

EEN MICROPENIS OP VOLWASSEN LEEFTIJD, OPEREREN OF NIET? °

A.K. Slob en A.P. van Seters**

*Micropenis
Hermafroditisme
Congenitale bijnierschorshyperplasie*

SC 2.6 SC 1.6 SC 1.9 SC 4.4 SB 6.6159

Drie volwassen patiënten met een micropenis worden beschreven: twee genetische, intra-uterien geviriliseerde vrouwen, opgegroeid als jongens, met congenitale bijnierschorshyperplasie (CBH) en één man met anorchie. De patiënten hadden een mannelijke genderidentiteit/-rol. Voor slechts één van de patiënten was intravaginale coïtus mogelijk. Bij één patiënt (met CBH) was penisreconstructie mislukt. Desondanks kregen alle drie een bevredigende heteroseksuele relatie. Deze observatie toont dat het niet (laten) opereren van een micropenis op volwassen leeftijd zeker geen medische kunstfout hoeft te zijn.

In de medische en seksuologische praktijk komt men nogal eens in aanraking met jongens en mannen die zich ongerust maken over de lengte van hun penis: ze vinden 'hem' te kort (Lief, 1975; Carrera, 1981). Bij lichamelijk onderzoek blijkt de penis van verreweg de meeste van deze mannen normaal te zijn, zeker gezien in het licht van de variatie in penis-grootte (Schonfeld en Beebe, 1942; Dickinson, 1971). Geruststellen en eenvoudig counselen kan de patiënt helpen (Kaplan, 1983).

Er is echter een kleine groep mannen die zich terecht zorgen maakt over (de lengte van) hun penis, bijvoorbeeld bij chordae, micropenis, hypospadie of andere zeldzame anatomische penisafwijkingen. Onder een micropenis verstaan we, naar analogie met Lee, Mazur, Danish, et al (1980), een phalluslengte van 2.5 of meer standaard deviaties onder het gemiddelde. Het gaat hier om penis-lengte gemeten in uitgerekte toestand: top eikel tot dorsale basis penis, voorhuid telt niet mee. Voor een baby tussen 0 en 5 maanden is de ondergrens 1.9 cm, voor een volwassene 9.3 cm (Lee, et al, 1980).

Nu het mogelijk lijkt in sommige gevallen, althans voor het oog, de schacht

* Dr. A.K. Slob, medisch fysioloog. Instituut Endocrinologie, Groei & Voortplanting. Faculteit der Geneeskunde, Erasmus Universiteit Rotterdam.

** Dr. A.P. van Seters, internist. Afdeling Endocrinologie, Academisch Ziekenhuis Leiden.

° Dit artikel is een bewerking van Van Seters, A.P. & A.K. Slob (1988). Mutually gratifying heterosexual relationship with micropenis of husband. *J. Sex Marit. Ther.*, 14: 97-104. Geaccepteerd 6 december 1988.

van de penis te verlengen (Hinman, 1971; 1972; Harada en Sawada, 1972), is het de vraag of bij een volwassen patiënt met een micropenis geadviseerd moet worden plastische chirurgie te ondergaan. Alvorens dit te doen is zorgvuldig afwegen van de verwachtingen van de patiënt geboden (Witkin en Kaplan, 1982). Een andere mogelijkheid is de patiënt te informeren over de mogelijkheid van een bevredigende seksuele relatie te kunnen hebben ondanks een micropenis. Dit artikel handelt met name over deze laatste mogelijkheid.

Casus 1.

Een 30-jarige onderwijzer, A, bezoekt de polikliniek met het verzoek de regelmatig optredende menstruaties te doen stoppen. Hij was bij de geboorte aangegeven als jongen, hoewel de externe genitalia wat twijfels hadden opgeroepen.

