

Andrologische urologie: Een zaak van mannenemancipatie

Eric Meuleman

Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam

Meneer de rector, dames en heren,
 In deze openbare lezing waarmee ik het ambt van hoogleraar Andrologische Urologie aanvaard, wil ik U uitleggen waarom andrologische urologie een zaak van mannenemancipatie is. Andrologie, afgeleid van het Griekse woord “Andros” betekent letterlijk mannenkunde en is daarmee een tegenhanger van gynaecologie of “vrouwenkunde”. De eerste golf van vrouwenemancipatie vond plaats aan het begin van de vorige eeuw toen Aletta Jacobs, de eerste vrouwelijke arts in Nederland het belang van een effectieve en veilige geboortebepierking propageerde. Vrouwenemancipatie beleefde haar tweede hoogtepunt in de jaren ‘70 van de vorige eeuw en kenmerkte zich door verzet tegen de bestaande rolverdeling tussen mannen en vrouwen. Problemen van vrouwen die voortvloeiden uit hun onmachtige positie in de samenleving, zoals het huisvrouwensyndroom (“de vrouw heeft maar één recht: het aanrecht”) vrouwen mishandeling en seksueel misbruik. Tevens werd het zelfbeschikkingsrecht van vrouwen over hun lichaam (“baas in eigen buik”) een belangrijk thema. In de hulpverlening voelde men een tekort aan kennis van vrouwenziekten en ontstond er behoefte aan wetenschappelijke onderbouwing. Dit leidde tot de vorming van een wetenschappelijke discipline onder de noemer

“vrouwenstudies geneeskunde”. Momenteel ondergaat de vrouwenemancipatie een verjongingskuur door de oprichting van het eerste instituut voor “women’s health” in Utrecht.

U vraagt zich af: is mannelijkheid zo nadelig voor de gezondheid dat er tegenwoordig ook mannenemancipatie nodig is? Of wordt er doelbewust een competitie gecreëerd tussen mannen en vrouwen om de publieke aandacht en sympathie (“wie is er het slechtst aan toe?”). Een van de belangrijkste redenen voor de toenemende belangstelling voor mannen in de gezondheidszorg komt voort uit het opmerkelijke verschil in levensverwachting tussen man en vrouw. Ondanks dat de levensverwachting van de Nederlandse man in de afgelopen eeuw 25 jaar is gestegen en nu rond de 77 jaar ligt, leven mannen gemiddeld 4 jaar korter dan vrouwen. Het Centraal Bureau voor de Statistiek voorspelt voor 2025 een levensverwachting van ruim 78 jaar. Het opvallende verschil in levensverwachting, in de Angelsaksische literatuur “gendergap” genoemd, wordt toegeschreven aan verschillen in leefgewoonte en risicogedrag zoals de houding ten aanzien van gezondheid, verkeersongevallen, alcoholgebruik, roken, en aanleg voor cardiovasculaire ziekte. Vrouwen zijn meer gericht op preventie (“voorkómen is beter dan genezen”), mede door de onvermijdelijke medische contacten rond zwanger- en ouderschap, terwijl mannen meer gericht zijn op ‘reparatie’. Minder dan 40 procent van alle dokterscontacten worden door mannen vervuld. Hier moet wel opgemerkt worden dat de kortere levensverwachting van de man niet gepaard gaat met meer ziekte. Integendeel, er zijn aanwijzingen dat mannen, gemeten in jaren zonder functionele handicaps, een langere “gezonde” levensverwachting hebben (“men die quicker, women die sicker”). Desondanks is de kans op een of meerdere handicaps of ziekten bij de man boven de 65, één op vier.

Prof. Dr. E.J.H.Meuleman, uroloog, seksuoloog NVVS, Vrije Universiteit Amsterdam.

Bewerking van de rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Andrologische Urologie aan de faculteit der geneeskunde van de Vrije Universiteit Amsterdam / VU Medisch Centrum op 13 april 2007. Met dank aan Koos Slob en Jacques van Lankveld voor hun waardevol advies bij de bewerking van deze oratietekst voor het TS. Indien u geïnteresseerd bent in de volledige originele tekst en referenties, gelieve contact op te nemen met e.meuleman@vumc.nl.

