

PENISVERLENGING: AAN DE MAAT OF ONDER DE MAAT?

M.F. van Driel¹, W.C.M. Weijmar Schultz², H.B.M. van de Wiel³ en H.J.A. Mensink⁴

In de seksuologische praktijk zien we met enige regelmaat mannen die problemen ervaren met betrekking tot de lengte, omvang of vorm van hun penis. Bij nader onderzoek blijkt er dan meestal niets bijzonders aan de hand te zijn. Sommige van deze mannen presenteren de klacht over een al dan niet vermeend, klein geschapen penis, omdat zij angst hierover ervaren in homosociale situaties (kleedkamer) of denken seksueel onaantrekkelijk te zijn vanwege een, al dan niet vermeend, kleine penis en daarmee hun partner te weinig opwinding of bevrediging te kunnen verschaffen. Vrouwen klagen overigens zelden over het feit dat hun partner een te korte of te weinig omvangrijke penis zou hebben. Aan de hand van twee patiënten willen wij de lezer duidelijk maken dat bij klachten over de lengte van de penis meestal sprake is van een complex probleem, waarbij een enkele keer een operatie kan bijdragen aan een gedeeltelijke oplossing.

Literatuuroverzicht

De Duitse medicus Loeb publiceerde in 1899 de resultaten van onderzoek bij vijftig mannen van achttien tot drieënvijftig jaar. De lengte van het zichtbare deel van de slappe penis liep uiteen van acht tot elf centimeter (gemiddeld 9.4) en de omtrek van acht tot ruim tien centimeter (Loeb, 1899). Uit het befaamde Kinsey-rapport bleek dat slechts bij vijf procent van de ondervraagde mannen de penis in erectie korter dan negen cm was en maar bij één procent meer dan twintig cm (Kinsey e.a., 1948). Uit recent Nederlands onderzoek, dat primair gericht was op problemen met betrekking tot het voortijdig afglijden van condooms, kwam naar voren dat de gemiddelde omtrek van de penis in volledige erectie ongeveer 121 millimeter is met een spreiding van 90 tot 161 millimeter (Bijlsma, 1994). Verder bleek dat bij een kwart van de Nederlandse proefpersonen de omtrek van de penis in erectie minder dan 110 mm is, bij driekwart minder dan 130 mm en bij negentig procent minder dan 141 mm. Onder andere als gevolg van de verschillende meetwijzen, lopen de in de literatuur opgegeven normaalwaarden nogal uiteen. Zeker is dat een kleine penis tijdens erectie gemiddeld meer in lengte en omvang toeneemt dan een grote (Stoekart e.a., 1995). Dit betreft zowel de relatieve als de absolute toename. Bij het beoordelen van de lengte dient ook de leeftijd in acht te worden

genomen. Omdat met het ouder worden het aantal elastische vezels in de tunica albuginea van het pars pendulans afneemt, wordt de penis meestal iets korter (Bondil e.a., 1992; de Goes e.a., 1992). Tot zover 'objectieve' meetgegevens, meer problematisch is de subjectieve beleving.

Volgens de Amerikaanse seksuoloog McCarthy vinden twee van de drie mannen hun penis te klein (McCarthy, 1975). De zorgen die zij zich maken over hun penislengte schrijft hij onder andere toe aan het feit dat men in een kleedkamer de ander meestal van voren ziet: ogenschijnlijk is de penis van de ander dan groter omdat een man zijn eigen penis slechts van boven af kan bekijken. Van boven af treedt er echter, wat beeldend kunstenaars noemen, 'perspectivische verkorting' op. De penis lijkt kleiner dan hij in werkelijkheid is. Een bijkomend probleem is dat mannen er in het algemeen niet van houden om openlijk over dit soort intieme zaken te praten. Er is weinig tot geen feedback over dit gevoelige onderwerp, waardoor er geen correctie van onjuiste ideeën en gedachten plaats vindt.

Wetenschappelijk onderzoek naar de subjectieve beleving van de grootte van de penis bij een groep vrijgezellen studenten in de leeftijdscategorie van 18 tot 28 jaar (n=112) liet zien dat ruim 22 % van hen dacht een penis te hebben met onder het gemiddelde gelegen afmetingen (Lee, 1996). Ruim 3 % meende dat hun penisgrootte ver onder het gemiddelde lag, bijna 69 % dacht een gemiddelde

¹ Dr. M.F. van Driel, uroloog/seksuoloog NVVS; ² Dr. W.C.M. Weijmar Schultz, gynaecoloog/seksuoloog NVVS; ³ Dr. H.B.M. van de Wiel, psycholoog/seksuoloog NVVS; ⁴ Prof.dr. H.J.A. Mensink, uroloog, allen werkzaam in het Academisch Ziekenhuis Groningen. Correspondentieadres: dr. M.F. van Driel, onderafdeling Urologie AZG, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen
Geaccepteerd voor publicatie 8 oktober 1997.

grootte te hebben en ruim 5 % meende bovengemiddeld. Tussen de verschillende groepen bleken geen significante verschillen te bestaan met betrekking tot coïtus (ooit gehad, frequentie in de maand voorafgaand aan het onderzoek of het totaal aantal seksuele partners), het gebruik van publieke toiletten en/of kleedkamers, het gegeven of men wel of niet ooit zijn vader's penis had aanschouwd, of men wel of niet broers had en evenmin voor wat betreft het ooit hebben moeten aanhoren van commentaar op de penisgrootte. Dat neemt niet weg dat een aantal mannen die hun penis benedengemiddeld vonden zich vooral aan het begin van hun pubertijd bijzonder kwetsende opmerkingen over hun penisgrootte had moeten laten welgevalen.