Sociaal gezien groeide patiënt op als een normale jongen. Hij was regelmatig betrokken in jongensspelletjes buiten; hij was sterk en lang voor zijn leeftijd. Op een zeker moment realiseerde hij zich toch dat hij anders was vanwege zijn korte penis en het feit dat hij niet ver kon plassen.

Op 11-jarige leeftijd werd hij opgenomen in een ziekenhuis voor onderzoek vanwege pubishaar en mammagroei. De belangrijkste bevindingen waren toen: kleine, hypospade penis, gesloten perineum en geen palpabele testes. Cellen van het wangslimvlies bevatten lichaampjes van Barr. Bij retrograde urethrografie bleek gelijktijdig vullen van blaas en vagina. De diagnose "vrouwelijk pseudohermafroditisme" (Prader type IV) werd bevestigd door verhoogde uitscheiding van 17-ketogene steroïden en suppressie hiervan met cortison.

Psychologisch onderzoek toonde een mannelijke genderidentiteit/-rol en meer dan gemiddelde intelligentie. Een voorstel tot geslachtsverandering werd afgewezen door de ouders.

Toen hij 13 was, waren zijn borsten volgroeid en menstrueerde hij regelmatig. Hij slaagde erin dit te verbergen voor familie en vrienden. Ongeveer tegelijkertijd begon hij te masturberen tot orgasme. Hij had 'verkering' met een klasgenootje, een verlegen meisje dat hem nooit zou aanraken.

Toen hij 20 was slaagde hij er met moeite in van zijn huisarts een verwijzing te krijgen voor mammectomie, op voorwaarde dat een psychiater het goed zou vinden. Hij vond een plastisch chirurg die ervaring had met operaties bij transseksuelen.

Op 30-jarige leeftijd meldt hij zich in de polikliniek: een ietwat korte, enigszins gezette man (lengte 159 cm; 66 kg). Zijn stem is wat aan de hoge kant. Hij heeft slechts enkele baardharen en duidelijke, horizontaal begrensde pubisbehaaring

(Tanner, stadium 4; Tanner, 1962). De kleine penis meet 2 x 2 cm (zie figuur 1a). Bloeddruk en serum kalium zijn normaal. Het karyogram is XX-46.

Plasma testosteron bedraagt 3.7 nmol/l met sterk verhoogde concentraties androsteendion in plasma (48.8 nmol/l) en androsteron plus etiochalconon in urine (52.4 μ Mol/24h); 11-desoxycortisol (59.8 nmol/l) en DOC (159 nmol/l) zijn eveneens sterk verhoogd. Alle steroïdconcentraties worden adequaat onderdrukt met dexamethason. De diagnose luidt: congenitale bijnierschorshyperplasie (CBH) tengevolge van gecompenseerde 11-hydroxylasedeficiëntie.

Verder onderzoek toont een regelmatig ovariële cyclus (4 weken/4 dagen) met normale vrouwelijke waarden van oestradiol, oestron en progesteron in het bloed. CT-scans tonen bilaterale bijnierschorshyperplasie. Er wordt gestart met dexamethason therapie (0.375 mg dd) en langwerkende esters van testosteron (Sustanon[®], 250 mg i.m./3 weken). De menstruele cycli worden eerst anovulatoir en verdwijnen daarna geheel.

Op de leeftijd van 31 jaar ondergaat hij hysterectomie en bilaterale ovariectomie, een paar maanden later gevolgd door implantatie van testes prothesen in het lege 'scrotum' (zie figuur 1b).

