

Mens Sana in Corpore Sano: klinisch redeneren binnen het bio-psycho-sociale kader

Jelto Drenth

Centrum seksuele gezondheid Noord-Nederland, Groningen

Samenvatting

De ziektegeschiedenis van een 51-jarige man die een penisamputatie ondergaan had voor een plaveiselcelcarcinoom is aanleiding tot een beschouwing over de interactie tussen psychologische kenmerken, specifiek gedrag m.b.t. hygiëne, en de rol daarvan in de genese van carcinoom.

Lichamelijke klachten kunnen een psychologische genese hebben, en van sommige is dat minder bekend dan van andere. Zo wordt bij een nauw preputium nogal eens de (somatische) diagnose fimose gesteld, terwijl de nauwheid correcter gekenschetst kan worden als een ontwikkelingsachterstand. De meeste jongens worden geboren met een nauwe voorhuid en ook verklevingen zijn in de eerste levensjaren eerder regel dan uitzondering. Loslaten van verklevingen en wijder worden van het preputium gaan voor een deel spontaan, maar zo halverwege de basisschool horen jongens van hun opvoeders instructie krijgen over het terugtrekken van de voorhuid bij het wassen. Deze pedagogische taak wordt weleens verwaarloosd en daarnaast is er een kleine groep jongens die, ook bij goede voorlichting, het terugtrekken van de voorhuid griezelig en pijnlijk vindt. Zij vermijden het in de kindertijd en zullen later, naar aanleiding van problematische seksuele ervaringen, artsen consulteren. En zij lopen dan het risico dat ten onrechte de diagnose fimose gesteld wordt (Drenth, 1998; McGregor, Pike, & Leonard, 2007).

Plaveiselcelcarcinoom van de penis is in de westerse wereld een zeldzame maligniteit; in Nederland

is de jaarincidentie 0,7/100.000, hetgeen neerkomt op 60-70 gevallen per jaar (Horenblas & Kroon, 2005). Sinds het begin van de vorige eeuw wordt er steeds op gewezen dat fimose een belangrijke etiologische rol in het ontstaan ervan speelt. Fimose zou de oorzaak zijn van recidiverende, soms weinig klachten gevende ontstekingsreacties van het slijmvlies (Horenblas & Kroon, 2005). Ook smegma werd vaak als causale factor aangewezen, en er is aandacht besteed aan een mogelijk specifieke bacterie: mycobacterium smegmatis. In recentere literatuur wordt veel onderzoek gerapporteerd naar carcinogene Humane Papillomavirussen (HPV), naar analogie van hun rol bij het ontstaan van cervixcarcinoom.

Een relatie tussen penishygiëne en risico op peniscarcinoom lijkt zeer plausibel; onlangs behandelden wij een man wiens ziektegeschiedenis op dramatische wijze de biopsychosociale samenhang ervan demonstreerde.

Casus

Meneer A, 51 jaar oud, wordt verwezen naar de poli seksuologie door een psychologe die hem geholpen heeft bij het verwerken van een penisamputatie vanwege vergevorderd carcinoom. Hij was kort daarvoor 's ochtends wakker geworden tijdens een spontaan orgasme en wilde antwoord op de vraag of er voor hem nog een bevredigende vorm van masturbatie te vinden zou zijn.

A is de jongste in een groot, arm landarbeidersgezin, dat na de dood van moeder (patiënt was 1½) door vader en de oudere kinderen met noeste arbeid