Kinsey en medewerkers stelden reeds vast dat maar weinig vrouwen opgewonden raken bij het zien van een penis (Kinsey e.a., 1948). Experimenteel psychologisch onderzoek bij zowel mannelijke als vrouwelijke studenten liet zien dat de lengte van de penis er met betrekking tot seksuele opwinding voor beide groepen vrijwel niets toe deed (Fisher e.a., 1983).

Bij *hypospadie* bevindt de uitmonding van de plasbuis zich aan de onderkant van de eikel, in de penisschacht of zelfs in de balzak. Deze afwijking gaat vaak samen met een kleine penis en bondweefselstrengen maken dat de penis in erectie krom trekt. In ernstige gevallen zijn nogal eens meerdere operaties nodig. Retrospectief onderzoek bij volwassenen die in hun jeugd aan hypospadie waren geopereerd, toonde aan dat diegenen die ooit denigrerende opmerkingen hadden te horen gekregen over het uiterlijk van hun penis hun genitaal als minder positief beleefden dan zij die daarover nooit iets te horen hadden gekregen (Mureau, 1995). Bij kinderen en adolescenten met hypospadie bleek dit verschil in beleving niet aanwezig. Met andere woorden, voor een volwassen aan hypospadie geopereerde patiënt heeft een negatieve opmerking over het uiterlijk van diens penis psychologisch gezien (nog) meer betekenis dan voor een kind of adolescent. Mogelijk is dit gegeven ook van belang bij het afnemen van de anamnese van een man die klaagt over een te korte penis.

Een zeer bijzondere vorm van angst voor een te korte penis is *koro*, van origine een Maleis woord. Het betekent 'kop van een schildpad'. Het is een psychiatrisch ziektebeeld, dat vooral in het Verre Oosten voorkomt, waarbij de meestal oudere patiënt ervan overtuigd raakt dat zijn penis schrom-

pelt en in zijn buik zal verdwijnen, met de dood als gevolg. *Koro* is ook in de westerse wetenschappelijke literatuur beschreven en kan onder andere een uiting zijn van schizofrenie, depressie, epilepsie en delirium (Ungvari e.a., 1994). Een fysiologische verkleining van de penis, bijvoorbeeld door een koud bad of bij detumescentie na coïtus of masturbatie vormt vaak het luxerend moment voor het optreden van *koro*.

Niet geheel onbegrijpelijk was het een in Nederlands-Indië werkzame arts die voor het eerst in de wetenschappelijke literatuur over deze merkwaardige angst publiceerde (Blonk, 1895). Hij schreef: '*Koro, onder dezen naam is bij de Boegineezen en Makassaren een ziektebeeld bekend, dat, naar ik meen, nog niet is beschreven. Volgens lijders aan deze ziekte gevoelen zij op onregelmatige tijdstippen dat de penis neiging heeft zich in de buikholte terug te trekken. In de gevallen waarin niet tijdig hulp wordt verleend, zoude dit ook werkelijk geschieden, en de patiënt dan tevens bezwijken. De lijders zijn daarvoor natuurlijk zeer bevreesd. Zoodra zij dan ook bemerken dat de eerste verschijnselen zich voordoen, nemen zij den penis in den hand om het terugtrekken te beletten. Soms kunnen zij dit zelf niet volhouden, en moet deze therapie door een ander worden overgenomen.*'

Oorzaken en mogelijkheden tot behandeling

In 1993 verscheen er in de Verenigde Staten een populair-wetenschappelijk boek geheel gewijd is aan penisvergroting (Griffin, 1993). Er worden een groot aantal niet-operatieve penisverlengingsmethoden in beschreven variërend van de Polynesische rekmethode met behulp van een verzwaarde buis (die door de cultureel antropologe Margaret Mead werd opgetekend) tot regelmatige toepassing van de vacu-pomp. Van wetenschappelijk onderzoek naar de resultaten van deze behandeling blijkt echter geen sprake. De getoonde foto's suggereren echter wel dat met behulp van mechanische methoden verlenging kan worden bereikt. De schrijver, van oorsprong bioloog, maakt in dit voor de leek bestemde boek duidelijk dat in tegenstelling tot bij een kind een behandeling met testosteron bij een volwassen man de penislengte niet zal beïnvloeden.

