

UIT DE PRAKTIJK: SEKSUALITEIT NA AMPUTATIE VAN PENIS EN SCROTUM^o

Woet L. Gianotten¹, Wim J. Kirkels² en Stefan M. Haensel³

Beschreven wordt een 52-jarige man, die op de afdeling urologie wordt opgenomen met een carcinoom aan de penis en waarbij zowel de penis als het scrotum worden verwijderd. Tijdens de ziekenhuisopname wordt al gestart met counseling door de psychiater. Later wordt seksuologische hulp gezocht. Binnen '8 maanden ontwikkelt zich weer een voor beide partners bevredigend seksleven. Voor dit positieve effect lijken enerzijds verantwoordelijk de coping mechanismen van het paar en anderzijds het vroegtijdig inschakelen van therapeutische hulp-troepen. Interessant voor de seksuologische hulpverlening is het gegeven dat er niet meer gesoebat hoeft te worden over het hebben of kunnen krijgen van een erectie of penetratie. Dit geeft een geheel andere dimensie aan de mogelijkheden van seksuologische hulpverlening. Dergelijke voorbeelden kunnen de hulpverlening helpen strategieën te ontwikkelen die ook bij minder uitgesproken organische pathologie kunnen worden gebruikt.

De voorgeschiedenis van het echtpaar

De heer K (52 jaar) is 30 jaar gehuwd. Het seksuele contact van het echtpaar is altijd naar beider tevredenheid verlopen tot ongeveer een jaar vóór de opname. De vrouw krijgt dan overgangsproblemen. Dat is haar reden waarom zij even niet zo nodig hoeft en waarom er een jaar lang eigenlijk geen seks is. Dit komt haar man niet ongelegen want hij krijgt last van een wrat op de basis van zijn penis die tamelijk snel gaat groeien. Zijn eigen vader was altijd extreem preuts en dat blijkt nu ook bij de heer K te spelen. Dat is van zijn kant de reden om seks te vermijden, maar ook om niet naar de huisarts te gaan. Totdat hij een heftige bloeding krijgt en acuut wordt opgenomen. Dan blijkt dat het om kanker gaat en dat de tumor zich inmiddels zeer heeft uitgebreid. Geadviseerd wordt dan om de gehele penis te verwijderen.

Het beleid

Het is de uroloog duidelijk dat een dergelijke mutilatie, op deze relatief jonge leeftijd, een uiterst traumatische ervaring kan worden met bovendien seksuele consequenties. Daarom wordt al vóór de operatie besloten om de psychosociale hulp-troepen in te schakelen. Eerst

¹ W.L. Gianotten, arts-seksuoloog; Afd. Gynaecologie, AZR-Dijkzigt, Rotterdam; Afd. Medische Seksuologie, AZU, Utrecht; Seksuologie Team, Rutgers Stichting, Utrecht.
² Dr. W.J. Kirkels, uroloog; Afd. Urologie, AZR-Dijkzigt, Rotterdam.
³ S.M. Haensel, arts-assistent; Afd. Urologie, AZR-Dijkzigt, Rotterdam.
Correspondentie: Woet L. Gianotten, Heemskerkstraat 4, 1212 CD Hilversum.
^o Geaccepteerd voor publicatie 18 januari 1996.

volgt overleg tussen de psychiater en de medisch seksuoloog. Daarbij wordt besloten dat de psychiater zich zal bezighouden met de aspecten van traumaverwerking, de emotionele problemen van de kanker en het mogelijke verlies van mannelijke identiteit. Daarbij zal duidelijk de boodschap worden gegeven dat penetratie ná amputatie van de penis niet meer mogelijk is, maar dat er wel degelijk nog veel aan seks te beleven valt. Tevens zal bij herhaling gemeld worden dat er overleg is geweest met de seksuoloog en dat het echtpaar daar welkom is zodra zij daar behoefte aan hebben.