Ontvangen: 26 mei 2007; Geaccepteerd: 27 september 2007

De gendergap

De gendergap onderstreept mijns inziens de behoefte aan specifieke zorg en kennisontwikkeling voor het mannelijke geslacht. Daarbij is het belangrijk de mannenproblematiek steeds binnen een psychosociale context te plaatsen en voor een integrale geneeskundige benadering te kiezen. Daarvoor is zorg vereist die mannen helpt hun traditionele rolpatronen en maatschappelijke opvattingen over mannelijkheid te doorbreken. Voor de klachten waar het om gaat, plassen, seksualiteit en vruchtbaarheid, gelden dezelfde risicofactoren als voor ziekte en voortijdige dood: gebrek aan lichaamsbeweging, stress, roken en middelengebruik. In het bijzonder verdient het hoge risico van mannen op hart- en vaatziekte aandacht. De zorg in een mannenkliniek dient dan ook gebaseerd te zijn op vroeg-diagnostiek, voorlichting, preventie en begeleiding. Kortom de mannenkliniek verdient een academische verankering in "mannenstudies geneeskunde". De Vrije Universiteit Amsterdam heeft met de vestiging van de leerstoel Andrologische Urologie blijk gegeven deze visie te willen vormgeven.

In het vervolg zal ik u aan de hand van praktijkgevallen een beeld schetsen van alledaagse mannenproblematiek en de weg die gevolgd kan worden om de man te emanciperen.

Use it or loose it

Een bordje op metrostation Bullewijk waarschuwt: "Use it *and* loose it". Afgebeeld een man met een GSM. Dus, met andere woorden, op station Bullewijk loop je gevaar je GSM te verliezen wanneer je deze gebruikt. Voor de erectie na behandeling voor prostaatkanker geldt precies het omgekeerde: "Use it *or* loose it". Met de toename van het aantal op steeds jongere leeftijd behandelde mannen is de kwaliteit van het seksuele leven een belangrijk thema. Acht op de tien voor prostaatkanker behandelde mannen lopen een erectiestoornis van de penis op. Complicaties die optreden omdat de bezuiging van hun zwellichaam door de operatie beschadigd wordt. Voor deze mannen is snelle seksuele revalidatie van essentieel belang voor het behoud van hun erectie. Desnoods met behulp van erectiebevorderende middelen.

Voortplantingsgeneeskunde

De heer en mevrouw C melden zich met onvervulde kinderwens sinds ruim drie jaar. In Nederland wordt ongeveer één op de vijf paren met dit probleem geconfronteerd. Bij het merendeel gaat de kinderwens alsnog in vervulling, meestal door het optreden van een spontane zwangerschap. Uiteindelijk blijft één op 25 paren kinderloos. De belangrijkste oorzaak is uitstel

van kinderwens. Zwanger worden is een kwestie van kans. Normaal ligt deze rond de 25% per maand. De kansen nemen echter met het stijgen van de leeftijd van de vrouw drastisch af: ten opzichte van een 25-jarige is de kans van een 35-jarige gehalveerd en van een 39-jarige gedecimeerd. In Nederland is de leeftijd van de vrouw bij het krijgen van haar eerste kind bijna 30 jaar en behoort tot de hoogste ter wereld. Voor een met de leeftijd samenhangende afname van vruchtbaarheid bij de man is geen sprake: pas na het 50ste jaar is er een geringe achteruitgang van spermakwaliteit