Bij kinderen met een kleine penis dient altijd het genetisch geslacht te worden bepaald. Bij een mannelijk genotype moet onderscheid gemaakt worden tussen een anatomische anomalie en een endocriene vorm van micropenis (Feldman en

Smith, 1975; Hinman, 1972). De etiologie van congenitale micropenis berust op inadequate androgeenstimulatie van de penis ('target organ'), of op ongevoeligheid van dit orgaan. Onvoldoende androgeenstimulatie kan een probleem zijn binnen de hypothalamische-hypofysaire as, of kan berusten op de onmogelijkheid om onder invloed van 5 α -reductase testosteron om te zetten. Het laatstgenoemde berust meestal op een primair defect op hypothalamus niveau. Testiculaire oorzaken van micropenis zijn zeldzaam. Bij rudimentaire testes vindt men meestal mannelijk pseudohermafroditisme. De behandeling van een micropenis (zonder andere afwijkingen) is op kinderleeftijd primair hormonaal en slechts bij hoge uitzondering chirurgisch. De hormonale behandeling dient bij voorkeur zes à acht maanden na de geboorte te worden gestart. Chromosomale afwijkingen als bij het syndroom van Klinefelter (47, XXY) kunnen eveneens gepaard gaan met een kleine penis.

Reeds in de jaren zeventig werden er door kinderurologen methoden beschreven om de penis operatief te verlengen (Kelly en Eraklis, 1971; Johnston, 1974; Hinman, 1972). Bij kinderen gebeurt penisverlenging vrijwel altijd in combinatie met een andere ingreep, bijvoorbeeld het sluiten van blaasextrofie. Bij deze aangeboren aandoening ligt de urineblaas min of meer volledig open en dient deze uiteraard operatief te worden gesloten omdat anders levensbedreigende complicaties zullen optreden.

Bij volwassenen vindt operatieve penisverlenging onder andere plaats om condoomcatheters beter te kunnen fixeren, in het bijzonder bij rolstoelgebonden dwarslaesiepatiënten (Kabalin, 1990). Opereren om cosmetische redenen raakte in de Westerse wereld pas in zwang na publicaties in de lekenpers in 1994 over wat genoemd werd 'een nieuw, in China bedachte operatie, die in Zuid-Afrika op grote schaal werd toegepast.' Het ging echter om exact dezelfde methode als die door kinderurologen al vanaf de jaren zeventig werd toegepast, namelijk het klieven van het ligamentum suspensorium in combinatie met V-Y of Z-huidplastiek (Johnston, 1974). Recent onderzoek bij menselijke kadavers heeft duidelijk gemaakt dat het weglaten van de huidplastiek het resultaat van klieven van het ligament deels teniet doet (Bondil en Delmas, 1995).

Een bijzondere vorm van een kleine penis is de 'webbed' penis oftewel penis palmatus. In feite is de penis daarbij niet te klein, maar lijkt dat zo omdat de peniele en scrotale huid tot een soort zwemvlies vergroeid zijn. Meestal volstaat het de hoog penoscrotaal fuserende huid dwars in te knippen

en deze vervolgens overlans te hechten. Een enkele keer kan dit aanleiding geven tot een te strak zittende huid aan de penisbasis.

Complicaties

Naar schatting werd in de Verenigde Staten in de afgelopen zeven jaar bij ruim 10.000 mannen om cosmetische redenen aan de penis geopereerd (Wessells e.a., 1996). Dit betrof zowel penisverlengingsplastieken als penisverdikking met behulp van autoloog vetweefsel. Complicaties blijken onder andere wondinfectie, pijnlijke littekens, kromstand van de penis, onregelmatige verspreiding van het vet met daardoor een hobbelig aspect van de penis, en zelfs sensibiliteitsverlies ten gevolge van zenuwbeschadiging (Roos e.a., 1995; Wessells e.a., 1996). Het meest voorkomende probleem is ontevredenheid over het bereikte cosmetische resultaat. Gelet deze problemen stelden enkele vooraanstaande Amerikaans deskundigen richtlijnen op met betrekking tot de indicatie voor operatieve penisverlenging om cosmetische redenen (Wessells e.a., 1996). Een dergelijke operatie is in hun ogen alleen gerechtvaardigd bij een penislengte van minder dan vier centimeter in slappe toestand of 7.5 centimeter in erectie. Een penislengte binnen de grenzen van twee maal de standaarddeviatie van het gemiddelde wordt door hen als normaal beschouwd. Ook in Nederland zijn de indicaties en resultaten van operatieve penisverlenging om cosmetische redenen inmiddels op wetenschappelijke wijze ter discussie gesteld (Dik en Noordzij, 1994; Kropman e.a., 1996). Met betrekking tot het wel of niet opereren van een micropenis op volwassen leeftijd gebeurde dat al eerder in dit tijdschrift (Slob en van Seters, 1989).