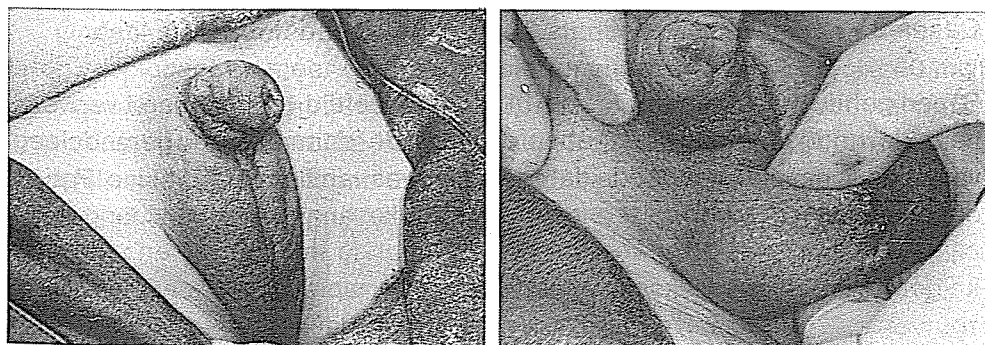


Fig. 1. De uitwendige genitalia van patiënt A, voor (links) en kort na (rechts) de implantatie van testes prothesen in het lege scrotum.

Het jaar daarop informeert hij naar de mogelijkheid van 'penis-reconstructie' aangezien er geen substantiële penis-groei heeft plaats gevonden met androgeentherapie. Wel is er normale baardgroei opgetreden. Hij beschouwt een penis-reconstructie als noodzakelijk om z'n seksuele verlegenheid te overwinnen.

Volgens de geraadpleegde uroloog heeft een dergelijke operatie een geringe kans van slagen: de penis is zeer klein met slechts één corpus cavernosum. Bovendien heeft één van ons (APvS) ervaring met andere patiënten waaruit blijkt dat een dergelijke kleine penis geen belemmering hoeft te zijn

voor een bevredigende heteroseksuele relatie. Er wordt met twee andere vergelijkbare patiënten een interview op band opgenomen. De gedachte is dat de ervaring van deze twee met het aangaan van seksuele contacten de indexpatiënt zou kunnen overtuigen andere wegen te proberen dan penis-chirurgie.

De twee cassettebandjes werden al tijdens het naar huis rijden in de auto beluisterd. Desondanks besloot hij de chirurgisch-urologische weg te volgen. Met peridurale anesthesie werd een ietwat verkorte Jonas-erectieprothese (6 cm) geïmplanteerd (Jonas, 1987), voorafgegaan door een verlengingsprocedure. De implantatie was echter geen succes, want als gevolg van een ruptuur van de glans penis moest de prothese na een maand verwijderd worden.

Hoewel de patiënt teleurgesteld was door het falen van de operatie, was hij er tevreden over dat hij al het mogelijke had geprobeerd. Een jaar later plaatste hij een contact-advertentie in een landelijk dagblad: *"een jonge man, klein geschapen, zoekt contact met een vrouw"*. Een gescheiden vroegere verpleegkundige reageerde, ze begonnen uit te gaan. Spoedig nam zij het initiatief tot lichamenlijk vrijen, hetgeen hem geruststelde, stimuleerde en bemoedigde. Ze kregen snel een zeer bevredigende seksuele relatie.

Casus 2.

B, een gehuwde bediende, was op 11.5-jarige leeftijd voor het eerst verwezen naar de endocrinoloog. Dit gebeurde door de dermatoloog, geraadpleegd vanwege acne, die vermoedde dat er sprake was van hermafroditisme. Patiënt, opgevoed als jongen, vertoonde de klassieke anamnese van congenitale bijnierschorshyperplasie: versnelde (pre)puberale lengtegroei en vroegtijdig krijgen van pubis- en okselhaar, echter zonder episodes van hypotensie en zoutverlies. Hij leed aan ernstige acne vulgaris vanaf het 8e jaar. Hij vertoonde enige mammaontwikkeling. Er waren geen palpabele testes of inwendige geslachtsorganen. Zijn enigszins hypospade penis was 3 cm lang; karyotype 46-XX. Hij had één gezonde broer.

Hormoonbepalingen bevestigden de diagnose C21-hydroxylase deficiëntie met voldoende ACTH-reserve en onderdrukbaarheid met glucocorticoïden, verhoogde testosteron productiesnelheid en normale secretiesnelheid van zowel cortisol als aldosteron.

