Femina®
ARTIGO DE REVISÃO

Citologia oncótica cervicovaginal na população lésbica e transgêneros

Dulcimary Dias Bittencourt[1], Fernanda Dias Bittencourt[2]

RESUMO

O câncer de colo uterino causa a morte de milhares de mulheres no mundo. Entre essas mulheres, há grupos como o de lésbicas e transgêneros que têm dificuldade no rastreio devido à discriminação e ao desconhecimento. As lésbicas e transgêneros masculinos que não fizeram histerectomia total devem se manter no rastreio da mesma forma que as mulheres cisgêneros. Transgêneros femininos devem ser seguidas, porém ainda não há protocolos definidos.

ABSTRACT

Cervical cancer causes the death of thousands of women worldwide. Among these women, there are groups, like lesbians and transgenders that present difficulty in screening due to discrimination and lack of knowledge. The lesbians and transgenders men who didn´t have total hysterectomy, must keeping in screening the same way as cisgenders. Transgender woman must be followed, but there aren't definitive guidelines.

Descritores

Lésbicas; Rastreamento de câncer cervical; Papanicolaou; Neovagina; Cirurgia de redesignação sexual; Lesão intraepitelial cervical; HPV; Transgênero masculino

Keywords

Lesbians; Cervical cancer screening; Pap smear; Neovagina; Gender reassignment surgery; Cervical intraepithelial lesion; HPV; Female-to-male

Submetido:
13/05/2020

Aceito:
10/08/2020

1. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

2. Universidade da Região de Joinville, Joinville, SC, Brasil.

Conflitos de interesse:
Nada a declarar.

Autor correspondente:
Dulcimary Dias Bittencourt
Rua XV de Novembro, 1.299, Centro, 80060-000, Curitiba, PR, Brasil.
dulcidiasbitte@gmail.com

INTRODUÇÃO

O câncer cervical é o terceiro mais prevalente no mundo, levando à morte um grande número de mulheres. No Brasil ocorreram 5.385 mortes em 2017 e a estimativa para 2020 é de 16.590 casos novos, números que mostram falhas no diagnóstico precoce desse câncer.[1] Há muitas barreiras que impedem as mulheres de chegarem ao serviço de saúde; entre elas, temos a população rural, mulheres de baixa renda, mulheres com deficiência física, a população de mulheres homoafetivas (lésbicas) e outras.[2]

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de revisão narrativa, de abordagem qualitativa com análise descritiva. Esse método permite ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em curto espaço de tempo, porém não possui metodologia que permita a reprodução dos dados e forneça respostas quantitativas para questões específicas.

FONTES

A procura por referências bibliográficas não foi predeterminada e nem específica. Foram selecionadas nas bases de dados PubMed (*Nacional Library of Medicine*), plataformas do Google acadêmico e do Ministério da Saúde, pesquisa manual de revistas e verificação de listas de referências. A última pesquisa foi em 20/07/2020.

ESTRATÉGIAS DE BUSCA

MeSH termos foram usados para pesquisa (*sexual and gender minorities*, *homosexuality female*, *Papanicolaou test*, *sex reassignment surgery*), associados com busca por termos livres para a recuperação de maior de número de referências (**lésbicas, rastreamento de câncer cervical, Papanicolaou, neovagina, cirurgia de redesignação sexual, lesão intraepitelial cervical, HPV, transgênero masculino,** *lesbians, cervical cancer screening*, *pap smear*, *neovagina*, *gender reassignment surgery*, *cervical intraepithelial lesion*, *HPV*, *female-to-male*). Não houve limite de tempo ou desenho de estudo. A pesquisa foi realizada para publicações em inglês e português.

SELEÇÃO DE ARTIGOS

Todos os artigos com textos completos foram selecionados por um dos autores e lidos na íntegra pelos dois autores. Os artigos em duplicata foram excluídos e depois foram discutidas partes importantes para serem selecionadas ou para exclusão do artigo. Foram excluídos os artigos em desacordo com os critérios determinados (Figura 1). Após a seleção, os artigos foram inseridos no gerenciador de referências MENDLEY.

