

ALS HET NAUW LUISTERT. FABELS EN FEITEN OVER FIMOSIS^o

Debora J. Duyvis¹, Max C. Rientsma² en Ruud Beunderman³

Problemen met betrekking tot de voorhuid kunnen een rol spelen bij het optreden van psychoseksuele (in het bijzonder erectiestoornissen) en andere psychologische problemen. In de literatuur en in de praktijk heerst echter veel verwarring over de term "fimosis", die zowel in het geval van een "echte", "pathologische" fimosis wordt gebruikt, als in het geval van een niet-pathologische, "fysiologische" vernauwing van de voorhuid. Evenals Drenth (1991a) zijn wij van mening dat het aanbeveling verdient voor dit laatste de term "nauwe voorhuid" te gebruiken; de term "fimosis" blijft gereserveerd voor de pathologische vorm. Een effectieve behandeling moet gebaseerd zijn op een goede differentiaaldiagnose. Daarmee kan onder meer worden voorkomen dat onnodige circumcisie plaatsvindt.

De aanmeldingsklachten van patiënten op een polikliniek seksuologie lijken vaak in eerste instantie tamelijk eenduidig: impotentie, vaginisme etc. Dóórvragen is echter van groot belang. Want zoals bekend gaat er gewoonlijk een cocktail van psychische en somatische problemen achter schuil.

Daartoe behoren ook problemen die betrekking hebben op de voorhuid, waarvoor wij in dit artikel aandacht vragen. Drenth (1991a) wees er reeds op, dat bij deze problemen niet alleen somatische, maar ook psychische factoren een rol kunnen spelen.

De praktijk leert dat bij problemen met de voorhuid door de patiënt dikwijls een scala aan adaptatiemechanismen in werking wordt gezet. Bovendien blijken patiënten er niet uit zichzelf mee te komen, terwijl ook de therapeut soms terughoudend is. Niet slechts doorvragen in het algemeen, maar zeer gedetailleerd en precies doorvragen blijft geboden.

In dit artikel geven wij twee voorbeelden van patiënten die zich aanmelden met erectieproblemen. Voor psychotherapeuten is de verleiding groot dan vooral te focussen op psychologische factoren. Daarbij kunnen bijvoorbeeld problemen met het terugtrekken van de voorhuid over het hoofd worden gezien, terwijl die juist een cruciale rol blijken te spelen.

Aan de andere kant, als daar wel aandacht voor is, dreigt een nieuw gevaar. Voor problemen met de voorhuid wordt immers al snel de term "fimosis" gebruikt. Als behandeling wordt vaak al even snel gedacht aan het operatief verwijderen van de voorhuid, terwijl dat lang niet altijd geïndiceerd is.

Voor een goede diagnose en behandeling is het noodzakelijk terdege op de hoogte te zijn van zowel de normale ontwikkeling van de voorhuid alsook van de verschillende problemen

¹ Drs. D.J. Duyvis, klinisch psychologe. Afdeling Seksuologie en Psychosomatische Gynaecologie, Vakgroep Gynaecologie en Verloskunde, Academisch Medisch Centrum, Meibergdreeg 9, 1105 AZ Amsterdam ZO.

² Drs. M.C. Rientsma, psychotherapeut. Afdeling Psychotherapie, Riagg Gooi en Vechtstreek, Hilversum.

³ Dr. R. Beunderman, klinisch psycholoog. Afdeling Medische Psychologie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam en Riagg Amsterdam Centrum/Oud-West, Amsterdam.

^o Geaccepteerd voor publicatie 29 maart 1996.

die er met betrekking tot de voorhuid kunnen bestaan. Alleen op grond van differentiaal-diagnostische criteria kan een effectieve behandeling worden ingesteld. Helaas blijkt het zelfs in de medische literatuur daaraan nog wel eens te ontbreken.