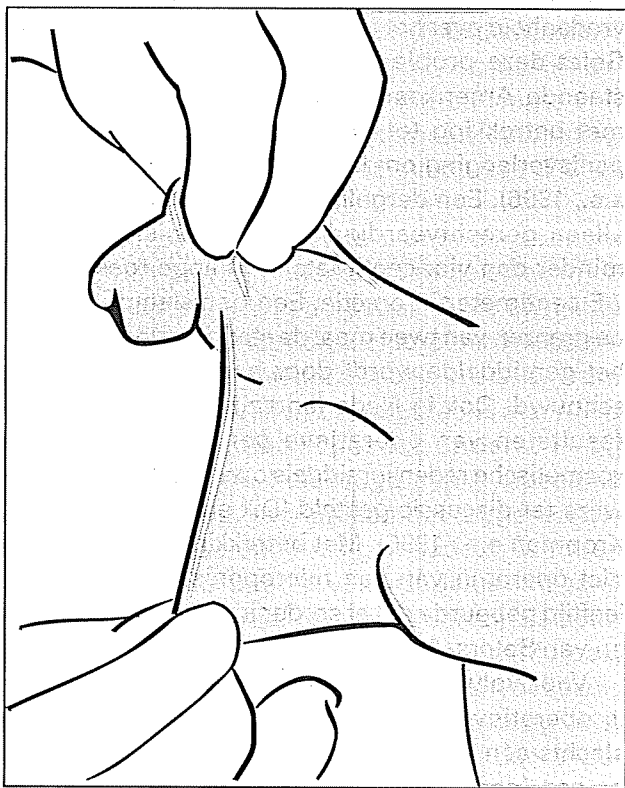
Voor volwassen mannen met een kleine penis is operatieve verlenging, althans voor het oog, slechts één van de mogelijke 'oplossingen'. Zelfs na een (partiële) penisamputatie blijkt menig patiënt immers een bevredigend seksueel leven te kunnen leiden (Hengeveld en Boon, 1993; Gualthérie van Weezel e.a., 1995; Gianotten e.a., 1996). De vraag is of er in de praktijk wel voldaan kan worden aan verantwoorde besluitvorming met betrekking tot wel of niet opereren. We zullen dit illustreren aan de hand van twee gevallen uit de praktijk.

Uit de praktijk

Patiënt A, een 45-jarige biseksuele man zei zijn gehele leven lang al last te hebben van een minder-

waardigheidscomplex ten gevolge van zijn kleine penis. Vanwege schaamtegevoelens had hij nog nooit heteroseksuele omgang gehad. Bij contacten met mannen was het hem nimmer gelukt anaal te penetreren. Patiënt schreef in een uitgebreide brief dat de penis soms zo klein werd dat hij bang was dat deze in zijn buik zou verdwijnen. Bovendien had hij er last van bij het plassen, meestal ging hij erbij zitten. Vanwege depressie was hij als jonge man enkele malen in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen geweest.

Bij lichamenlijk onderzoek was er een normale mannelijke habitus, er waren geen aanwijzingen voor het bestaan van het Klinefelter syndroom. Er bleek sprake van een penis palmatus ('webbed penis', fig.1) en gemeten aan de dorsale zijde (de bovenkant) bedroeg de penislengte bij maximale