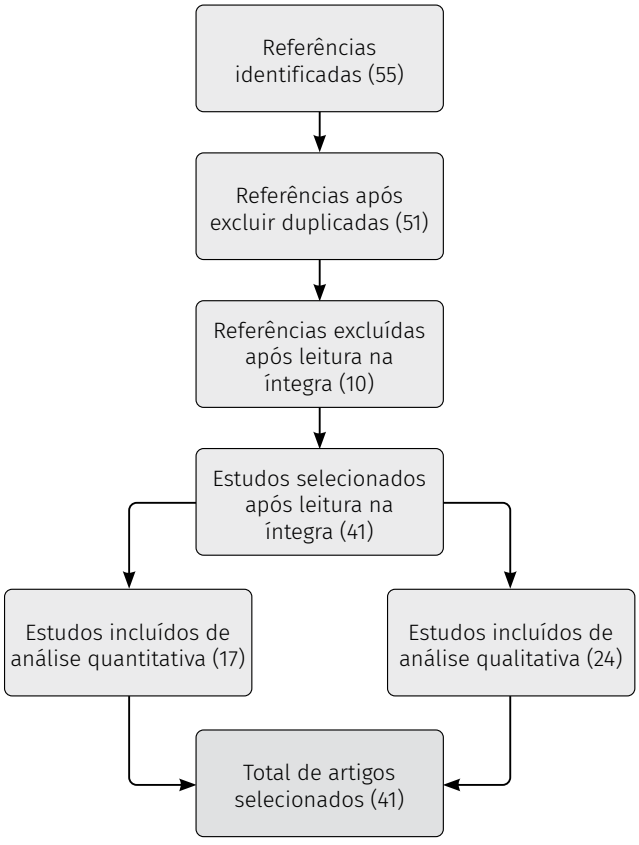

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos pesquisados. O número de artigos em cada etapa está indicado entre parênteses

LÉSBICAS

Como definição, o termo "lésbica" descreve a identidade sexual da mulher, enquanto mulher que faz sexo com mulher indica o comportamento sexual. Não necessariamente a identidade sexual indica o comportamento sexual; há mulheres que já se relacionaram com outras mulheres e não se consideram lésbicas.[3]

Estudos mostram que mulheres lésbicas, além de baixa adesão ao Papanicolaou, possuem fatores de risco para câncer de mama, ovário e colo de útero, pelo fato de essa população apresentar altas taxas de tabagismo, obesidade, alcoolismo, HIV, depressão, nuliparidade ou baixa paridade e menores índices de uso de anticoncepcionais.[4-10] Além desse risco, Matthews *et al.*[11] observaram um início mais precoce de atividade sexual e maior número de parceiros, quando comparadas com a população heterossexual.[11]

Muitos fatores são responsáveis para a não coleta do Papanicolaou, como a discriminação, a homofobia, a falta de oportunidade, a não necessidade de anticoncepção e a crença de não possuírem risco de adquirir o papilomavírus humano (HPV). Aproximadamente 30% delas acreditam não poder transmitir ou adquirir o HPV.[2,4]

Os profissionais de saúde têm grande dificuldade de comunicação com a população lésbica, gerando desentendimentos na consulta. Provavelmente, a maioria dos ginecologistas já atendeu pacientes homoafetivas, porém nem todas revelaram sua orientação sexual.[2,12]

Essas mulheres relatam experiências negativas quando procuraram assistência médica, como brutalidade do profissional, perguntas referentes à sua sexualidade e comentários e reações inapropriadas, o que torna o exame mais estressante e doloroso. Curmi *et al.*[4] citam relatos de medo da introdução do espéculo em pacientes com hímen íntegro ou naquelas que não usam penetração de dedos ou brinquedos nas práticas sexuais, bem como medo relacionado a traumas de abuso.[4,13]

Segundo Curmi *et al.*,[2,4] muitas acreditam que não necessitam de preventivo por não se relacionarem com homens, porém estudos mostram que 80% a 90% já tiveram relacionamento heterossexual no passado. Mesmo nas pacientes que nunca se relacionaram com homens o HPV pode ser transmitido por contato de pele, sexo oral e uso compartilhado de acessórios sexuais.[14,15]

