V případě anamnestického rizika tromboembolické nemoci indikuje hemokoagulační vyšetření. U biologických dívek se doporučuje ultrasonografické vyšetření dělohy a ovarií.

Při léčbě je u pacienta komplexně sledován jeho tělesný vývoj (několikrát ročně) a laboratorní parametry: hormonální profil, parametry krevního obrazu (u trans chlapců má hematokrit význam pro kontrolu bezpečnosti léčby) a biochemismus séra (lipidy, jaterní testy). Ultrasonografické vyšetření prsů u trans dívek se doporučuje za 2 roky po dosažení plné dávky estrogenů.

Medikamentózní léčba je v ČR (obdobně jako v jiných státech) v této indikaci off-label (není uvedena v SPC). Zdravotní pojišťovny blokádu puberty analogem gonadoliberinu všeobecně akceptují a hradí z prostředků veřejného

zdravotního pojištění na základě žádosti schválené Pracovní skupinou pro léčbu adolescentů s transsexualitou analogem gonadoliberinu a doložené indikací k léčbě od sexuologa a endokrinologa. Hormony opačného pohlaví si u nás obvykle hradí pacient. Hormonální léčbu podává a upravuje endokrinolog, blokáda analogem gonadoliberinu má být podávána až do operativního odstranění gonád v dospělosti, čímž je přeměna rodu oficiálně završena

ZÁVĚR

Rostoucí počet nových případů dětí a dospívajících s nesouladem rodu a biologického pohlaví si vynutil urgentní potřebu věnovat této oblasti medicíny náležitou pozornost. Zlepšuje se přístup společnosti k těmto jedincům a jejich sociální přijetí s následnou destigmatizací. Na druhou stranu je nutné objasnit příčiny stoupajícího trendu nových případů, především u jedinců ze skupiny takzvaných ROGD se zvýšeným rizikem následné detranzice. Je nutno si uvědomit že u takových jedinců ale není definitivní úprava k výchozímu stavu možná.

Jedinci s nesouladem rodu a biologického pohlaví vyžadují pravidelnou péči sexuologa, endokrinologa a dalších odborníků. Síť specializovaných pracovišť bylo nutné adekvátně rozšiřovat.

I přes značné pokroky je dosud mnoho nezodpovězených otázek, jako jsou dlouhodobé následky potlačení puberty, vliv hormonů opačného pohlaví na metabolismus, rostoucí skelet, vývoj mozku a psychiku. Rezervy jsou též v přístupu k zachování plodnosti a duševního zdraví.

Diagnostické a léčebné postupy musí být voleny přísně individuálně na základě aktuálních medicínských poznatků ve prospěch dětí a dospívajících s poruchou rodové identity. |