De ontwikkeling van de voorhuid

De voorhuid is wel vergeleken met "een rozenknop die gesloten blijft tot het tijd is om te gaan bloeien" (Tan, 1985). Bij de geboorte kan de voorhuid meestal nog niet worden teruggetrokken. De opening is meestal klein en de voorhuid zit nog vast. Gairdner wijst er op dat de term "verkleving", die vaak hiervoor wordt gebruikt, niet correct is. Waar het in feite om gaat, is dat bij de prenatale ontwikkeling van het geslachtsorgaan, de scheiding van de voorhuid nog niet voltooid is. Die ontwikkeling zet zich na de geboorte voort. Slechts bij 4% van de pasgeborenen kan de voorhuid geheel teruggetrokken worden (Gairdner, 1949; Task Force on Circumcision, 1989). Bij 54% kan de voorhuid zover worden teruggetrokken dat de meatus externa (uitgang van de plasbuis) zichtbaar wordt, maar bij 42% is zelfs dat niet mogelijk (Gairdner, 1949). Na 6 maanden kan bij 15% de voorhuid worden teruggetrokken, op éénjarige leeftijd bij 50% (Task Force on Circumcision, 1989). Volgens Øster (1968) kan weliswaar bij 90% van de jongetjes van 5 jaar de voorhuid worden teruggetrokken, maar het komt pas op 10-jarige leeftijd tot volledige terugtrekbaarheid. Slechts 3% van de 16 jarigen zou de voorhuid nog niet geheel kunnen terugtrekken. Volgens Øster valt bovendien te verwachten dat niet lang daarna er vanzelf verbetering optreedt, zodat op 17-jarige leeftijd het percentage verder is teruggelopen tot 1%. Wafelbakker (1976) pleit dan ook voor een expectatiever beleid ten aanzien van verklevingen van de voorhuid, en voor sterkere aandacht voor genitale hygiëne. Drenth (1991a) veronderstelt dat de terugtrekbaarheid van de voorhuid mede een gevolg is van experimenteren en masturberen.

Nauwe voorhuid: definities

Indien er sprake is van een voorhuid die niet- of slechts gedeeltelijk terugtrekbaar is, terwijl dit, de leeftijd in aanmerking genomen, wel zou moeten kunnen, wordt vaak de term "fimosis" gebruikt. Er dient echter gewaakt te worden voor een ongedifferentieerd en onzorgvuldig gebruik van de term "fimosis". Uit een onderzoek van Griffiths en Frank (1992) bleek dat er bij slechts 25% van 130 jongens (in leeftijd variërend van 4 maanden tot 13 jaar) die in de loop van een jaar door de huisarts verwezen werden voor circumcisie, sprake was van een "echte fimosis". Huisartsen blijken niet alleen moeite te hebben met het stellen van een diagnose. In 15% van de gevallen werd in het geheel geen lichamelijk onderzoek uitgevoerd en vond de verwijzing plaats uitsluitend op grond van het verhaal dat gepresenteerd werd. Ook Rickwood en Walker (1989) komen tot de conclusie dat er sprake is van een "over"-diagnose van fimosis en als gevolg daarvan een groot aantal onnodige circumcisies.

Verschillende auteurs benadrukken dat er een verschil dient te worden gemaakt tussen "fysiologische fimosis" en "echte, pathologische fimosis" (Rickwood e.a. 1980; Rickwood en Walker, 1989; Tan, 1985). Het is de verdienste van Drenth (1991a) dat hij voor de eerste groep klachten de term *tight foreskin*, "nauwe voorhuid" heeft geïntroduceerd. Dat is vooral van belang omdat de behandeling van deze klacht - in tegenstelling tot die van de echte,

pathologische fimosis - slechts bij uitzondering een operatieve ingreep inhoudt. In het onderhavige artikel wordt dan ook met de term fimosis alleen de "echte, pathologische fimosis" aangeduid.

Waarin onderscheidt zich de "nauwe voorhuid" van "fimosis"? Bij een *nauwe voorhuid* kan de voorhuid niet worden teruggetrokken over de eikel - meestal wel in slappe toestand, maar niet bij een erectie. Slechts zelden is er dan ook sprake van dat de voorhuid nog aan de eikel vastzit. Bij onderzoek blijkt de opening, hoewel misschien wat nauw, soepel en zonder littekens. Met dit laatste is meteen het verschil aangegeven met fimosis. Het belangrijkste kenmerk van fimosis is dat het uiteinde van de voorhuid verlittekent en verhardt:

"True Phimosis is caused by a thick white fibrous ring around the prepuce, which makes retraction impossible...In this condition the skin becomes pale gray, thin and parchment like, and the foreskin loses its suppleness." (Tan, 1985).

Drenth (1991a) vat het verschil samen als enerzijds: "a foreskin that is tight but elastic" en anderzijds "a foreskin that is tight and rigid".

Fimosis kan worden gezien als het eindstadium na een lange periode van bacteriële ontsteking van de voorhuid. Bindweefselvorming en verschrompeling zijn daarvan het gevolg. (Gairdner, 1949; Oster, 1968; Rickwood e.a., 1980; Tan, 1985; Task Force on Circumcision, 1989; Drenth, 1991a; Clemmensen, Krogh en Petri, 1988).