Estudos demonstram pesquisa de HPV positivo entre 13% e 30% em mulheres que nunca se relacionaram com homens. Bailey *et al.*[16] encontraram 0,83% de lesões de alto grau em uma população de 606 mulheres.[2,16]

Estudo realizado em Tel Aviv em lésbicas mostrou que 40% nunca ouviram falar em prevenção de câncer e somente 22% já tinham realizado coleta. Vários outros estudos confirmam a baixa adesão ao exame. Alguns autores demonstram que mulheres lésbicas em faixa etária mais avançada, após 40 anos, veem a necessidade de procurar por assistência médica, pois nessa idade aceitam mais a própria sexualidade e procuram mais informações sobre exames necessários à sua saúde.[3,17]

O NHS (Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido) não recomenda coleta de preventivo para mulheres que nunca tiveram relações sexuais com nenhum dos gêneros (homens e mulheres), e o *The American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) faz recomendações específicas de rastreio para a população lésbica. A falta de aderência ao rastreamento leva à demora do diagnóstico e. consequentemente, eleva as taxas de câncer invasor.[8,18-20]

TRANSGÊNEROS

Definem-se transgêneros ou incongruência de gênero como a não paridade entre a identidade de gênero (que é o reconhecimento de cada pessoa sobre seu próprio gênero) e o sexo ao nascimento, incluindo-se nesses grupos transexuais, travestis e outras expressões identitárias relacionadas à diversidade de gênero. Sendo assim, transexuais masculinos são aqueles que nascem com sexo feminino e se identificam como homens, transexuais femininas são aquelas que nascem com sexo masculino e se identificam como mulheres e travestis aqueles que nascem com um sexo, mas se apresentam como gênero oposto, porém aceitando sua genitália. O termo "cisgênero" é oposto da palavra "transgênero", isto é, alguém que se identifica com o mesmo sexo com o qual nasceu.[21] Estima-se no mundo em torno de 25 milhões de transexuais (0,3 a 0,9 da população), 1:37.000 para sexo masculino ao nascimento e 1:103.000 para sexo feminino ao nascimento.[22]

TRANSGÊNEROS FEMININOS (TFS)

O TF poderá passar por vários processos de redesignação sexual, como tratamento com estrogênios, mamoplastia de aumento e cirurgia de face, da cartilagem cricoide e neovagina. A cirurgia de neovagina é a última etapa no processo de redesignação do novo gênero.[23]

A neovagina é realizada por várias técnicas e com diferentes tecidos transplantados. O método padrão-ouro usado no TF é a inversão do pênis, mas também pode ser usado intestino, peritônio ou retalhos de pele.[24] Embora considerados raros, vários estudos demonstram casos de câncer ou lesão intraepitelial vaginal. Vários casos de carcinoma primário de neovagina em pacientes do sexo feminino com síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) ou desordens do desenvolvimento sexual (DDS) foram descritos na literatura.[25-27] Fernandes *et al.*[28] descreveram um caso de carcinoma moderadamente diferenciado em neovagina de TF e Bollo *et al.*[29] descreveram carcinoma de vagina com HPV positivo em vaginoplastia realizada com pele de pênis e bolsa escrotal.[28,29]

TFs com risco elevado de câncer colorretal têm também alto risco para desenvolver carcinoma neovaginal quando o tecido transplantado foi seu próprio intestino; sendo assim, as mulheres trangêneros com antecedentes de câncer colorretal ou com risco elevado como presença de pólipos ou história familiar devem fazer colonoscopia após 45 anos de idade e repeti-la mais frequentemente de acordo com os riscos que possuam, bem como vaginoscopia e coleta de citologia vaginal devem ser realizadas, embora não haja protocolos específicos sobre a periodicidade para a realização da citologia.[25,30]

O HPV é reconhecido como fator de risco para carcinoma em neovagina e agentes ambientais atuam como fatores predisponentes, como microinjúrias pelo trauma sexual e recorrentes dilatações para manter a vagina aberta.[25]

Loverro *et al.*[31] encontraram 40% de presença de HPV em um grupo de 35 TF, sendo 93% com HPV de alto risco, e vários outros autores encontram HPV em neovaginas de TF, MRKH e DDS.[25,31,32]

Van der Sluis *et al.*,[33] em uma revisão de 1.082 casos de TFs com neovagina, encontraram quatro casos de infecção sintomática por HPV (presença de verrugas).