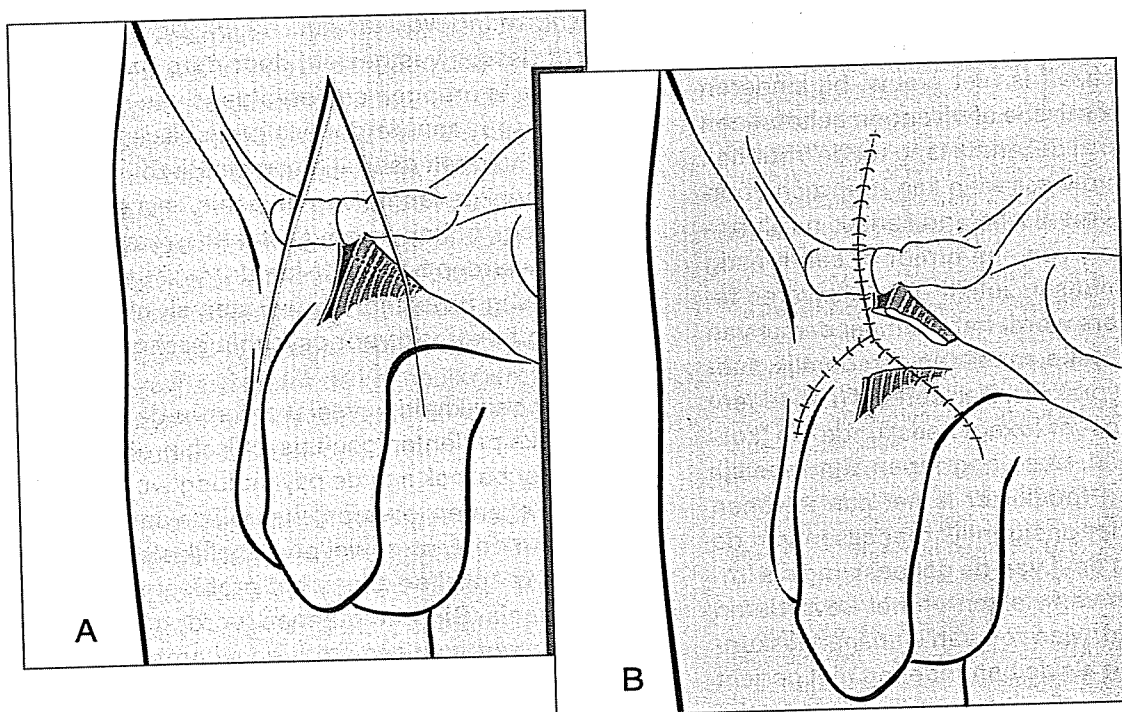


Figuur 1. Penis palmatus, de penis- en scrotumhuid fuseren hoog.

extensie acht centimeter. Verder waren de testes opvallend klein (beiderzijds een volume van 6.3 cc) en week van consistentie. Bij laboratoriumonderzoek werd een onvoldoende gecompenseerd hypergonadotroop hypogonadisme gediagnostiseerd (testosteron 8.08 nmol/l, FSH 31.2 IE/l, LH 15.7 IE/l [normaalwaarden respectievelijk: 14-32 nmol/ml, 1-10 IE/l en 3-15 IE/l]). Het serum prolactine was

normaal. In de hoop dat (een deel) van zijn klachten mogelijk positief te kunnen beïnvloeden werd besloten tot driewekelijkse substitutie met 250 IE Sustanon i.m., een testosteroncombinatiepreparaat. Na een half jaar hormonale substitutie bleken ondanks normale testosteronspiegels de klachten onverminderd aanwezig. Uiteraard was de penislengte onveranderd. Inmiddels was ook de psycholoog in consult gevraagd. Patiënt bleek echter moeilijk toegankelijk, hij had naar zijn zeggen geen psychische problemen en drong sterk aan op operatieve penisverlenging. Volgens de psycholoog waren er geen contraïndicaties, er leek geen sprake van dusdanige psychopathologie dat er na operatie iatrogene problemen te verwachten waren. De verzekeringsmaatschappij was bereid de kosten van opname en operatie te vergoeden. Operatie bestond uit het inknippen van de penoscrotale overgang gevolgd door het dwars sluiten van de huid, het doornemen van het ligamentum suspensorium en een V-Y huidplastiek aan de penisbasis (fig. 2). Bij poliklinische controle, een half jaar na de ingreep, vertelde patiënt op de polikliniek seksuologie tevreden te zijn over het bereikte operatieresultaat. Volgens hem was de penis in erectie duidelijk langer, wij maten bij maximale extensie 10 cm, dat wil zeggen 2 cm meer dan voor operatie.

Patiënt B, een 47-jarige man werd door zijn huisarts verwezen met de vraag of hij in aanmerking kwam voor penisverlenging. De man had de huisarts meerdere malen geconsulteerd in verband met onvrede over de lengte. Van jongsaf aan had hij zich geschaamd, maar eerst vanaf zijn dertigste levensjaar was het echt een probleem geworden. Mogelijk had dit te maken met het feit dat hij sedertdien in zijn vrije tijd voetbaltrainer was. Het na afloop gezamenlijk douchen vormde voor patiënt B een welhaast onoverkomelijk probleem. Bij lichamenlijk onderzoek was er inderdaad een kleine penis zichtbaar. De lengte in maximale extensie bedroeg tien cm. Dit kwam overeen met de door patiënt genoemde lengte van de geërigeerde penis. Opvallend was de grote hoeveelheid subcutaan vet ter hoogte van de schaamheuvel. In eerste instantie werd geadviseerd om te vermageren en werd patiënt naar de psycholoog verwezen. Duidelijk werd dat het verbeteren van de seksuele relatie met zijn echtgenote het belangrijkste motief tot het verzoek om een penisverlengende operatie was. Al gedurende lange tijd was er geen seksueel contact, de zin in seks ontbrak. Omdat zijn penis tijdens het vrijen vaak de vagina uitgleed, was de lust hem



Figuur 2. Penisverlenging, V-Y huidplastiek aan de penisbasis met klieven van het ligamentum suspensorium.