bij elkaar gehouden werd. Voor emoties was geen tijd. Op school was hij een opgewekt kind, tot het moment dat de schoolarts hem ermee confronteerde dat zijn penishygiëne onder de maat was. Hij moest gaan oprekken en had er geen enkel vertrouwen in dat hem dat ging lukken. Hij deed dat dus niet en leefde met een verontrustend geheim. Mede daardoor was hij t.a.v. meisjes zo terughoudend dat hij in zijn enige verkering al na een week gedumpt werd. Op zijn 16de besprak hij eindelijk het probleem met de huisarts en die verwees hem naar de uroloog. Dat hij besneden moest worden kwam niet als een verrassing, maar hij zag er erg tegenop. De ingreep is er nooit van gekomen en achteraf is de meest plausibele verklaring dat de afspraakbrief door vader (die in dit gezin alle post opende) niet doorgegeven is. A had het vermijden dus niet van een vreemde. Als vrijgezel ging hij door het leven, net zoals zijn broer, en na vaders overlijden bleven zij in het ouderlijk huis wonen. Twee of drie keer heeft A, op een moment dat broer afwezig was, een escortdame uitgenodigd, maar die situatie beviel hem niet. Zo rond zijn 43ste begon het hem op te vallen dat hij onder de (nog steeds niet-terugtrekbare) voorhuid een bobbel voelde. Hij realiseerde zich dat hij daarmee naar de huisarts moest, maar ook die keer stelde hij doktersbezoek uit tot het moment dat er in de voorhuid een zweer ontstond. De diagnose peniscarcinoom was snel gesteld en aan amputatie viel niet te ontkomen.

Aan de primaire verwerking is goede psychologische aandacht besteed en bij het samen bespreken van de mogelijkheden om alternatieve erotische stimulansen uit te proberen bleek A. heel flexibel te zijn. Hij schafte zich via een postorderbedrijf een vibrator van het G-plek-type aan waarmee hij de erotische prikkelbaarheid van zijn prostaat onderzocht. Dit bleek vrijwel meteen een effectieve masturbatietechniek voor hem te zijn.

De psychosomatiek van de nauwe voorhuid

A's vroege symptomen zijn heel suggestief voor de diagnose "nauwe voorhuid zonder somatische pathologie", maar een echte fimose is niet met zekerheid uitgesloten. Kenmerk hierbij is een stugge, littekenachtige circulaire vernauwing, en de meest frequente veroorzakers hiervan zijn bacteriële ontsteking van de voorhuid, en lichen sclerosus et atrophicus (een genitale huidziekte die met schrompeling gepaard gaat). Aan een echte fimose moeten seksuologen denken als in het verhaal sprake is van herinneringen aan doktersbezoek voor ontstekingen van eikel en voorhuid, en schrompeling die ontstaat na een probleemloze periode. Bij lichamelijk onderzoek onderscheidt de

echte fimose zich door lokale verdikking en, bij lichen sclerosus, bleekheid (depigmentatie). Bij palpatie is stugheid van de huid of het onderhuidse weefsel onmiskenbaar. Vraagt men de patiënt om zelf de voorhuid terug te trekken, dan zal de manier waarop hij zijn genitaal hanteert bij nauwheid zonder somatische pathologie vaak verraden dat hij onhandig, en soms evident angstig is bij deze handeling.

Aan het nauw blijven van de voorhuid als gevolg van fobische angsten wordt weinig aandacht besteed in de medische literatuur (Drenth, 1998; McGregor et al., 2007). De eerste generatie Nederlandse seksuologen kende het fenomeen wel. Levie (1971) introduceerde de naam pseudophymosis en veronderstelde dat castratieangst een essentiële rol speelt in het vermijdingsgedrag. Hij waarschuwde voor heftige emoties bij geforceerde ontbloting van de glans, ook als dat zonder veel moeite mogelijk is. Zijn aanbevelingen zijn nog steeds behartigenswaardig: bij onderzoek laat men de patiënt zelf demonstreren hoe ver hij zijn voorhuid kan terugtrekken, en daarbij dient hij te zitten, want risico van flauwvallen tijdens zo'n beladen handeling is niet denkbeeldig.

In een retrospectief onderzoek onder bezoekers van het Groningse Rutgershuis in de jaren 1983-'89 werden geen gevallen van echte fimose gevonden, maar achttien mannen vielen in de categorie nauwe voorhuid zonder somatische pathologie (Drenth, 1991). Elf van hen hebben, na uitleg en aanmoediging om hun ontwikkelingsachterstand in te halen middels dagelijkse opstroop oefeningen, in opmerkelijk korte tijd hun probleem uit de wereld geholpen. Bij de zeven overige mannen bestond het probleem langer, waren de angsten hardnekkiger en moeilijker te overwinnen en was, naast aanmoedigen, ook een meer psychotherapeutisch proces noodzakelijk. Opmerkelijk was dat vijf van deze zeven mannen een partner had die tezelfdertijd in behandeling was voor vaginisme. Kennelijk weten mensen met verwante genitale angsten elkaar te vinden en voelen ze zich door de gedeelde beperkingen veilig bij elkaar.