In de periode van de opname heeft de psychiater een drietal gesprekken met het echtpaar. Bij de operatie wordt de gehele uitwendige penis verwijderd. Aan beide zijden blijft in de diepte een klein deel van het corpus cavernosum staan. Ook het gedeelte van het corpus spongiosum blijft staan rond het restant van de urethra (plasbuis). Deze wordt naar beneden gebogen en komt dan uit in het perineum (het gebied tussen anus en scrotum). Staand plassen met richten is dan niet meer mogelijk. Het scrotum en enige lymfeklieren uit de liezen worden wél verwijderd. De testikels worden onder de huid geplaatst in de liezen, hoog aan de binnenzijde van de bovenbenen (zie fig. 1)

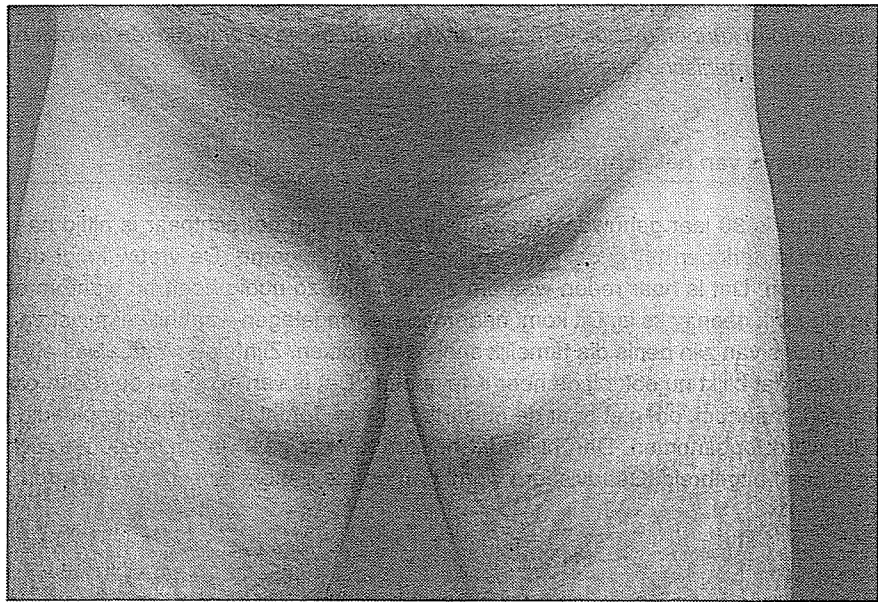


Fig. 1. Vooraanzicht van het gebied van onderbuik en bovenbenen enige maanden na de operatie.

Het vervolg

De wond geneest snel en goed. Er is geen incontinentie ontstaan. Binnen enige maanden blijkt er weer behoefte te zijn tot vrijen. Na vier maanden trekt het echtpaar de stoute schoenen aan en neemt contact op met de seksuoloog. In het eerste gesprek wordt vooral geïnven-

tariseerd. Wat hadden zij aan seksuele ervaring en wat zijn nu de mogelijkheden? Daarnaast wordt aandacht besteed aan nog niet (geheel) verwerkte aspecten van de kanker en de operatie.