Ook een huidziekte als LSA (lichen sclerosus et atrophicus), waarvan de etiologie onbekend is, wordt wel als oorzaak van fimosis genoemd (Ledwig en Weigand, 1989; Flentje, Benz en Daum, 1987).

Tan (1985) noemt als mogelijkheid ook iatrogene fimosis, ten gevolge van een incorrect uitgevoerde ingreep of het verwijderen van te weinig voorhuid bij circumcisie. Slechte hygiënische omstandigheden bij de circumcisie kunnen eveneens leiden tot ontsteking en vervolgens constrictie en fimosis (De Jong 1971). Lang (1986) maakt melding van een iatrogene fimosis als gevolg van het geforceerd uitrekken van de voorhuid. Ook "gezonde activiteiten" kunnen minder goed uitpakken. Myhre, Goode en Miller (1989) maken melding van een patiënt met een fimosis als gevolg van fibrose na bevriezing van de voorhuid tijdens het joggen.

Is er bij fimosis sprake van somatische pathologie, bij de nauwe voorhuid zou er volgens Drenth (1991a) sprake zijn van een psychosomatisch fenomeen. Hierboven is al vermeld hoe de normale ontwikkeling van de voorhuid verloopt. Volgens Drenth (1991a) wordt vervolgens door experimenteren en masturbatie bereikt dat de voorhuid makkelijk teruggetrokken kan worden. Is dit bij een volwassen man niet het geval, dan is dat vaak een teken van (seksuele) geremdheid. Door schuldgevoelens met betrekking tot masturbatie, of door angst de penis te beschadigen, heeft er weinig genitale manipulatie plaatsgevonden, met als gevolg een nauwe voorhuid.

In samenhang met de nauwe voorhuid kan gezien worden het probleem van "over"-gevoeligheid of (angst voor) pijn bij aanraking van de ontblote eikel (Drenth 1991a). Wat daarbij oorzaak is en wat gevolg, is een "kip of ei"-vraag. Daarnaast merkt Drenth op dat het ontbreken van duidelijke hygiënische instructie een factor is die kan bijdragen tot het vermijden van aanraking van de ontblote eikel.

Behalve een nauwe voorhuid kan ook een (te) kort frenulum problemen geven bij het terugschuiven van de voorhuid tijdens de erectie.

Voor de volledigheid vermelden wij nog een ander probleem met de voorhuid, namelijk parafimosis (de zogenaamde "Spaanse kraag"). Daarbij is de voorhuid wel over de eikel

teruggetrokken, maar kan vervolgens niet meer teruggeschoven worden over de inmiddels opgezwollen eikel.

De behandeling van problemen met de voorhuid

Onder het motto "voorkomen is beter dan genezen" wordt wel circumcisie bij pasgeborenen aangeprezen. Met name in de Verenigde Staten is deze praktijk sinds de tweede helft van de 19e eeuw zeer wijd verbreid. Het voert te ver om hier alle pro's en contra's uit de wetenschappelijke discussie over circumcisie te bespreken.¹⁾ De indruk bestaat echter dat medische redenen (waaronder preventie van penis- en cervixcarcinoom) vaak als rationalisaties achteraf zijn gebruikt, ter rechtvaardiging van medisch ingrijpen dat in eerste aanleg was gericht op bestrijding van masturbatie. (Money en Davison, 1983). In de Franse wetenschappelijke literatuur ligt het accent in de discussie overigens niet op circumcisie, maar op de in Frankrijk gangbare praktijk de voorhuid op heel jonge leeftijd geforceerd terug te trekken. Branger e.a. (1991) spreken in dit verband van een "acharnement préputial en France".

Bij de bestudering van de literatuur over behandeling van problemen met de voorhuid, valt op dat in een aantal gevallen behandelingen worden voorgesteld voor fimosis, waar er bedoeld wordt een nauwe of nog niet geheel van de eikel losse voorhuid. Hier speelt de bovengenoemde onzorgvuldigheid in de terminologie een rol.