De behandeling van de nauwe voorhuid volgt simpele principes, die in een eerdere publicatie in dit Tijdschrift uitvoerig zijn gemotiveerd en beschreven (Drenth, 1998). Voor de patiënt met een nauwe voorhuid is een instructiefolder geschreven, die in Bijlage I nog eens afgedrukt is. Idealiter oefent hij onder medische supervisie, zodat bij stagnatie of bloedinkjes dermatologische pathologie (zoals lichen) niet gemist wordt. Er zijn in het medisch arsenaal een paar hulpmiddelen waarmee het proces versneld kan worden als de angst een te grote remmende rol speelt. Betametazonzalf wordt bij kinderen veel gebruikt en

lijkt de rekbaarheid van de huid te bevorderen (Van Basten, de Vijlder, & Mensink, 2003). Van Basten et al. wijzen er overigens terecht op dat deze aanpak bij een gedeelte van de jongens onnodig medicaliserend zal zijn: zij hebben geen pathologie en zouden ook met alleen instructie hun voorhuid kunnen oprekken. Of bij volwassenen de huid door corticosteroiden soepeler wordt, is niet methodisch onderzocht, maar deze medicatie lijkt een verantwoorde interventie, al was het maar ter verhoging van de motivatie. Bij sommige mannen met sterke pijnvermijding kan een locaalanestheticum voorgesteld worden (bij voorbeeld lidocaïne-zalf, die op de markt is ter bestrijding van de pijn en jeuk bij aambeien, of Instillagel®, dat primair op de markt is als glijmiddel voor het inbrengen van blaaskatheters).

Chirurgische behandeling is bij de echte fimose onvermijdelijk, maar zou bij patiënten zonder stug bindweefsel zoveel mogelijk voorkomen moeten worden. Dit standpunt wordt sinds kort ook door de verzekeraars uitgedragen: een circumcisie wordt alleen nog op medische indicatie vergoed (echte fimose of recidiverende balanitis), en nauwheid zonder pathologie valt hier niet onder. Religieuze of esthetische motivatie van de patiënt of zijn ouders zijn niet langer een vergoedingsgrond. Bij twijfelgevallen hoort de patiënt de beslissende stem te hebben, bij voorbeeld als het oefenen hem ongewoon veel stress oplevert. Gezien de emotionele lading van het probleem gaat de voorkeur uit naar sparende ingrepen zoals een Z-plastiek ter verwijding van alleen het nauwe deel (Nicolai & Meek, 2005). Alternatieven voor circumcisie worden helaas niet altijd aangeboden. Wij zagen in de loop der jaren enkele spijtoptanten van besnijdenis, en in twee gevallen werden zelfs hersteloperaties uitgevoerd (Drenth, 2009; Nicolai & Meek, 2005).

Penishygiëne en de etiologie van peniscarcinoom

De hygiënische beperkingen die meneer A ervoer als gevolg van zijn ontwikkelingsachterstand hebben naar alle waarschijnlijkheid zijn peniscarcinoom veroorzaakt (Horenblas & Kroon, 2005). In zijn levensgeschiedenis zitten weinig aanknopingspunten voor seksuele HPV-besmetting. Laboratoriumonderzoek werd bij hem niet verricht.

Een causale relatie tussen vermijdingsgedrag, daaruit voortkomende gebrekkige hygiëne en de maligne onttaarding van plaveiselepitheelcellen lijkt in deze casus heel plausibel. Wat is echter de stimulus tot maligniteit precies? Hoewel peniskanker nogal zeldzaam is, is er flink wat epidemiologisch onderzoek naar gedaan. De meest gerapporteerde correlaties zijn die met roken en met fimose. Gezien de