Na citologia da neovagina, geralmente, a pele de pênis origina esfregaços degenerados e a de intestino é coberta de muco, o que torna a citologia inadequada. As diferenças entre a epiderme e a mucosa vaginal incluem ausência de estrato córneo, folículos pilosos, glândulas sudoríparas e sebáceas e pigmentação, e a presença de glicogênio na mucosa vaginal. Embora alguns estudos sugiram que o novo epitélio fique semelhante ao epitélio vaginal, Dekker *et al.*,[34] em um estudo com biópsias de tecido de neovagina, mesmo com o uso de estrogênios, não encontraram mudança da pele, a não ser pela presença de dermatite eczematosa devida à umidade e à falta de oxigenação do novo tecido.[32,34]

As pacientes submetidas à neovagina têm que ter consciência do risco para câncer vaginal e da necessidade de participar de programas de rastreio.[25]

Com base nos resultados dos estudos, embora não exista protocolo, deve ser encorajado o rastreamento do câncer de vagina nessas pacientes.[25]

TRANSGÊNEROS MASCULINOS (TMS)

A maioria dos TMs não faz a cirurgia completa de redesignação sexual ou se submete à histerectomia parcial, persistindo com o colo uterino pelo restante da vida. Alguns são submetidos à cirurgia abdominal e não sabem referir se houve a retirada total do útero. Segundo *The Nacional Transgender Survey*, apenas 8% realizam a histerectomia total e, dos 92% restantes, apenas 27% contra 43% da população cisgênero colheram o preventivo no ano anterior à pesquisa.[35] Os TMs devem estar conscientes da necessidade de coleta do Papanicolaou após decidirem fazer uma histerectomia parcial, devendo seguir o mesmo rastreio que as cisgêneros, como recomendado pela ACOG.[8,36]

Da mesma forma que as pacientes homoafetivas, os transgêneros também sofrem com preconceito por parte dos profissionais de saúde. Apenas 33% dos profissio-

nais de saúde se sentem confortáveis no atendimento dos TMs, mesmo sabendo que TMs com colo uterino têm as mesmas necessidades que as outras pacientes cisgêneros.[35,37]

Potter *et al.*[38] descreveram algumas orientações para médicos atenderem os TMs após entrevistar mais de 100 TMs, os quais referiram dor no exame (quando não haviam se relacionado com mulheres) e/ou resultado da coleta citológica inadequada devido à atrofia (Quadros 1 e 2).[38]

Os TMs têm 37% menos chances de ter seu preventivo em dia que os não transgêneros. Fatores como ter plano de saúde, já estar há algum tempo em consultas para o tratamento, ser fumante, ter história de violência sexual e ter utilizado anticoncepcionais nos últimos três anos aumentam a assiduidade na consulta ginecológica.[39]

A grande maioria dos TMs utiliza testosterona, o que leva à atrofia da mucosa genital. Peitzmeier *et al.*[39] mostraram que 16,3% de citologias são inadequadas em população de TMs (89% utilizavam testosterona) contra 2,6% em heterossexuais. Com um resultado inadequado, a conduta é a repetição do exame, considerando que na população de TMs esse tempo de retorno é cinco vezes maior que na população cisgênero.[32,34]

Em razão da dificuldade em fazer rastreio nessa população, a autocoleta ou coleta do material por um profissional para a pesquisa de HPV é uma das alternativas aceitas por 90% dos TMs na pesquisa de McDowell *et al.*,[40] por ser menos invasiva e causar menos desconforto e menos discordância de gênero. Pesquisa realizada por Seay *et al.*[41] mostrou que 57,1% dos TMs preferiram a autocoleta, 20,9%, o esfregaço tradicional, 14,3% foram indiferentes e 6,6% recusaram ambas as formas.[40,41]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população lésbica que já manteve atividade sexual com homens ou mulheres deve manter o rastreio de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, devendo ser excluídas do rastreio somente aquelas que nunca tiveram relacionamento sexual. Pacientes com neovagina, independentemente do motivo da cirurgia, MRKH ou DDS ou TF, devem manter um seguimento de coleta citológica de vagina, porém não existem protocolos. TMs que não realizaram a histerectomia total devem seguir as mesmas diretrizes de rastreio que a população cisgênero.