Toen hij 12 was, onderging hij ovariëctomie en hysterectomie, gevolgd door glucocorticoïd onderhoudstherapie. Op 14-jarige leeftijd werd begonnen met een lage dosis androgeen (testosteron propionaat, 5-10 mg dd, sublinguaal). De acne bleef tot de leeftijd van 21 jaar. Zijn penis werd dikker en hij had regelmatig erecties; de lengte van de penis in erectie was circa 7 cm. Deze conditie veranderde niet toen hij vanaf zijn 27e jaar testosteron undecanoaat (Andriol[®],

40 mg 3 dd) ging gebruiken. De grootte van zijn borsten bleef voor hem "acceptabel".

Op zijn 28e trouwde hij en drie jaar later kregen hij en zijn vrouw een kind door KID.

Casus 3.

C, een gehuwde koopman, was bekend op de polikliniek vanaf zijn vroege jeugd met de diagnose "anorchie". Een jongere halfbroer, lijdend aan een onduidelijke vorm van interseksualiteit, stierf op 19-jarige leeftijd.

Patiënt was opgegroeid als jongen. Hij had een kleine, hypospade penis en een leeg scrotum (geen testes palpabel). Vanaf zijn 12e jaar werd hij behandeld met HCG en testosteron. Op de leeftijd van 13 jaar werd een laparotomie verricht omdat het leek alsof een testis in het lieskanaal was ingedaald. Volgens het operatieverslag waren er geen gonaden, uterus of prostaat aanwezig. De diagnose "anorchie" werd ondersteund door de afwezigheid van Barr-lichaampjes (later karyogram 46-XY) en door verhoogde uitscheiding van gonadotrofinen in de urine.

Ondanks voortdurende androgeen substitutie (o.a. implantatie van testosteron propionaat en meer recent testosteron undecanoaat (Andriol®, 40 mg 3 dd) was er geen penisgroei (zie figuur 2), noch normale baardgroei, wel waren er regelmatig erecties. Hij had een mannelijke genderidentiteit/rol en kreeg na verschillende teleurstellende ontmoetingen een heteroseksuele relatie.

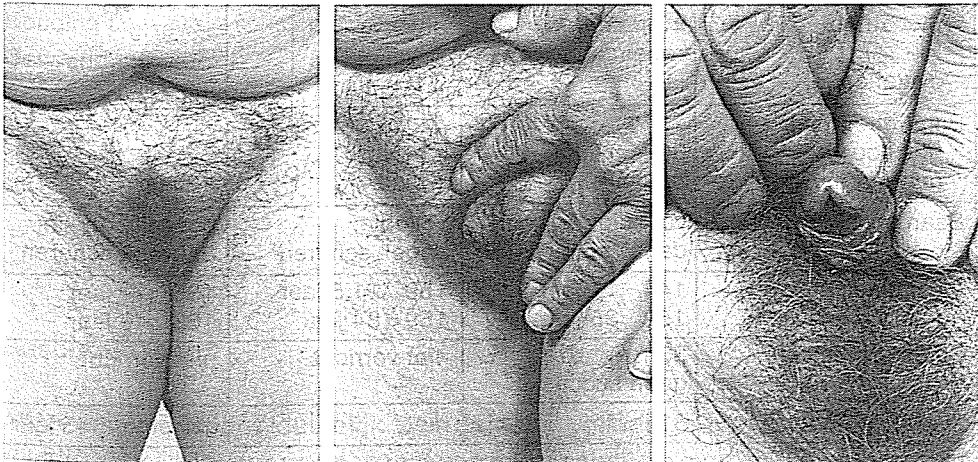


Fig. 2. De uitwendige genitalia van patiënt C op de leeftijd van 48 jaar.