Wanneer er sprake is van een fimosis, is een operatieve ingreep noodzakelijk; hetzij een circumcisie, hetzij een meer sparende operatie (bijvoorbeeld dorsale klieving). Wanneer het gaat om een te kort frenulum is een frenulectomie te overwegen. Anders ligt het bij de voorhuid die nog niet geheel los is van de eikel. MacKinlay (1988) ontwikkelde voor deze gevallen een behandeling met een lidocaine-prilocainecrème (Emla). Lang (1986) beveelt een behandeling aan waarbij gebruik gemaakt wordt van een combinatie van injecties met humaan choriongonadotrofine (HCG) en het lokaal aanbrengen van corticosteroïde in de vorm van lotion en zalf. De behandeling heeft tot gevolg dat de eikel gaat opzwellen, waardoor de voorhuid mee oprekt. Wanneer er sprake is van een nauwe voorhuid, beschrijft Drenth (1991b) - in navolging van Levie (1971) - behandelingen door de patiënt zelf met behulp van zogenaamde rekoefeningen. De patiënt doet in feite, in een later stadium, wat de meeste jongens al experimenterend reeds hebben gedaan.

Voor de behandeling is een goede differentiaaldiagnose een voorwaarde. Het schijnt dat er nog te vaak tot operatie wordt overgegaan waar een dergelijke ingreep niet nodig zou zijn geweest. Zoals Koning en Streefkerk (1995) opmerken, mag circumcisie niet zonder meer worden beschouwd als een veilige en pijnloze ingreep. Bovendien zijn wij - met Drenth (1991b) - van mening dat het voor die volwassen mannen, bij wie de nauwe voorhuid een psychosomatische oorsprong heeft, van belang is dat ze eerst vertrouwd raken met hun eigen genitaal. Het lijkt zinvol eerst de remmingen te bespreken en te behandelen. Ook is het aan te bevelen hen via oefeningen te leren de voorhuid op te rekken. Op die manier kunnen ze eerst proberen zelf de "achterstand in ontwikkeling" in te halen, alvorens al dan niet te besluiten tot operatie.

¹⁾ De religieuze motieven voor circumcisie laten we hier buiten beschouwing.

De nauwe voorhuid en seksuele problemen

Problemen met de voorhuid hebben veelal te maken met het niet of moeilijk kunnen terugtrekken ervan, zodat de eikel niet kan worden ontbloot. Bij masturbatie blijkt men er sterk op te letten dat de voorhuid niet te veel over de eikel wordt teruggeschoven; de voorhuid blijft de eikel geheel bedekken. Dit kan een probleem vormen, niet alleen om hygiënische redenen, maar ook - zeker als het gepaard gaat met pijn - kan dit een belemmering zijn voor seksueel genot. Soms zal het wel mogelijk zijn de voorhuid terug te trekken als de penis in slappe toestand is, maar niet in erectie. Bij het onderzoek zal nauwkeurig naar al dergelijke factoren gevraagd dienen te worden. De rekking van de voorhuid - in het geval deze niet of slechts gedeeltelijk terugtrekbaar is - die optreedt bij een erectie en in het bijzonder bij de coïtus, kan tot pijnklachten leiden, maar dat hoeft niet altijd het geval te zijn. Ook hier geldt dat er goed en concreet moet worden nagevraagd om een duidelijk beeld te krijgen over het al dan niet terugschuiven van de eikel bij het wassen en masturberen.

Over erectieproblemen (pijn of impotentie) in samenhang met voorhuidsproblemen lezen we opvallend weinig. Masters en Johnson (1990) noemen de mogelijkheid van locale pijn bij een erectie als gevolg van constrictie en adviseren in dergelijke gevallen circumcisie. Ook Moors (1988) vermeldt de mogelijkheid van pijn bij erectie en als gevolg daarvan erectie- en ejaculatieproblemen.

Hiervoor is al het geval genoemd van de patiënt met "joggers-fimosis" (Myhre, Goode en Miller 1989). Deze meldde zich oorspronkelijk aan in verband met pijn bij erectie.

Opmerkelijk is de vermelding door Alexander (1993) van een casus van een 56-jarige man met sinds 11 jaar bestaande erectieproblemen. Bij de toepassing van een vacuumpomp trad al spoedig een behoorlijke erectie op. De voorhuid trok echter niet terug en nauwelijks had de patiënt enig ongerief gemeld, of "the device became splattered with blood. On removal of the device it became apparent he had split a phimosis of which he had previously been unaware".