In het verleden was hun seksuele relatie voor beiden bevredigend geweest. Libido en opwinding waren zoals bij de meeste stellen van hun generatie. Als daar behoefte aan was kon ieder bij seksueel contact een orgasme ervaren. Bij de vrouw betrof dat dan meestal een penetraal orgasme, maar ook wel eens op een andere manier. Meestal had hun knuffelen geleid tot vrijen en dat weer tot coïtus. Mogelijk omdat dit alles altijd naar tevredenheid was verlopen, hadden zij over dat vrijen weinig communicatie ontwikkeld. Zoals dat bij zoveel mensen het geval is, hadden ook zij moeite om hun verlangens onder woorden te brengen. De vrouw had daarnaast enige gêne om na te denken over alternatieve manieren van vrijen. In situaties van veel opwinding was dat geen probleem geweest. Het kostte haar echter moeite daar zómaar bij volle verstand over na te denken. Bij hulpverlening lijkt het dan erg belangrijk dat het gesprek open, informatief en vooral pragmatisch is over wat níet kan en wat misschien weer wèl zou kunnen. Met name bij het thema "gevoelige plekken" valt het kwartje duidelijk. Met een knipoog naar elkaar is duidelijk dat ze daar waarschijnlijk wel weg mee weten. Ieder krijgt een opdracht mee naar huis. De vrouw wordt gevraagd op te schrijven wat ze graag zou willen opbouwen. De man daarentegen wordt gevraagd op te schrijven wat hij denkt dat er nog aan mogelijkheden is. Al binnen enige weken is er sprake van een vrijpartij met voor beiden een orgasme. Normaal zou de seksuoloog dan waarschijnlijk het hulpverleningscontact al hebben verbroken. Daarmee wordt de zelfredzaamheid van cliënten benadrukt. Bij dit echtpaar leek het verstandig er langduriger energie in te stoppen. In de volgende gesprekken wordt dieper ingegaan op de kleine mythen, hangups of tradities, die overigens in veel relaties spelen, en die bij dit stel extra zwaar kunnen gaan wegen: de communicatieverschillen tussen man en vrouw, de neiging om een simultaan orgasme na te streven, de vanzelfsprekendheid waarbij een fijn gevoel ook meestal had geleid tot seks en vervolgens tot coïtus. Binnen enige maanden vrijen zij weer regelmatig met daarbij ook een orgasme. De eerlijkheid gebiedt te erkennen dat ook het optimisme van deze mensen ervoor zorgde dat de seksuoloog (WLG) hen wat langer "onder zijn hoede" hield. Na ieder gesprek met dit zo positieve stel was hij zelf weer vol energie. Overigens zag hij hen in totaal slechts 5 maal.

Urologische aspecten

In het begin is er, in het gebied van het litteken, nog pijn bij opwinding en bij het orgasme. Langzaam wordt dit minder en uiteindelijk is er nog slechts geringe pijn tijdens de contracties van het orgasme. We veronderstellen dat dit een restant is van littekenweefsel dat aangespannen wordt bij de resterende erectie en bij het samentrekken van de bekkenbodemspieren. Er treden geen andere urologische klachten op. Bij controle na één jaar worden geen aanwijzingen gevonden voor uitzaaiingen.

Seksfysiologische aspecten

Zodra er weer een orgasme is blijkt dat ook de zaadlozing normaal optreedt, met dien verstande dat het sperma nu dus uit de nieuwe urethraopening komt. De reeds bestaande non-genitale

erogene zones (bij deze patiënt vooral het gebied van de oren) worden intensiever aangesproken. Een nieuwe zone heeft zich ontwikkeld in het liesgebied waar de testikels onder de huid liggen. Merkwaardigerwijs is het gebied rond de urethra (vooralsnog?) geen nieuwe erogene zone geworden. Bij andere patiënten werd dit namelijk wel beschreven. Het boeiende is dat daar bij opwinding nu een soort erectie ontstaat. Deze zwelling rond de urethra is enigermate spits als een vulkaan en geeft geringe last bij het (ver-)zitten. Dat doet ons beseffen dat normaal bij de erectie ook het diepe gedeelte van het zwellichaam niet alleen opzwellt, maar ook helpt bij het langer worden van de penis! Wij hadden daar nooit bij stilgestaan.