geleidelijk aan vergaan. Hij weet dit aan zijn kleine penis. Na zijn zeggen had zijn vrouw al bedreigd een andere seksuele partner te zoeken. Verder gaf patiënt te kennen in een zekere seksuele sleur te zijn beland. Hij gaf ook aan zijn echtgenote niet erg aantrekkelijk meer te vinden. Toch bleef hij erbij dat de oorzaak van hun seksuele problemen in zijn kleine penis gelegen zouden zijn. 'Ons huwelijk staat op scherp,' zei hij. Na een eventuele scheiding zou hij zich à priori vreselijk schamen om met een nieuwe vriendin seksueel contact te hebben. Ook zijn dochter had al eens een kleinerende opmerking over zijn penis gemaakt. Duidelijk was dat patiënt zijn emotionele/relatieve problemen tot uiting bracht in een somatische klacht, maar ondanks uitgebreide gesprekken hierover niet open stond voor een psychologische aanpak. Het voorstel om zijn echtgenote bij de behandeling te betrekken werd afgewezen. Uiteindelijk werd na raadpleging van de huisarts (die geen nadere suggesties had en operatie adviseerde) het verzoek tot een penisverlengende operatie gehonoreerd. Bij controle op de polikliniek seksuologie vertelde patiënt tevreden dat de lengtewinst in erectie twee cm bedroeg, hetgeen bij onderzoek kon worden bevestigd. Hij had echter nog niet in gezelschap durven douchen, daarentegen leverde coïteren geen problemen meer op.

Discussie

Niet alleen in het oude Griekenland, maar ook in het oude Scandinavië en in talloze andere culturen bestond er een geïnstitutionaliseerde falluscultus. Volgens de Deense cultuurhistoricus Vanggaard is ook de moderne man nog steeds een fallusaanbidder (Vanggaard, 1971). Dit is wellicht enigszins overdreven gesteld, maar zonder twijfel is de penis ook in onze cultuur méér dan alleen een orgaan om door te urineren of te ejaculeren. In erectie wordt de penis een symbool. Dat wil zeggen dat de betekenis die eraan gehecht wordt meer omvat dan het louter lichamelijke. Volgens Vanggaard staat de penis erectis voor kracht, het vermogen tot handhaving, kunnen, moed, verstand en overwicht op andere mannen. Ongetwijfeld leven deze betekenissen van de fallus ook bij mannen met een naar hun mening te korte penis.

Met de casuïstiek hebben wij geenszins aan willen tonen dat penisverlenging een positief effect heeft op het psychisch welbevinden. Het is meer een verslag van een zoektocht naar de vraag naar wie er wel of niet geopereerd zou moeten worden. In de praktijk speelt kennelijk de dringende wens van de patiënt een belangrijke, zo niet doorslaggevende rol. Daarmee komen we op het thema *wens-*

geneeskunde, waarover in de medische literatuur betrekkelijk zelden discussie gevoerd wordt. Penisverlenging op zichzelf is niet nieuw, bij kinderen met ernstige anatomische afwijkingen behoort een dergelijke ingreep al decennia lang tot de 'routine'. Voor wat betreft volwassenen kan men zich voorstellen dat er een 'medische' indicatie is na chirurgische behandeling van een tumor of een ernstig trauma. Weinig mensen zullen daar bezwaren tegen hebben. Anders wordt het wanneer er niet van een medische indicatie, maar een persoonlijk, subjectief verlangen sprake is. Dan spreekt men tegenwoordig van 'wens- of luxegeneeskunde' en 'kosmetische chirurgie'. Deze begrippen zijn moeilijk te definiëren. Nog moeilijker is het aan te tonen dat het gaat om het oneigenlijk toepassen van de geneeskunde. Het doel van de geneeskunde is immers het genezen van ziekten en het bevorderen van de gezondheid. Men zou van wensgeneeskunde kunnen spreken als de behandeling niet gericht is op herstel of genezing, maar alleen subjectief welzijn bevordert. Strikt genomen vallen dan gebitsprothesen, slaapmiddelen en chirurgisch handelen bij transseksualiteit ook onder wensgeneeskunde. Probleem is dat een belangrijk deel van de geneeskunde gericht is op het verbeteren van het subjectief welzijn, zoals bijvoorbeeld het operatief corrigeren van flaporen. Tegen een kind te zeggen dat moeder natuur het nu eenmaal zo heeft beschikt is ons inziens nogal hardvochtig. Datzelfde geldt voor een man met klachten over zijn korte penis. Ongetwijfeld kan er sprake zijn van psychisch en/of sociaal lijden. Een beroemd geval is de psychiater Adler geweest, die zijn leven lang gebukt ging onder frustraties over zijn kleine penis.

Klachten over een korte penis dient men niet te negeren en zeker niet te bagatelliseren. In eerste instantie is de huisarts degene die adequate voorlichting kan verschaffen (Murtagh, 1989). Duidelijk dient te worden gemaakt dat het seksuele functioneren niet zozeer afhangt van lengte of omvang van de penis (Slob & van Seters, 1989). Dat geldt ook voor het bereiken van een orgasme door de seksuele partner. Niettemin zijn er kennelijk mannen die daarmee geen genoegen nemen en persé geopereerd willen worden. In onze ervaring zijn dat vooral mannen die problemen ervaren in homo-sociale situaties (kleedkamers, douches).