Gesteld kan worden dat niet in alle gevallen fimosis of een nauwe voorhuid leiden tot pijn- of erectieklachten. Het ligt echter voor de hand dat, waar dit wel het geval is, dit kan leiden tot vermijdingsgedrag: "voorzichtig" masturberen (met als gevolg dat de voorhuid nauw blijft), ejaculatio praecox, vermijden van coïtus en erectieverlies of zelfs een algehele erectiestoornis. In sommige gevallen kan alleen al de angst voor pijn of voor beschadiging tot dit vermijdingsgedrag leiden. In onze praktijk valt vooral een categorie wat oudere patiënten op. Men meldt zich aan wegens erectieproblemen naar aanleiding van een crisis in het gezin of in de relatie met de partner. Bij nadere beschouwing blijkt dan soms dat de mannen in kwestie al sinds jaar en dag een "voorzichtig" seksueel leven hebben geleid ten gevolge van een te nauwe voorhuid. Schaamte heeft hen er van weerhouden deze pijnklachten bij hun (huis)arts te melden. Ook in de seksuologische praktijk kost het vaak moeite dit aspect boven tafel te krijgen. De problematiek van de nauwe voorhuid kan in zulke gevallen echter een belangrijke factor in het ontstaan van de uiteindelijke erectiestoornis zijn; de "zwakste schakel" begeeft het als eerste wanneer er gezins- of relatieproblemen optreden.

Omdat er vaak sprake is van een combinatie van vermijdingsgedragingen en andere psychologische problematiek, en omdat de patiënten vaak niet uit zichzelf problemen met betrekking tot de voorhuid als zodanig benoemen, kunnen deze al gauw over het hoofd gezien worden.

De twee hierna volgende casus zijn een illustratie hoe problemen met betrekking tot de

voorhuid een belangrijke factor vormen in het ontstaan en onderhouden van andere seksuele problemen. Tevens mag er uit blijken hoe belangrijk het is dat bij het afnemen van de seksuele anamnese op dit punt gedetailleerd wordt nagevraagd.

Casus A. Een 47-jarige man en 47-jarige vrouw worden door de huisarts verwezen in verband met erectiestoornissen. De klachten zouden sinds drie jaar bestaan. Zowel meneer als mevrouw verklaren dat er daarvoor nooit problemen waren op dit gebied. Zelf brengen ze het in verband met een TUR (transurethrale retrograde prostaatetectomie) die meneer heeft ondergaan vanwege een benigne prostaathypertrofie. Bij doorvragen blijkt dat er weliswaar de afgelopen jaren een verslechtering van de seksuele relatie en een toename van de erectiestoornissen plaatsvond, maar dat er wel degelijk erecties tot stand zijn gekomen na de operatie.

Meneer blijkt er rond het tijdstip van de operatie van overtuigd te zijn geweest dat hij kanker had. Dit riep veel angst bij hem op. Ook uit andere gegevens blijkt dat hij neiging tot hypochondrie heeft. Er is nog een scala van andere klachten en problemen. Er is sprake van meer algemene relatieproblematiek, in het bijzonder een gemis aan aandacht en intimiteit van zijn kant. Deze problematiek is voor mevrouw zo acuut, dat zij een echtscheiding overweegt. Zij lijdt aan fibromyalgie en voelt zich (overigens niet alleen op dit punt) door iedereen onbegrepen. Bovendien gaan juist in deze periode de kinderen het huis uit.

Een gedetailleerde seksuele anamnese levert op dat hun seksleven ook vóór de operatie niet zo probleemloos was als zij het aanvankelijk voorstellen. Er was altijd al sprake van (angst voor) ejaculatio praecox, waardoor de seksualiteit altijd een onzekere zaak is geweest voor meneer. Bovendien was er sprake van pijn tijdens de coïtus, die bleek samen te hangen met een te nauwe voorhuid. Bij pijn onderbrak hij de coïtus om de voorhuid weer naar voren te schuiven, of hij nam even een "time out". "Maar", vertelt meneer, "je kon je nooit vrijuit laten gaan. En altijd was er die spanning: laat het niet te vroeg komen."

Ongetwijfeld verdient de psychologische en psychosociale problematiek aandacht, maar de invloed die de nauwe voorhuid heeft gehad bij het ontstaan en in stand houden van deze problemen blijkt niet gering. Schaamte belette hem met deze klacht eerder naar de huisarts te gaan. De therapeut kiest er dan ook voor, eerst te proberen in een aantal relatiegesprekken zover te komen dat duidelijk wordt wat de partners willen met hun relatie. Nadat mevrouw haar woede en teleurstelling heeft kunnen ventileren, kiest zij voor het voortzetten van de relatie. Vervolgens wordt prioriteit gegeven aan het probleem van de nauwe voorhuid. De mogelijkheden van behandeling worden besproken. Als de huisarts via de patiënt verneemt dat er sprake is van een nauwe voorhuid, stuurt hij de patiënt door voor een circumcisie - zonder dat de behandelaar nog met hem of de patiënt heeft kunnen overleggen over verschillende behandelingsmogelijkheden. De patiënt blijkt nu niet meer te motiveren voor een andere behandeling dan circumcisie. Besloten wordt om meneer, voorafgaand aan deze ingreep, enige oefeningen op te geven om de eikel wat minder gevoelig te maken (Drenth 1991b).