Hij trouwde toen hij 31 was en werd vader door KID bij zijn vrouw. Recente endocriene evaluatie, inclusief stimulatie met 250 μ g ACTH i.v., gaf geen enkele indicatie van een defect in de steroïdogenese.

Tabel 1. Somatische en klinische gegevens van drie patiënten met micropenis.

Patiënt	A	B	C
	geboren 1951	geboren 1952	geboren 1938
Diagnose	Cong. bijnier hyperplasie 11-hydroxylase deficiëntie	Cong. bijnier hyperplasie 21-hydroxylase deficiëntie (niet zoutverliezend)	Anorchie (normale bijnier functie)
Fenotype	mannelijk	mannelijk	mannelijk
Karyogram	XX, 46	XX, 46	XY, 46
Phallus: lengte	micropenis (3 cm, 36 jaar)	micropenis (4 cm, 13 jaar)	micropenis (0.5 cm, 12 jaar 3.5 cm, 49 jaar)
uiterlijk	hypospadie	hypospadie	hypospadie
Inw. Gesl. organen: gonade	ovaria; verwijderd 31 jaar	ovaria; verwijderd 12 jaar	afwezig
uterus	aanwezig; verwijderd 31 jaar	aanwezig; verwijderd 12 jaar	afwezig
ductus	tubae	tubae	ductus deferens? prostaat afwezig
Sec. Gesl. kenmerken: borsten	Tanner M5; verwijderd 29 jaar	Tanner M3 vanaf 12 jaar	afwezig
pubis haar	10 jaar	6 jaar	15 jaar
menstruatie	13 jaar; regelmatig	afwezig	afwezig
ovulaties/BTC	ja	?	afwezig
Begin therapie: glucocortic. androgenen	30 jaar 30 jaar	13 jaar 14 jaar	12 jaar
Baardgroei:	volledig; dagel. scheren	volledig; dagel. scheren	bovenlip en kin; 3x/week scheren
Lichaamslengte: (cm)	144 11 jaar 159 35 jaar	159 11.5 jaar 159 34 jaar	135 11 jaar 163 49 jaar
Penis prothese:	33 jaar; geen succes	niet verricht	niet verricht
Testes prothese:	31 jaar	niet	geweigerd 45 jaar

Voor verdere informatie betreffende het seksueel functioneren van alle drie de patiënten verwijzen wij naar tabel 2. De informatie is verkregen uit de eerder genoemde interviews en uit meer specifieke gesprekken met A en C over hun seksualiteit (door AKS).

Tabel 2. Sociaal-seksueel functioneren van drie patiënten met micropenis.

Patiënt	A	B	C
Leeftijd	36 jaar	31 jaar	48 jaar
Leeftijd eerste hetero "coïtus"	34 jaar	24 jaar	30 jaar
Soort en duur relatie	LAT, 1 jaar en 3 maanden	huwelijk, 7 jaar	huwelijk, 17 jaar
Seks voor huwelijk, incl. "coïtus"	ja	ja	ja
Intromissie mogelijk	neen	ja	neen
Frequentie "coïtus"	2x per week	2x per week	3x per maand
Orgasme bij "coïtus"	altijd	altijd	altijd
Tevredenheid met relatie (schaal 1 tot 7)	5 (tamelijk gelukkig)	6 (gelukkig)	7 (erg gelukkig)
Tevredenheid met seksleven (schaal 1 tot 7)	5 (goed)	5 (goed)	5 (goed)
Frequentie masturbatie	3x per week	onbekend	2x per maand
Orgasme bij masturbatie	bijna altijd	onbekend	altijd
Ochtend-erecties	nooit	onbekend	nooit
Seksuele gedachten; seksueel verlangen	2-3x per week	onbekend	3x per maand
Prematuur orgasme	af en toe	onbekend	bijna nooit
Angst "om af te gaan"	regelmatig	onbekend	nooit
Droog orgasme	ja	ja	ja
Houding t.o.v. orale seks	plezierig	onbekend	zeer plezierig
Genderidentiteit/rol	mannelijk	mannelijk	mannelijk