Een 'echt' kleine penis, oftewel een micropenis, wordt gedefinieerd als een anatomisch normaal gevormde penis, waarvan de lengte 2 tot 2.5 maal de standaarddeviatie afwijkt van de gestelde leef-

tijdsnormen (Wessels e.a., 1996). De penislengte wordt daarbij vastgesteld door deze maximaal in extensie te brengen en vervolgens van de top van de glans tot aan de dorsale penisbasis te meten. De voorhuid telt daarbij niet mee. Bij zowel patiënt A als B viel de lengte van de penis, respectievelijk 8 en 10 cm, buiten de bovenstaand gestelde norm. Toch ervaren beiden de lengte van hun penis als een ernstig probleem en wensten zij niet in aanmerking te komen voor psychologische behandeling.

De moeilijkheid is veelal dat er in de ogen van dergelijke patiënten geen psychisch probleem bestaat. Het bezoek aan de psycholoog wordt vooral als een 'examen' ervaren, waarbij de patiënt ieder probleem ontkent, zowel persoonlijk als in hun relatie. Er is enkel en alleen het probleem van de te kleine penis. Bij deze mannen wordt door toch te opereren getracht een emotioneel probleem op te lossen met het mes. Een hachelijke onderneming, die niettemin een goed resultaat op kan leveren. Het spreekt vanzelf dat eerlijkheid en openheid, ook ten aanzien van de eventueel aanwezige nadelige gevolgen van een voorgesteld beleid, onmisbare ingrediënten vormen van de voorlichtingsprocedure. Het onbekend zijn met de eventuele nadelige gevolgen van de ingreep dient aan de orde te worden gesteld. Dat geldt niet alleen voor de V-Y huidplastiek en het doornemen van het ligamentum suspensorium, maar evenzeer voor het inknippen van hoog fuserende penoscrotale huid. De behandelaars kunnen, in alle bescheidenheid, dan alleen maar hopen dat de penisverlengingsplastiek, door een *ogenschijnlijke* lengtewinst van niet meer dan twee à drie centimeter, bijdraagt aan het verminderen van de klachten.

Dat de arts of psycholoog met de patiënt de afweging maakt of aan subjectieve wensen wel of niet moet worden voldaan, stuit tegenwoordig meer en meer op bezwaren. De patiënt weet zelf het beste wat hij wil en 'de arts of psycholoog moet gewoon zijn werk doen,' zo luidt de mening van de moderne consument. Die mening is echter niet zonder financiële consequenties. Hoeveel penisverlengingsplastieken er jaarlijks in Nederland om cosmetische redenen worden verricht is onbekend. Vergeleken met het aantal borstvergrotingen (ruim 1400 per jaar) is het zeer waarschijnlijk een bescheiden aantal (SIG Zorginformatie, 1995). Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat het laten vergroten van de borsten (meestal op eigen kosten) maatschappelijk geaccepteerd is, in ieder geval méér dan penisvergroting. Een tweede verklaring

is dat in privéklinieken meer dan 12.000 gulden gevraagd werd, een exorbitant hoog bedrag dat ons inziens in geen verhouding staan tot de moeilijkheidsgraad of duur van de operatie. Uit dagbladpublicaties is inmiddels duidelijk geworden dat penisverlenging in ieder geval in de Scheveningse privékliniek tot het verleden behoort (NRC Handelsblad, 1996). Helaas hebben de betrokken artsen voor zover ons bekend geen wetenschappelijk verantwoorde gegevens naar buiten gebracht over resultaten respectievelijk de kennelijk gerezen problemen. Er valt immers veel te leren van patiënten die spijt hebben van een operatie.

'Kosmetische chirurgie en wensgeneeskunde mogen best, maar dan wel op eigen rekening,' zo is een veelgehoorde mening. Op zichzelf lijkt daar niets op tegen, maar er blijven lastige vragen onbeantwoord. Waarom valt de gebitsprothese wel in het basispakket en penisverlenging niet? Of moet er, zoals door de Amerikaanse deskundigen is voorgesteld, aan een ethisch-onaanvaardbare minimumlengte (7 cm?) worden voldaan alvorens tot operatie te besluiten resp. tot vergoeding van de kosten over te gaan? Vragen waar in eerste instantie de zorgverzekeraars antwoord op moeten geven.

Dankbetuiging

Met dank aan Dorothé Vessies, psychologe, voor haar bijdrage.

Summary

Penile lengthening: made to measure?

Without any doubt surgical penile lengthening is a laudable and necessary goal in cases of congenital and traumatic phallic defects causing shortening of the penis. Release of the suspensory ligament with detaching of the distal cavernous bodies from the ischiopubic rami and an V-Y skin plasty was originally described by pediatric urologists. This technique is also used in cases after partial penile amputation for carcinoma, and for lengthening a retracted phallus in spinal cord injured patients for better management of their condomcatheter. Today, penile lengthening is also done in men with a 'normal', but short penis without further anatomical abnormalities. Based on our patients we discuss our experiences and describe the Odyssey to well-accepted guidelines for penile lengthening.

Literatuur

Anoniem, (1996). Kliniek staakt penisverlengende operaties. *NRC Handelsblad*, 18 mei: 3.
Blonk, J.C.(1895). Koro. *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlands-Indië*, 35: 563.