Casus B. Een 52-jarige vrouw en een 55-jarige man melden zich aan op verwijzing van de huisarts. De aanmeldingsklacht is dat er al sinds vier jaar geen seksueel contact heeft plaatsgevonden. Sinds mevrouw moest stoppen met de pil, is seks naar hun idee "onmogelijk" geworden, omdat het aanbrengen van condoms niet lukt "vanwege een altijd al bestaande ejaculatio praecox". Sindsdien sluit meneer zich voor zijn vrouw emotioneel af, omdat hij

bang is haar teleur te stellen. Zij zou wel graag nog iets van intimiteit willen hebben, al is seksueel contact onmogelijk geworden. Maar meneer wil daar niet aan beginnen, omdat hij niet kan slapen als hij opgewonden is geraakt. Een andere wijze van seksuele bevrediging dan de coïtus, zoals masturberen, is voor hem tot nu toe ondenkbaar. Op het moment van de aanmelding is er ook op andere gebieden sprake van een forse relatieproblematiek met een onderhuidse machtstrijd.

Het is duidelijk dat eerst iets aan de relatieproblematiek moet worden gedaan, voordat er sprake kan zijn van seksuele experimenten. Als het zover is, wordt begonnen met masturbatie-oefeningen. Bij het bespreken van de resultaten van de oefeningen blijkt dat de erectie afneemt naarmate de opwinding toeneemt. Bij doorvragen wordt vervolgens duidelijk dat meneer bij het masturberen er nauwgezet op let dat de voorhuid niet teruggeschoven wordt. Hij vertelt dat dat bij een erectie veel pijn doet. Dit is nooit eerder ter sprake gebracht. Meneer praat niet zo makkelijk over seksualiteit, en bovendien dacht hij dat het niet van belang was. In dit licht kan de ejaculatio praecox als angst voor pijn (en daarmee als een vermijdingsrespons) gezien worden.

De therapeut richt zich nu op de behandeling van de nauwe voorhuid. Meneer krijgt als huiswerk de rekoefeningen mee zoals beschreven door Drenth (1991b). Het lukt nu de voorhuid bij erectie een klein stukje terug te trekken. Na verloop van tijd blijkt echter dat het toch niet verder komt, ondanks de inzet van alle betrokkenen. De mogelijkheid van een circumcisie wordt besproken. Meneer kiest daarvoor. Eerst krijgt hij nog oefeningen om de eikel in slappe toestand minder gevoelig te maken en aan de buitenlucht en aanraking te laten wennen. Na de circumcisie is er geen sprake meer van afname van de erectie bij toename van de opwinding. De ejaculatie blijft nu langer uit, eventueel wordt de coïtus onderbroken, of mevrouw komt later door masturbatie tot bevrediging. Er is sprake van een enorme toename van intimiteit. De echtelieden hebben een tweepersoonsbed gekocht en ze liggen nu, al dan niet vrijend, iedere avond dicht tegen elkaar aan. Ze melden dat ze "nu echt van de seks genieten", ieder even vaak het initiatief nemen en er ook veel beter over praten.

Concluderende opmerkingen

Behandelingsaspecten

Uit de hierboven beschreven casus wordt duidelijk, dat de aanmeldingsklacht "erectiestoornis" vaak gepaard gaat met een scala van andere klachten en problemen. Vragen over een mogelijke somatische oorzaak beperken zich vaak tot vragen of er sprake is van een totale of een partiële erectiestoornis, vragen over het optreden van ochtenderecties, vragen over eventuele ziekten die kunnen leiden tot erectiestoornissen e.d. Zeker wanneer de cliënten als probleem melden dat er verlies van de erectie optreedt bij de coïtus kan een psychotherapeut makkelijk verleid worden deze klacht te beoordelen als een gevolg van andere psychologische, relationele of psychosociale problemen, en daar de behandeling op instellen.