Beschouwing

Allereerst moge het duidelijk zijn dat een volledig bevredigende seksuele relatie mogelijk is voor mannen met een micropenis. De man zelf moet voldoende zelfvertrouwen hebben om contact met een vrouw aan te gaan en om te durven beleven dat die vrouw het met hem (ook met zijn kleine penis) goed en fijn zal kunnen vinden. Een open en bemoedigende attitude van de vrouwelijke partner lijkt ook van groot belang. In zulke relaties is intravaginaal coïteren geen nood-

zakelijke voorwaarde voor een gelukkige relatie.

De bevindingen in dit verhaal sluiten goed aan bij de gegevens van Money en Dalery (1977) betreffende drie patiënten met congenitale bijnierhyperplasie opgevoed en opgegroeid als jongens. In de studie van Money en Dalery was de penis-lengte van de patiënten zodanig dat intromissie mogelijk was, in tegenstelling tot twee van onze patiënten.

Naar aanleiding van onze studie willen we enkele punten onder de aandacht brengen.

1. Voor *volwassen* mannen met een micropenis is penis-reconstructie niet het enige dat de medicus heeft te bieden. Dit was eerder ook al naar voren gebracht door Money en Mazur (1977). Een artikel van Witkin en Kaplan (1982), over een 65-jarige man die na penectomie door seks-therapie weer een bevredigend seksueel leven kreeg, bevestigt het idee dat penis-reconstructie niet altijd noodzakelijk is. Dit is des te meer relevant aangezien: "there is no way, surgical or hormonal, which can make a microphallus into a completely functioning penis of normal size in adulthood. Attempted phalloplasty is costly and requires multiple surgical hospitalization . . . Phalloplasty does not guarantee an organ that is cosmetically pleasing in appearance" (Money en Mazur, 1977, p. 194). Het is goed als artsen en seksuologen dit bedenken wanneer zij geconsulteerd worden door een volwassen patiënt met een micropenis.
2. Voor wat betreft *pasgeborenen* met een micropenis is het beleid eenduidiger. Allereerst dient het genetisch geslacht te worden bepaald. In geval het genotype 46, XX blijkt te zijn is vrouwelijk pseudohermafroditisme het meest waarschijnlijk. In dat geval lijkt een vroege constructie van een vagina geïndiceerd (Money en Ehrhardt, 1972). Vandaag de dag zouden onze patiënten A en B, mits tijdig herkend, zeer waarschijnlijk zo behandeld zijn en zijn opgegroeid als meisjes (Van de Kamp, Van Seters, Molenaar en Van Gelderen, 1984). Indien het genotype 46 XY is, moet allereerst een onderscheid worden gemaakt tussen een anatomische anomalie en een endocriene vorm van micropenis (Walsh, Wilson, Allen, et al, 1978; Allen, 1978). Dit laatste is vaak een voorbode van primair of secundair hypogonadisme. Behandeling hangt af van het type: bij een anomalie van de micropenis kan een operatie nodig zijn; is de penis normaal en klein dan kan hormonale therapie soms helpen (Hinman, 1980). Dit betekent behandeling met testosteron, hetzij lokaal toegediend op de penis (Ben-Galim, Hilman en Weldon, 1980; Tsur, Shafir, Schachar en Eshkol, 1983), hetzij parenteraal (Allen, 1978; Burnstein, Grumbach en Kaplan, 1979). Burnstein et al (1979)

schrijven: "Before considering surgical sex reversal in infants and young children with microphallus, it is essential to assess whether treatment with intramuscular testosterone will induce clinically significant growth of the microphallus" (Burnstein, et al, 1979, p. 983). Dat dit geen uitgemaakte zaak is moge blijken uit het volgende citaat: "An infant micropenis becomes an adult micropenis, androgenic hormonal treatment in infancy or childhood notwithstanding" (Money, Lehne en Pierre-Jerome, 1984, p. 109).