Quadro 1. Linguagem de gênero neutro para usar durante a consulta

Com gênero	Sem gênero
Vulva	Área pélvica externa/parte externa
Lábios	Dobras externas
Vagina	Abertura genital/canal interno
Útero/ovário	Órgãos internos
Seios	Peito
Papanicolaou	Rastreamento de câncer
Calcinha/sutiã	Roupa íntima
Menstruação	Sangramento

Quadro 2. Estratégias para facilitar o exame pélvico e otimizar o rastreamento de câncer cervical para transgêneros masculinos

Antes da visita
Sites e propagandas sem discriminação/Atendente treinado para comunicação não discriminativa quando marcar a consulta/Opções trans inclusiva para formulários de cadastro/Identidade de gênero, nome e pronomes preferidos no prontuário eletrônico.
Ao chegar ao consultório
Marcar como primeira ou última consulta do dia ou deixar o paciente na sala de espera por pouco tempo./Disponibilizar um banheiro sem gêneros.
Antes do exame
Perguntar ao paciente sobre pronomes e termos anatômicos preferidos./Colher respeitosamente o histórico sexual./Desculpar-se imediatamente por erros de comunicação./Usar linguajar sem gênero./Perguntar ao paciente sobre exames pélvicos anteriores e observar o nível de conforto e barreiras sobre o assunto./Discutir sobre como otimizar o controle do paciente (permitir tirar apenas a vestimenta da cintura para baixo, o próprio paciente inserir o espéculo, reafirmar que o paciente pode sinalizar para interromper o exame)./Considerar estrogênio tópico para pacientes com resultados citológicos não satisfatórios.
Durante o exame
Usar pronomes e termos anatômicos preferidos./Evitar comentar sobre mudanças corporal e genital./Usar um espéculo pequeno com lubrificante e/ou lidocaína tópica e aplicar antes do exame./Coletar amostras para citologia e teste de HPV se houver indicação.
Depois do exame
Alertar sobre sangramentos e oferecer produtos absorventes usando linguagem sem gênero./Alertar sobre a alta prevalência de testes inadequados e a potencial necessidade de retorno para um reteste./Se o resultado for inadequado, usar as mesmas diretrizes feitas para mulheres cisgêneros./Citar o uso de testosterona na requisição da citologia./Preparar-se para advogar a favor do paciente com seguros de saúde se o requerimento for negado.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (Inca). Estatísticas de câncer [Internet]. 2020 [cited 2020 May 01]. Available from: https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer
2. Curmi C, Peters K, Salamonson Y. Lesbians' attitudes and practices of cervical cancer screening : a qualitative study. BMC Womens Health. 2014;14:153. doi: 10.1186/s12905-014-0153-2
3. Ben-Natan M, Adir O. Screening for cervical cancer among Israeli lesbian women. Int Nurs Rev. 2009;56(4):433-41. doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00728.x