onbekendheid van het fenomeen “nauwe voorhuid zonder somatische pathologie” ligt het voor de hand om te veronderstellen dat een gedeelte van deze “fimosen” product zijn van overdiagnostiek. In ons eigen onderzoek werd immers bij achttien jonge mannen die kwamen met een nauwe voorhuid geen enkel geval van fimose gediagnostiseerd (Drenth, 1991). Insufficiënte hygiëne zal dan de boosdoener zijn, en in oudere literatuur wordt stase van smegma als etiologische factor aangewezen. Er is enig onderzoek verricht naar specifieke bacteriële verontreiniging (*mycobacterium smegmatis*), maar latere kritische lezing van die literatuur leidt tot de conclusie dat op dit punt te snel conclusies getrokken zijn (Van Howe & Hodges, 2006). In recenter tijden is, naar analogie van de rol van carcinogene HP-virussen bij baarmoederhalskanker, gezocht naar correlatie met deze seksueel overdraagbare factor, en de conclusie is dat er een zeker verband is, maar lang niet zo sterk als bij het cervixcarcinoom. Er is ook maar een beperkte correlatie tussen cervixcarcinoom en peniscarcinoom bij echtparen, en cervixcarcinoom komt gemiddeld op aanzienlijk jongere leeftijd dan peniscarcinoom (Iversen, Trettil, Johansen, & Holte, 1997).

Er is voorts vaak verondersteld dat gebrekkige hygiëne zou kunnen leiden tot subklinische vormen van ontsteking, die als prikkel naar maligniteit zouden fungeren (Horenblas, 2005). Analogieën voor deze etiologie vinden we in het kankerrisico van chronische huidulcera (“open benen”), bijholteontstekingen en littekens. Ook van maagzweren is bekend dat ze een fors risico voor maagcarcinoom impliceren. Bij onze patiënt weten wij dat hij zijn hele leven gerookt heeft en dat hij maar een heel gering risico gelopen heeft om via seksuele weg met HPV besmet geraakt te zijn. Hij is na zijn 16de nooit meer met penisklachten bij zijn huisarts geweest, dus als er al infecties aan glans of preputium geweest zijn, dan zijn die vrij onschuldig gebleven. We hebben geen informatie over de PA van zijn tumor, en evenmin van zijn HPV-status. Vooralsnog lijkt het erop dat we bij hem alleen gebrekkige hygiëne als mogelijke veroorzaker kunnen aanwijzen.

De literatuur over de etiologie van peniscarcinoom wordt nogal gekleurd door de controverse over het (on)nut van circumcisie. In de VS, waar voorstanders tot voor kort bijzonder actief waren in het aanwijzen van preventieve targets voor routinebesnijdenissen, werd nogal gemakkelijk het beschermend effect van voorhuidloosheid aangenomen, en werd de relativisering dat hetzelfde effect bereikt kan worden met goede hygiënische instructie zelden gemaakt. De pro-circumcisieliteratuur is makkelijk te vinden op

www.circs.org, de tegenstanders op www.cirp.org/library. Hier vindt men bij voorbeeld een niet verwaarloosbare serie artikelen over peniscarcinoom bij besneden mannen.

De les die we kunnen trekken uit het verhaal van A. is, dat een gezonde geest niet alleen gehuisvest moet zijn in een gezond lichaam, maar dat lichaam en geest ook een gezonde relatie met elkaar moeten hebben.

Literatuur

- Drenth, J. (1991). The tight foreskin: a psychosomatic phenomenon. *Sexual and Marital Therapy*; 6: 297–306.
- Drenth, J. (1998). De voorhuid; fimosis, smegma en circumcisie. *Tijdschrift voor Seksuologie*; 22: 99–105.
- Drenth, J. (2009). Tasten in het duister. *Tijdschrift voor Seksuologie*; 33: 189–98.
- Horenblas, S. & Kroon, B.K. (2005). De voorhuid en het plaveiselcelcarcinoom van de penis. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*; 149: 2450-3.
- Iversen, T., Trettil, S., Johansen, A., & Holte, T. (1997). Squamous cell carcinoma of the penis and of the cervix, vulva and vagina in spouses: is there any relationship? An epidemiological study from Norway, 1960-92. *British Journal of Cancer*; 76: 658-60
- Levie, L.H. (1971). *Sexiatrie*. Leiden, Nederland: Stafleu.
- McGregor, Th.B., Pike, J.G. & Leonard, M.P. (2007). Pathologic and physiologic phimosis. *Canadian Family Physician*; 53: 445–8.
- Nicolai, J.-P. & Meek, M.F. (2005). Behandeling van fimosis zonder circumcisie en reconstructie van het preputium na circumcisie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*; 149: 2446-50.
- Van Basten, J.P.A., de Vijlder, A.M., & Mensink, H.J.A. (2003). Behandeling van fimosis met corticosteroïdcrème. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*; 147:1544-7.
- Van Howe, R.S. & Hodges, F.M. (2006). The carcinogenicity of smegma: debunking a myth. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*; 20:1046-54.