3. Op de band opgenomen gesprekken met andere patiënten kunnen gebruikt worden bij het adviseren van een patiënt met een bepaald probleem. Hoewel in ons verhaal patiënt A in zijn chirurgische benadering volhardde, waardeerde hij de inzet van de dokter en hielp het hem zijn uiterlijk te accepteren na het mislukken van de chirurgische reconstructie.
4. Het door ouders consequent in één geslacht opvoeden van een kind (genetisch een meisje of een jongen) met ambigue genitalia bij de geboorte, kan resulteren in een normale volwassen genderidentiteit/rol (Money en Ehrhardt, 1972; Money, 1975; Money 1981; Money, Lehne en Pierre-Jerome, 1985). Het is daarom niet persé noodzakelijk om een genetisch mannelijke baby met micropenis als meisje op te voeden, zoals wel gesuggereerd is. Indien echter de beslissing gaat in de richting van opvoeden als een jongen, lijkt psycho-sociale begeleiding, bijvoorbeeld door de huisarts, van zowel ouders als kind zeker gewenst (cf. Slijper, Drop, Molenaar en Scholtmeyer, 1988). Ook de mogelijkheid van testosteron behandeling of plastische chirurgie op jonge leeftijd dient overwogen te worden. Een dergelijke psychologische en medische ondersteuning is iets wat onze patiënten hebben gemist. Toch waren ze alle drie in staat om een wederzijds bevredigende heteroseksuele relatie aan te gaan ondanks (of dankzij?) een micropenis.

Dankwoord

Met dank aan Prof. Dr. J.J. van der Werff ten Bosch, W.L. Gianotten, arts-seksuoloog, C.W. Vink, huisarts en J. Koster, arts, voor het kritische doorlezen en becommentariëren van eerdere versies van het manuscript.

Literatuur

- Allen, T.D. (1978), Microphallus: clinical and endocrinological characteristics. *Journal of Urology*, 119: 750-753.
- Ben-Galim B., R.E. Hillman en V.V. Weldon (1980). Topically applied testosterone and phallic growth. *American Journal of Diseases of Childhood*, 134: 296-298.