Sekstherapeutische aspecten

In de seksuologische hulpverlening raakt men vaak gevangen in discussies over 'wèl of niét organisch', faalangst, enzovoort. Of in de patstelling tussen de therapeut ("Meneer, probeert u eerst maar weer ontspannen opgewonden te worden, dan komt de erectie vanzelf wel weer!") en de man ("Dokter, als ik nou maar eerst weer een erectie kan krijgen, dan komen die zin en opwinding vanzelf wel weer"). De man zonder penis valt geheel buiten dit dilemma en wordt daarmee een uitdaging voor de seksuologische hulpverlening. Bij dit echtpaar kwam binnen korte tijd weer een plezierige seksuele relatie van de grond. De redenen daarvoor liggen vooral in de goede relatie tussen beide partners, hun bereidheid om niet bij de pakken te gaan neerzitten en de flexibiliteit om af te stappen van hun vertrouwde patroon. In feite zijn dat de belangrijke onderdelen van hun gezamenlijke coping mechanisme.

Het boeiende van een dergelijke casus is de opvoedende waarde ervan voor mij (WLG) als therapeut en voor andere cliënten. Ik gebruik dergelijke verhalen dan ook soms om mijn cliënten of studenten het verschil duidelijk te maken tussen mensen die wèl en mensen die niét bij de pakken gaan neerzitten.

Discussie

Hengeveld en Boon (1993) beschreven een man met een totale penisamputatie. Zij concludeerden dat daarna nog bevredigende seksuele activiteit mogelijk is. Bij die man begon de behoefte aan seksualiteit na acht maanden weer te spelen. Hun patiënt zag de medisch seksuoloog overigens pas voor het eerst ongeveer een jaar na de eerste operatie. Het is verleidelijk om te veronderstellen dat sneller inschakelen van psychiatrische en seksuologische hulp ook eerder tot herstel van bevredigende seks leidt. Recent beschreven Gualthérie van Weezel ea (1995) zeer uitgebreid de psychosociale en seksuologische gevolgen van de behandeling van het peniscarcinoom naar aanleiding van een onderzoek bij tien mannen en bij een deel van hun partners. In hun onderzoek keken zij naar indicatoren voor herstel van seksualiteit en intimiteit. De belangrijkste zijn dan: de mate van flexibiliteit van patiënt's eigen "coping style" en de partner's manier van reageren. Bij zorgvuldig navragen bleek dat bij het grootste deel van hun patiënten de seksuele relatie verstoord was geraakt en de intimiteit sterk afgenomen. Dat lijkt onvermijdelijk. Toch hebben wij de neiging om hier optimistisch te zijn. Wij veronderstellen dat het resultaat beter kan. Door tijdig deskundige hulp in te schakelen zodat het effect van gebrekkige coping mechanismen en een niet erg coöperatieve partner kan worden gecompenseerd. Wij menen dat een of andere combinatie van psychiatri-

sche, psychotherapeutische en seksuologische hulp tenminste bij een deel van de paren het verlies van seksualiteit en intimiteit kan voorkomen. Wij adviseren dan ook om patiënten die een dergelijke mutilerende ingreep moeten ondergaan al in een vroeg stadium seksuologische hulp aan te bieden.

Summary

Sexuality following amputation of penis and scrotum

A 52-year old male is presented who attended the urology department with a carcinoma of the base of the penis. Both his penis and scrotum had to be removed. During the hospital admission psychiatric support was given and from that very first contact onward sexuality was discussed as something which can continue, although in a different way. Besides, the offer to attend the medical sexology department was made repeatedly. Within 8 months the couple's sexual life had recovered satisfactory. This positive effect seems to be dependent both on the coping mechanisms of the couple, and on the early calling in auxiliary forces of both psychiatry and medical sexology. In terms of sexological treatment such a case is interesting because the vainly negotiating for an erection is no issue any more. This enhances new views on the possibilities of sexological help. Such examples can stimulate the development of strategies which can also be used in cases with less outspoken organic pathology.

Literatuur:

- Gualthérie v. Weezel, L.M., S. Horenblas en N.K. 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. *Ned Tijdschr v Geneesknd*, 137: 1465-1466.