- Bondil, P., P. Costa, J.P. Daires, J.F. Louis en H. Navratil (1992). Clinical study of the longitudinal deformation of the flaccid penis and its variations with aging. *European Journal of Urology*, 21: 284-286.
- Bondil, P. en V. Delmas (1995). Is the section of the suspensory ligament really efficient for penile lengthening?: preliminary results of an anatomical study. *International Journal of Impotence Research*, 7 Suppl 1: 32.
- Bijlsma, A. (1994). *Penisomtrek en condooms*. SOA-Bulletin, 15: 26-27.
- De Goes, PM, E. Wespes en C. Schulman (1992). Penile extensibility: to what is it related? *Journal of Urology*, 148: 432.
- Dik, P. en J. Noordzij (1994). Penisverlengingsplastiek: techniek en literatuuroverzicht. *Abstracts 8e Jaarcongres Nederlandse Vereniging voor Impotentie Onderzoek*, De Bilt, 9 december 1994.
- Feldman, K.W. en D.W. Smith (1975). Fetal phallic growth and penile standards for new born male infants. *Journal of Pediatrics*, 86: 395-399.
- Fisher, W., N. Branscombe en Ch. Lemery Ch (1983). The bigger the better? Arousal and attributional response to erotic stimuli that depict different size penises. *Journal of Sex Research*, 19: 377-396.
- Gianotten, W.L., W.J. Kirkels en S.M. Haensel (1996). Uit de praktijk: seksualiteit na amputatie van penis en scrotum. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 20: 215-219.
- Griffin, G. (1993). *Penis Enlargement Methods-Fact & Phallusy*. Added Dimension Publishing, Palm Springs.
- Gualthérie van Weezel, L.M., S. Horenblas en N.L. Aaronson (1995). Psychosociale en seksuele gevolgen van de behandeling van peniscarcinoom. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 19: 273-282.
- Hengeveld, M.W. en T.A. Boon (1993). Seksuele mogelijkheden na totale penisamputatie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 137: 1465-1466.
- Hinman, F. (1972). Microphallus: characteristics and choice of treatment from a study of 20 cases. *Journal of Urology*, 107: 499-505.
- Johnston, J.H. (1974). Lengthening of the congenital or acquired small penis. *British Journal of Urology*, 46: 685-687.
- Kabalin, J.N., J. Rosen en I. Perkasch (1990). Penile advancement and lengthening in spinal cord injury patients with retracted phallus who have failed penile prosthesis placement alone. *Journal of Urology*, 144: 316-318.
- Kelley, J.H. en A.J. Eraklis (1971). A procedure for lengthening the phallus in boys with extrophy of the bladder. *Journal of Pediatric Surgery*, 6: 645-649.
- Kinsey, A.C., W.B. Pomeroy en C.F. Martin (1948). *Sexual behaviour in the human male*. Saunders, Philadelphia.
- Kropman, R.F., M.C. Poelsma MC, J. Schippers en P.L. Venema (1996). De penisverlengingsplastiek, eerste ervaringen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 20: 436.
- Lee, P.A. (1996). Survey report: concepts of penis size. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 22: 131-135.
- Loeb, H. (1899). Harnröhrenkapazität und Tripperspritzen. *Münchener Medizinischer Wochenschrift*, 46: 1019.
- McCarthy, B. (1975). *Sexual awareness, a practical approach*. Boyd & Fraser, San Francisco.
- Mureau, M (1995). *Psychosexual and psychosocial adjustment of hypospadias patients*. Thesis, Erasmus University, Rotterdam.
- Murtagh, J. (1989). The 'small' penis syndrome. *Australian Family Physician*, 18: 218-220-223.
- Roos, H., C. Constantinides en I. Lissos (1995). Penis lengthening. *International Journal of Impotence Research*, 7 Suppl 1: 33.
- SIG Zorginformatie. *Klinische operatiegegevens 1995*. SIG Zorginformatie, Utrecht.

Slob, A.K. en A.P. van Seters (1989). Een micropenis op volwassen leeftijd, opereren of niet? *Tijdschrift voor Seksuologie*, 13: 1-11.

Stoeckart, R., A.K. Slob en M.A.C.T. Moors-Mommers (1995). *Fysiologie en anatomie van de seksuele respons*. In: *Seksuologie voor de arts*. Redactie: A.K. Slob, C.W. Vink, J.P.C. Moors en W. Everaerd. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.

Ungvari, G.S. en R.S. Mullen (1994). Koro, the delusion of penile retraction. *Urology* 43: 883-884.

Vanggaard, T. (1971). *Phallus*. De Arbeiderspers, Amsterdam.

Wessells, H., T.F. Lue en J.W. McAninch (1996). Penile length in the flaccid and erect states: guidelines for penile augmentation. *Journal of Urology*, 156: 995-997.

Wessells, H., T.F. Lue en J.W. McAninch (1996). Complications of penile lengthening and augmentation seen at 1 referral center. *Journal of Urology*, 156: 1617-1620.