Goed doorvragen is echter gewenst, in het bijzonder naar de toestand van de voorhuid, naar hygiënische gewoonten en masturbatiegewoonten. Te meer omdat patiënten daar uit zichzelf niet snel mee blijken te komen. Een nauwe voorhuid blijkt nog steeds een bron van schaamte. Als het vermoeden bestaat dat hier een probleem ligt, is een medisch onderzoek op dat punt gewenst. Het kan zijn dat de erectiestoornis niet het directe gevolg is van een

gebrek aan opwinding, een intimiteitsprobleem of iets dergelijks, maar in de eerste plaats van angst voor pijn als gevolg van de nauwe voorhuid of een fimosis. Dit lijkt ook het geval te zijn in de hiervoor beschreven casus. Daarmee is niet gezegd dat die andere problemen er niet zijn, maar de behandeling zal zich mede op het probleem van de voorhuid dienen te richten. Daarnaast kan beoordeeld worden welke andere doelen in een psychotherapie gewenst en haalbaar zijn. Volgens Drenth (1991a) kan bijvoorbeeld het probleem van de nauwe voorhuid een gevolg zijn van seksuele inhibitie; vergelijk ook onze casus B. De patiënt zou als jongen genitale manipulatie hebben vermeden, omdat die activiteit gekoppeld was aan schuldgevoelens of angst het geslachtorgaan te beschadigen. Ook het omgekeerde is echter denkbaar, namelijk dat veel psychologische problemen ontstaan als gevolg van een nauwe voorhuid of van slechte voorlichting. Hetzelfde hebben wij hierboven ook al gesuggereerd met betrekking tot angst voor pijn aan de eikel bij het ontbloten van de voorhuid.

Preventieve aspecten

Drenth (1991a) heeft al duidelijk aangetoond dat niet iedere nauwe voorhuid behandeld hoeft te worden met een operatieve ingreep. Ook in onze casus A was het nog de vraag of een circumcisie noodzakelijk was. Vòòr alles lijkt het daarom van belang dat het begrip "fimosis" met zorgvuldigheid wordt gehanteerd en dat er bij de diagnose een goed onderscheid wordt gemaakt met de niet-pathologische "nauwe voorhuid". Bij de bespreking van de literatuur wezen wij er al op dat, volgens onderzoek, ook bij huisartsen hierover nogal eens onduidelijkheid bestaat. Daardoor worden nog te vaak patiënten verwezen voor circumcisie met de diagnose fimosis, waar slechts sprake is van een nauwe voorhuid. Huisartsen en schoolartsen dienen niet alleen af te gaan op wat de patiënt (of een van zijn ouders) vertelt, maar ook zelf onderzoek te verrichten.

Naar onze mening zou ook bij de seksuele voorlichting meer aandacht moeten worden besteed aan aspecten die de ontwikkeling van de voorhuid betreffen. Daarvan kan een preventieve werking uitgaan.

Uit het bovenstaande volgt tevens dat goede informatie aan patiënten van belang is. Ook daarom geldt dat hulpverleners goed op de hoogte dienen te zijn. Als er geen sprake is van een fimosis verdienen rekoefeningen voor de patiënt in eerste instantie de voorkeur. Het voordeel van rekoefeningen is niet alleen dat de patiënt zelf thuis zijn angst voor pijn en beschadiging kan leren overwinnen. Tijdens de therapie sessies die parallel daaraan plaatsvinden, kan tevens informatie worden gegeven en kan worden ingegaan op gerelateerde psychologische problematiek, zoals angst en schuld met betrekking tot seksualiteit. Uit de door ons besproken casus blijkt echter dat het niet altijd mogelijk is patiënten te motiveren aan deze oefeningen te beginnen of ze goed uit te voeren. Daarvoor kunnen verschillende redenen zijn, waarvan de belangrijkste wel die van angst voor pijn is. In dat geval kan met de patiënt worden besproken of een circumcisie gewenst is. Ook dit kan overigens veel angst oproepen. Soms kan de motivatie van de patiënt en zijn partner een kinderwens zijn, en niet seksueel genot. In dat geval kunnen er ook alternatieven, zoals kunstmatige inseminatie, worden besproken.

Het laatste woord is tenslotte aan de patiënt, die zelf een afweging moet kunnen maken tussen het ondergaan van een medische ingreep enerzijds, en een beperkt seksleven anderzijds.

De auteurs danken Mevrouw M. Ramakers, arts afdeling seksuologie en psychosomatische gynaecologie AMC, voor commentaar op een eerdere versie. J. Drenth, arts, zijn wij erkentelijk voor het beschikbaar stellen van informatie waarvan we bij de voorbereiding van dit artikel gebruik hebben gemaakt.