Summary

Mens Sana in Corpore Sano: clinical reasoning in a bio-psycho-social framework

A case history of a 51 year old male patient, having undergone a penile amputation for carcinoma, illustrates the intricate interrelations between psychological characteristics, idiosyncratic avoidant behavior concerning penile hygiene and the causative mechanism for the development of his carcinoma.

Bijlage I

OEFENINGEN OM DE VOORHUID OP TE REKKEN

Als u bij een slappe penis de voorhuid niet helemaal kunt terugtrekken, dan begint u met dagelijks enkele keren de eikel zover mogelijk bloot te maken. U moet wel voelen dat u aan het oprekken bent, maar het mag nog net geen pijn doen. Als het wat stroef aanvoelt, gebruik dan wat babyolie of -lotion. U kunt deze oefening combineren met het wassen. Als u zeep gebruikt (dat hoeft echt niet elke keer), dan goed naspoeien voor het afdrogen. Slijmvliezen zijn gevoelig voor zeep; denk maar aan zeep in de ogen.

Als u ontevreden bent over het tempo van uw vorderingen, dan kunt u het proces versnellen door het nauwe gedeelte van de voorhuid in te zalven met corticosteroidzalf. De huid wordt hierdoor nog iets extra rekbaar. De meest gebruikte zalf is: betamethasonvaleraat 0,05 %. Hiervoor moet u uiteraard een recept hebben.

Bent u zover gevorderd dat u de eikel helemaal bloot kunt krijgen bij een slappe penis, dan kunt u gaan oprekken wanneer u een erectie heeft. Ook hiervoor geldt: niet teveel ineens willen. Het mag gevoelig zijn, maar het moet nog net geen pijn doen.

Waarschijnlijk zult u nu merken dat uw eikel nog wat overgevoelig is. Het slijmvlies is altijd bedekt geweest en daarom dun gebleven. Wilt u uw eikel wat minder gevoelig maken, dan kunt u een aantal keren

per dag de voorhuid opstropen en vervolgens de eikel bloot laten. Dat kan gewoon tijdens het werk: even de hand in de broekzak, terugtrekken en rustig laten zitten. De bedoeling is dat de eikel regelmatig droog is: dat bevordert de hoornvorming van het slijmvlies. (De hoornlaag van de huid kunt u beschouwen als de "slijtlaag". Een dikke hoornlaag aan de voeten noemen we eelt.) Als u succes hebt met deze oefening, dan zult u merken dat de eikel wat lichter van kleur wordt. De iets dikkere hoornlaag is minder doorzichtig geworden.

Als uw slijmvliezen erg overgevoelig zijn, dan hebben we nog een trucje om het slijmvlies dikker te maken. Hoornvorming wordt bevorderd door bepaalde stoffen (flavonoïden) in thee. Ze geven in de mond het stroeve gevoel. U kunt, na het wassen, uw eikel en de binnenzijde van de voorhuid even nat maken met een watje met thee. Daarna op laten drogen.

Als u de voorhuid helemaal terug kunt schuiven, ook bij een erectie, dan zal het soms onplezierig zijn om de eikel aan te raken. Dat is bij het vrijen lastig. Als u daar iets aan wilt veranderen, dan kunt u eens masturberen met een blote eikel en een glijmiddel. Baby-lotion is een onschuldig glijmiddel. Het gevoel van prikkeling aan de blote eikel is totaal anders dan de prikkeling bij masturbatie als u de voorhuid over de eikel laat.