4. Curmi C, Peters K, Salamonson Y. Barriers to cervical cancer screening experienced by lesbian women: a qualitative study. J Clin Nurs. 2015;25(23-24):3643-51. doi: 10.1111/jocn.12947
5. Kerker BD, Mostashari F, Thorpe L. Health care access and utilization among women who have sex with women: sexual behavior and identity. J Urban Health. 2006;83(5):970-9. doi: 10.1007/s11524-006-9096-8
6. Tracy JK, Lydecker AD, Ireland L. Barriers to cervical cancer screening among lesbians. J Womens Health (Larchmt). 2010;19(2):229-37. doi: 10.1089/jwh.2009.1393
7. Tracy JK, Schluterman NH, Greenberg DR. Understanding cervical cancer screening among lesbians: a national survey. BMC Public Health. 2013;13:442. doi: 10.1186/1471-2458-13-442
8. ACOG Committee on Health Care for Underserved Women. ACOG Committee Opinion No. 525: health care for lesbians and bisexual women. Obstet Gynecol. 2012;119(5):1077-80. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182564991
9. Lehavot K, Rillamas-Sun E, Weitlauf J, Kimerling R, Wallace RB, Sadler AG, et al. Mortality in postmenopausal women by sexual orientation and veteran status. Gerontologist. 2016;56 Suppl 1:S150-62. doi: 10.1093/geront/gnv125
10. Quinn GP, Sanchez JA, Sutton SK, Vadaparampil ST, Nguyen GT, Green BL, et al. Cancer and lesbian, gay, bisexual, transgender/transsexual, and queer/questioning (LGBTQ) populations. CA Cancer J Clin. 2015;65(5):384-400. doi: 10.3322/caac.21288
11. Matthews AK, Brandenburg DL, Johnson TP, Hughes TL. Correlates of underutilization of gynecological cancer screening among lesbian and heterosexual women. Prev Med. 2004;38(1):105-13. doi: 10.1016/j.ypmed.2003.09.034
12. Moegelin L, Nilsson B, Helström L. Reproductive health in lesbian and bisexual women in Sweden. Acta Obstet Gynecol Scand. 2010;89(2):205-9. doi: 10.3109/00016340903490263
13. Tjepkema M. Healthcare use among gay, lesbian and bisexual Canadians. Health Rep. 2008;19(1):53-64.
14. Marrazzo JM, Stine K. Reproductive health history of lesbians: implications for care. Am J Obstet Gynecol. 2004;190(5):1298-304. doi: 10.1016/j.ajog.2003.12.001
15. Marrazzo JM. Barriers to infectious disease care among lesbians. Emerg Infect Dis. 2004;10(11):1974-8. doi: 10.3201/eid1011.040467
16. Bailey JV, Kavanagh J, Owen C, McLean KA, Skinner CJ. Lesbians and cervical screening. Br J Gen Pract. 2000;50:481-2.
17. McIntyre L, Szewchuk A, Munro J. Inclusion and exclusion in mid-life lesbians' experiences of the Pap test. Cult Health Sex. 2010;12(8):885-98. doi: 10.1080/13691058.2010.508844
18. NHS Cervical Screening Programme. Cervical screening for lesbian and bisexual women [Internet]. 2009 [cited 2020 May 01]. Available from: https://www.unidocs.co.uk/docs/cx/decide/lesbian-bisexual-women.pdf
19. Henderson HJ. Why lesbians should be encouraged to have regular cervical screening. J Fam Plan Reprod Health Care. 2009;35(1):49-52. doi: 10.1783/147118909787072315
20. Douglas C, Deacon R, Mooney-Somers J. Pap smear rates among Australian community-attached lesbian and bisexual women: some good news but disparities persist. Sex Health. 2015;12(3):249-56. doi: 10.1071/SH14210
21. Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, et al. Transgender people: health at the margins of society. Lancet. 2016;388(10042):390-400. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00683-8
22. Costa LC. CMF publica a nova resolução sobre transexualidade. Femina. 2020;48(2):99-100.
23. Buncamper ME, van der Sluis WB, van der Pas RS, Özer M, Smit JM, Witte BI, et al. Surgical outcome after penile inversion vaginoplasty: a retrospective study of 475 transgender women. Plast Reconstr Surg. 2016;138(5):999-1007. doi: 10.1097/PRS.0000000000002684
24. Colebunders B, Brondeel S, D'Arpa S, Hoebeke P, Monstrey S. An update on the surgical treatment for transgender patients. Sex Med Rev. 2017;5(1):103-9. doi: 10.1016/j.sxmr.2016.08.001