Summary

Phimosis: fables and facts

Difficulties concerning the foreskin may come into play when psychosexual problems (in particular erectile dysfunctions) or other psychological problems occur. In the literature as well as in clinical practice, confusion exists regarding the term "phimosis". It is used for both "real", "pathological" phimosis, and non-pathological, "physiological" tight foreskin. The authors recommend, in accordance with Drenth (1991a) that the term "tight foreskin" is used for the non-pathological cases, while reserving the term "phimosis" for the pathological ones. Effective treatment should be based on an adequate differential diagnosis to prevent unnecessary circumcision.

Literatuur

- Alexander W.D. (1993). Phimosis and treatment for erectile failure. Letter to the editor. *Diabet. Med.*, 10: 782.
- Branger B., A. Sable, G. Picherot, I. Freour, J. Merot, S. Moison, A. Peron, V. Stocco, E. Delahaye en M. Manya. Examen du prépuce chez 511 enfants en maternelle. Rôle de manoeuvres de décollage. *Ann. Pédiatr.*, 38: 618-622.
- Clemmensen O.J., J. Krogh en M. Petri (1988). The histologic spectrum of prepuces from patients with phimosis. *Am. J. Dermatopathology*, 10: 104-108.
- Drenth J. (1991a). The tight foreskin: a psychosomatic phenomenon. *Sex. Mar. Ther.*, 6: 297-306.
- Drenth J. (1991b). Letter to the editor. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.*, 12: 87-89.
- Flentje D., G. Benz en R. Daum (1987). Lichen sclerosus et atrophicus als Ursache der erworbenen Phimose-Zirkumzision als Präventivmassnahme gegen das Peniskarzinom? *Z. Kinderchir.*, 42: 308-311.
- Gairdner D. (1949). The fate of the foreskin. A study on circumcision. *Br. Med. J.*, 2: 1433-1437.
- Griffiths D. en J.D. Frank (1992). Inappropriate circumcision referrals by GPs. *J. Royal Soc. Med.*, 85: 324-325.
- Jong W de (1971). Besnijdenis als oorzakelijke factor van peniskanker. *Ned. T. v. Geneesk.* 115: 1709-1710.
- Koning M. en J.G. Streefkerk (1995). Kleine kwalen in de huisartsengeneeskunde; smegma en fysiologische fimose. *Ned. Tijdschr. v. Geneesk.*, 139: 1632 - 1634.
- Lang K. (1986). Eine konservative Therapie der Phimose. *Monatschr. Kinderheilk.*, 134: 824-825.
- Ledwig P.A. en D.A. Weigand (1989). Late circumcision and lichen sclerosus et atrophicus of the penis. *J. Am. Ac. Dermatol.*, 20: 211-214.
- Levie, L.H. (1954). Phimosis. *Ned. Tijdschr. v. Geneesk.*, 98: 284.
- Levie, L.H. (1971). *Sexiatrie*. Stafleu, Leiden.
- Mac Kinlay G.A. (1988). Save the prepuce. Painless separation of preputial adhesions in the outpatient clinic. *Br. Med. J.*, 41: 297-298.
- Masters W.H. en V.E. Johnson (1970). *Sexuele stoornissen bij man en vrouw. Fysische en psychologische methodes voor het behandelen van stoornissen in het sexuele leven van man en vrouw*. Paris/Manteau, Amsterdam/Brussel.
- Money J. en J. Davison (1983). Adult penile circumcision: erotosexual and cosmetic sequelae. *J. Sex. Res.*, 19: 289-292.
- Moors-Mommers M.C.T., (1988). Aangeboren afwijkingen van de geslachtsorganen. In: W. Bezemer, J. Frenken e.a. (Red). *Handboek voor sexuele hulpverlening*. Van Loghum Slaterus, Deventer/Antwerpen.
- Myhre U., P.N. Goode en A. Miller (1989). Jogger's phimosis. *Br. J. Urol.*, 63: 549.
- Øster J. (1968). Further fate of the foreskin. *Arch. Dis. Childh.*, 43: 200-203.
- Rickwood A.M.K., V.Hemalatha, G. Batcup en L. Spitz (1980). Phimosis in boys. *Br. J. Urology*, 52: 147-150.
- Rickwood A.M.K. en J. Walker (1989). Is phimosis overdiagnosed in boys and are too many circumcisions performed in consequence? *Ann. Royal Coll. Surg. Eng.*, 71: 275-277.
- Tan H.L. (1985). Foreskin fallacies and phimosis. *Ann. Ac. Med.*, 14: 626-630.
- Task Force on Circumcision. (1989). Report of the Task Force on Circumcision. *Pediatrics*, 84: 388-391.
- Wafelbakker F (1976). De voorhuid in de adolescentie. *T. Soc. Geneesk.* 54: 885-888.