- Burnstein, S., M.M. Grumbach en S.L. Kaplan (1979). Early determination of androgen-responsiveness is important in the management of microphallus. *Lancet (II)*: 983-986.
- Carrera, M. (1981). *Sex, the facts, the acts and your feelings*. Mitchell Beaxley, London.
- Dickinson, R.L. (1971). *Human sex anatomy*. Krieger, Huntington.
- Harada, N. en A. Sawada (1972). Surgical treatment for microphallus. *Journal of Urology*, 108: 594.
- Hinman, F. (1971). Surgical management of microphallus. *Journal of Urology*, 105: 901-904.
- Hinman, F. (1972). Microphallus: Characteristics and choice of treatment from a study of 20 cases. *Journal of Urology*, 107: 499-505.
- Hinman, F. (1980). Microphallus: distinction between anomalous and endocrine types. *Journal of Urology*, 123: 412-415.
- Jonas, U. (1987). Silikon-Silber penisprothese. *Aktuelle Urologie*, 9: 179-183.
- Kaplan, H.S. (1983). *The evaluation of sexual disorders: psychological and medical aspects*. Brunner/Mazel, New York.
- Lee, P.A., T. Mazur, R. Danish, J. Amrhein, R.M. Blizzard, J. Money en C.J. Migeon (1980). Micropenis. I. Criteria, etiologies and classification. *Johns Hopkins Medical Journal*, 146: 156-163.
- Lief, H.L. (1975). *Medical aspects of human sexuality*. Williams en Wilkins, Baltimore.
- Money, J. (1975). Ablatio penis: normal male infant sex reassigned as a girl. *Archives of Sexual Behavior*, 4: 65-71.
- Money, J. (1981). The development of sexuality and eroticism in humankind. *Quarterly Review of Biology*, 56: 379-404.
- Money, J. en J. Dalery (1977). Hyperadrenocortical 46, XX hermaphroditism with penile urethra. Psychological studies in seven cases, three reared as boys, four as girls. In: P.A. Lee, L.P. Plotnick, A.A. Kowarski en C.L. Migeon (eds). *Congenital adrenal hyperplasia*. University Park Press, Baltimore.
- Money, J. en A.A. Ehrhardt (1972). *Man and Woman, boy and girl*. Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Money, J. en T. Mazur (1977). Microphallus: the successful use of a prosthetic phallus in a 9-year-old boy. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 3: 187-196.
- Money, J., G.K. Lehne en F. Pierre-Jerome (1984). Micropenis: adult follow-up and comparison of size against new norms. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 10: 105-116.
- Money, J., G.K. Lehne en F. Pierre-Jerome (1985). Micropenis: gender, erotosexual coping strategy, and behavioral health in nine pediatric cases followed to adulthood. *Comprehensive Psychiatry*, 26: 29-42.
- Schonfeld, W.H. en G.A. Beebe (1942). Normal growth and variation in the male genitalia from birth to maturity. *Journal of Urology*, 48: 759-777.
- Slijper, F.M.E., S.L.S. Drop, J.C. Molenaar en R.J. Scholtmeyer (1988). Pasgeborenen met gestoorde geslachtsontwikkeling die de vrouwelijke sekse toegewezen krijgen; advisering van de ouders. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 132: 1892-1896.
- Tanner, J.M. (1962). *Growth at adolescence*. Blackwell, Oxford.
- Tsur, H., R. Shafir, J. Schachar en A. Eshkol (1983). Microphallic hypospadias: testosterone therapy prior to surgical repair. *British Journal of Plastic Surgery*, 36: 398-400.
- Van de Kamp, J.J.P., A.P. van Seters, A.J. Moolenaar en H.H. van Gelderen (1984). Female pseudohermaphroditism due to an adrenal tumour in the mother. *European Journal of Pediatrics*, 142: 140-142.
- Walsh, P.C., J.D. Wilson, T.D. Allen, J.D. Madden, J.C. Porter, W.B. Neaves, J.E. Griffin en W.E. Goodwin (1978). Clinical and endocrinological evaluation of patients with congenital microphallus. *Journal of Urology*, 120: 90-95.

Witkins, M.H. en H.S. Kaplan (1982). Sex therapy and penectomy. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 8: 209-221.

Summary

A micropenis in adulthood, surgery or not?

This article concerns three adult patients with micropenis: two severely virilized genetic females raised as boys, suffering from congenital adrenocortical hyperplasia (CAH) and one male with anorchia. All three had a male genderidentity/-role. Penile intromission was possible for only one patient (CAH). Penis reconstruction was attempted in one patient (CAH) but failed. All three were able to establish a satisfying heterosexual relationship. This report also shows that therapeutic management of micropenis in adulthood can be successful without penile reconstructive surgery.

EENMALIGE AANBIEDING OUDE JAARGANGEN VAN HET TIJDSCHRIFT VOOR SEKSUOLOGIE

Een aantal jaargangen van het TvS is nog beschikbaar voor hen, die nog niet alle nummers in hun boekenkast hebben staan.

De jaargangen 1988 en 1987 zijn nog compleet leverbaar; van de jaargang 1986 zijn nog de nummers 3 en 4 beschikbaar.

Kosten f 25,- voor een complete jaargang (4 nummers). Losse nummers f 7,50.

BESTELLEN: door overmaking van f 7,50 of f 25,- of een veelvoud hiervan op postgiro 3791024 t.n.v. Tijdschrift voor Seksuologie te Rosmalen onder vermelding van het gewenste nummer of de gewenste jaargang.

HAAST U, WANT OP = OP.