LITERATURA

1. Neumann D, Fífková H, Zapletalová J, et al. Pohlavní/rodová neshoda v dětství. *Ces-slov Pediat* 2022; 77(3): 170–174.
2. Butler G, De Graaf N, Wren B, et al. Assessment and support of children and adolescents with gender dysphoria. *Arch Dis Child* 2018; 103(7): 631–636.
3. Kyriakou A, Nicolaidis NC, Skordis N. Current approach to the clinical care of adolescents with gender dysphoria. *Acta Biomed* 2020; 91(1):165–175.
4. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2017; 102(11): 1–35.
5. Vance SR Jr, Rosenthal SM. Treating transgender youth: pushing the dialogue forward. *J Adolesc Health* 2015; 57(4): 357–358.
6. Vrouenraets LJ, Fredriks AM, Hannema SE, et al. Early medical treatment of children and adolescents with gender dysphoria: an empirical ethical study. *J Adolesc Health* 2015; 57(4): 367–73.
7. Mezinárodní klasifikace nemocí, 11. revize. Dostupné na: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f411470068>. [15. 3. 2022]
8. World Health Organisation 2016, ÚZIS ČR 2017. MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize. Dostupné na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246208/9788074721687-V1-cze.pdf>
9. Olson KR, Durwood L, DeMeules M, et al. Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics* 2016; 137: e20153223.
10. Olson KR, Gülgöz S. Early findings from the transyouth project: Gender development in transgender children. *Child Dev Perspect* 2018; 12: 93.
11. Durwood L, McLaughlin KA, Olson KR. Mental health and self-worth in socially transitioned transgender youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017; 56: 116.
12. Lykens JE, LeBlanc AJ, Bockting WO. Healthcare experiences among young adults who identify as genderqueer or nonbinary. *LGBT Health* 2018; 5: 191.
13. World Professional Association for Transgender Health (WPATH). WPATH Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. 7th Version. Dostupné na: www.wpath.org/documents/Standards%20of%20Care_FullBook_1g-1.pdf [Accessed on November 27, 2012].
14. Streed CG Jr, Anderson JS, Babits C, et al. Changing medical practice, not patients – putting an end to conversion therapy. *N Engl J Med* 2019; 381: 500–502.
15. Turban JL, Beckwith N, Reisner SL, et al. Association between recalled exposure to gender identity conversion efforts and psychological distress and suicide attempts among transgender adults. *JAMA Psychiatry* 2020; 177(1): 68–76.
16. Yunger JL, Carver PR, Perry DG. Does gender identity influence children's psychological well-being? *Dev Psychol* 2004; 40(4): 572–582.
17. Zucker KJ. Gender identity disorder in children and adolescents. *Annu Rev Clin Psychol* 2005; 1: 467–492.

18. **Cohen-Kettenis PT, Steensma TD, de Vries AL.** Treatment of adolescents with gender dysphoria in the Netherlands. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2011; 20: 689–700.
19. **Giovanardi G, Morales P, Mirabella M, et al.** Transition memories: experiences of trans adult women with hormone therapy and their beliefs on the usage of hormone blockers to suppress puberty. *J Endocrinol Invest* 2019; 42(10): 1231–1240.
20. **Spack NP, Edwards-Leeper L, Feldman HA, et al.** Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics* 2012; 129(3): 418–425.
21. **Bauer GR, Lawson ML, Metzger DL.** Do clinical data from transgender adolescents support the phenomenon of “rapid onset gender dysphoria”? *J Pediatr* 2022; 243: 224–227.
22. **Irwing MS.** Detransition among transgender and gender-diverse people—an increasing and increasingly complex phenomenon. *J Clin Endocrinol Metab* 2022; v tisku.
23. **Turban JL, Loo SS, Almazan AN, et al.** Factors leading to “detransition” among transgender and gender diverse people in the United States: a mixed-methods analysis. *LGBT Health* 2021; 8(4): 273–280.
24. **Steensma TD, McGuire JK, Kreukels BP, et al.** Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013; 52: 582–590.
25. **De Vries AL, Steensma TD, Doreleijers TA, et al.** Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. *J Sex Med* 2011; 8: 2276–2283.
26. **Skordis N, Kyriakou A, Dror S, et al.** Gender dysphoria in children and adolescents: an overview. *Hormones (Athens)* 2020 19(3): 267–276.
27. **Grossman AH, D’Augelli AR.** Transgender youth: Invisible and vulnerable. *J Homosex* 2006; 51: 111–128.
28. **Viner RM, Brain C, Carmichael P, et al.** Sex on the brain: Dilemmas in the endocrine management of children and adolescents with gender identity disorder. *Arch Dis Child* 2005; 90(Suppl II): A78.
29. **Kreukels BP, Cohen-Kettenis PT.** Puberty suppression in gender identity disorder: The Amsterdam experience. *Nat Rev Endocrinol* 2011; 7: 466 suppression 472.
30. **Vlot MC, Klink DT, den Heijer M, et al.** Effect of pubertal suppression and cross-sex hormone therapy on bone turnover markers and bone mineral apparent density (BMAD) in transgender adolescents. *Bone* 2017; 95: 11.