25. Grosse A, Grosse C, Lenggenhager D, Bode B, Camenisch U, Bode P. Cytology of the neovagina in transgender women and individuals with congenital or acquired absence of a natural vagina. Cytopathology. 2017;28(3):184-91. doi: 10.1111/cyt.12417
26. Steiner E, Woernle F, Kuhn W, Beckmann K, Schmidt M, Pilch H, et al. Carcinoma of the neovagina: case report and review of the literature. Gynecol Oncol. 2002;84(1):171-5. doi: 10.1006/gyno.2001.6417
27. Lawrence A. Vaginal neoplasia in a male-to-female transexual: case report, review of the literature, and recommendations for cytological screening. Int J Transgender. 2001;5(1):1-8.
28. Fernandes HM, Manolitsas TP, Jobling TW. Carcinoma of the neovagina after male-to-female reassignment. J Low Genit Tract Dis. 2014;18(2):E43-5. doi: 10.1097/LGT.0b013e3182976219
29. Bollo J, Balla A, Rodriguez Luppi C, Martinez C, Quaresima S, Targarona EM. HPV-related squamous cell carcinoma in a neovagina after male-to-female gender confirmation surgery. Int J STD AIDS. 2018;29(3):306-8. doi: 10.1177/0956462417728856
30. American Cancer Society. Colorectal cancer screening guidelines [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 20]. Available from: https://www.cancer.org/health-care-professionals/american-cancer-society-prevention-early-detection-guidelines/colorectal-cancer-screening-guidelines
31. Loverro G, Di Naro E, Caringella AM, De Robertis AL, Loconsole D, Chironna M. Prevalence of human papillomavirus infection in a clinic sample of transsexuals in Italy. Sex Transm Infect. 2016;92(1):67-9. doi: 10.1136/sextrans-2014-051987
32. Belleannée G, Brun JL, Trouette H, Mompart JP, Goussot JF, Brun G, et al. Cytologic findings in a neovagina created with Vecchietti's technique for treating vaginal aplasia. Acta Cytol. 1998;42(4):945-8. doi: 10.1159/000331973
33. van der Sluis WB, Buncamper ME, Bouman MB, Neefjes-Borst EA, Heideman DAM, Steenbergen RDM, et al. Symptomatic HPV-related neovaginal lesions in transgender women: case series and review of literature. Sex Transm Infect. 2016;92(7):499-501. doi: 10.1136/sextrans-2015-052456
34. Dekker JJML, Hage JJ, Karim RB, Bloemena E. Do histologic changes in the skin-lined neovagina of male-to-female transsexuals really occur? Ann Plast Surg. 2007;59(5):546-9. doi: 10.1097/01.sap.0000258953.00234.50
35. Gatos KC. A literature review of cervical cancer screening in transgender men. Nurs Womens Health. 2018;22(1):54-62. doi: 10.1016/j.nwh.2017.12.008
36. Peitzmeier SM, Reisner SL, Harigopal P, Potter J. Female-to-male patients have high prevalence of unsatisfactory paps compared to non-transgender females: implications for cervical cancer screening. J Gen Intern Med. 2014;29(5):778-84. doi: 10.1007/s11606-013-2753-1
37. Woodland MB, Callanan L, Schnatz PF, Jiang X. Gynecologic screening for men in an OBGYN resident community outreach clinic: the transgender care experience. J Low Genit Tract Dis. 2018;22(4):333-5. doi: 10.1097/LGT.0000000000000429
38. Potter J, Peitzmeier SM, Bernstein I, Reisner SL, Alizaga NM, Agénor M, et al. Cervical cancer screening for patients on the female-to-male spectrum: a narrative review and guide for clinicians. J Gen Intern Med. 2015;30(12):1857-64. doi: 10.1007/s11606-015-3462-8
39. Peitzmeier SM, Khullar K, Reisner SL, Potter J. Pap test use is lower among female-to-male patients than non-transgender women. Am J Prev Med. 2014;47(6):808-12. doi: 10.1016/j.amepre.2014.07.031
40. McDowell M, Pardee DJ, Peitzmeier S, Reisner SL, Agénor M, Alizaga N, et al. Cervical cancer screening preferences among trans-masculine individuals: patient-collected human papillomavirus vaginal swabs versus provider-administered pap tests. LGBT Health. 2017;4(4):252-9. doi: 10.1089/lgbt.2016.0187
41. Seay J, Ranck A, Weiss R, Salgado C, Fein L, Kobetz E. Understanding transgender men's experiences with and preferences for cervical cancer screening: a rapid assessment survey. LGBT Health. 2017;4(4):304-9. doi: 10.1089/lgbt.2016.0143