Het milieu en een kwetsbaar Y-chromosoom

Bij de man vormt blootstelling voor de geboorte aan stoffen zoals pesticiden, DES, DDT, PCB's en dioxine een belangrijke bedreiging voor de vruchtbaarheid. In Florida, waar hoge concentraties van deze stoffen in het milieu voorkomen, zijn kleine penissen bij alligators en afnemende spermakwaliteit bij panthers waargenomen. Bij de mensenman kan een 'testiculaire dysgenese syndroom (TDS)', letterlijk 'niet goed ontwikkelde zaadballen' het gevolg zijn. Het klinische beeld omvat naast onvruchtbaarheid, indalingsstoornissen van de zaadbalk, sluitingsdefecten van de plasbuis en zaadbalkanker. Zaadbalkanker is de meest voorkomende tumor in de leeftijdscategorie van 20 tot 35 jaar. Jaarlijks wordt de diagnose in ons land bij ongeveer 500 mannen gesteld. In de afgelopen 50 jaar is het voorkomen verdubbeld. Het feit dat de stijging zich voordoet bij mannen die na de tweede wereldoorlog zijn geboren en het gegeven dat Finse migranten in Zweden een driemaal lagere kans hebben op het ontwikkelen van zaadbalkanker dan in Zweden geboren mannen is een sterke aanwijzing dat milieufactoren die voor de geboorte inwerken de belangrijkste oorzaak zijn. Daarnaast is de man genetisch kwetsbaar. Dat komt omdat zijn Y-chromosoom, dat de erfelijke informatie draagt die hem tot een man maakt en dat essentieel is voor zijn vruchtbaarheid, in tegenstelling tot andere chromosomen, geen partner heeft om genetische informatie mee uit te wisselen. Y is een eenzaam chromosoom. Verlies van stukjes Y, een proces dat bij elke celdeling optreedt, kan daarom catastrofaal uitpakken. Een op de 25 mannen mist een stukje Y. Dit gegeven ontlokte de geneticus Bryan Sykes de uitspraak dat het niet lang meer duurt voordat er op het hele Y-chromosoom geen actief gen meer te vinden is en de man is uitgestorven.

Behandeling

Nu we hebben vastgesteld dat uitstelgedrag, milieufactoren en een kwetsbaar Y-chromosoom dé bedrei-

gingen vormen voor de vruchtbaarheid is de vraag wat andrologische zorg kan bijdragen aan verhoging van de zwangerschapskansen van de heer en mevrouw C. Vast staat dat de therapeutische mogelijkheden beperkt zijn. Bij maar zes procent van de mannen kan met een operatie of met hormonen iets bereikt worden. Staat de androloog met lege handen? Niet helemaal. Hij kan hulp bieden bij het veranderen van een leefstijl die nadelig is voor de vruchtbaarheid. Het gaat om factoren als stress, overgewicht, roken, alcohol, anabole steroïden, intensieve sportbeoefening en scrotale temperatuursverhoging. Bovendien hebben een groot aantal geneesmiddelen een negatieve invloed op de spermakwaliteit. Wanneer daarna, op grond van de belangrijkste voorspellende factoren: leeftijd van de vrouw, zaadkwaliteit en duur van de onvervulde kinderwens, de kansen op een spontane zwangerschap relatief hoog zijn, is afwachten gerechtvaardigd. Dit is vaak niet gemakkelijk te “verkopen” omdat patiënten moeilijk accepteren dat een dokter “niks doet”. En ook dokters hebben vaak moeite om niet te behandelen, zodat het gevaar voor overbehandeling niet denkbeeldig is. Wanneer de kansen gering zijn kan men adviseren over te gaan op geassisteerde voortplanting.

Geassisteerde voortplanting

Het principe van geassisteerde voortplanting is zaadcellen in direct contact te brengen met de eicel. Afhankelijk van het aantal zaadcellen bestaat de keuze uit het plaatsen van sperma in de baarmoeder, intra-uteriene inseminatie (IUI), bevruchting van eicellen in het laboratorium (IVF), of het injecteren van een zaadcel in een eicel, ICSI. Intra-uteriene inseminatie is de minst belastende vorm van geassisteerde voortplanting en eerste keus bij een mannelijke vruchtbaarheidsstoornis. De kans op zwangerschap per cyclus bedraagt 7%. Paren die het niet lukt op deze manier zwanger te worden komen in aanmerking voor IVF of ICSI, met een kans op een baby in de wieg van één op vier. In Nederland is ongeveer één op de 20 kinderen het resultaat van geassisteerde voortplanting. Er kleven ook nadelen aan. Zo is er onzekerheid over de risico's voor het nageslacht, wordt de behandelingsdruk bij de vrouw gelegd en neemt de kans op meerlingzwangerschap toe. Om die kans te verkleinen zou het helpen om het maximum van drie te vergoeden IVF-behandelingen te verhogen om het artsen én patiënten makkelijker te maken om te kiezen voor het plaatsen van slechts één embryo per keer.

Dubbel inkomen geen seks

Terug naar ons paar. Hun probleem bleek te berusten op een in frequentie toenemend fenomeen in de westerse wereld: het ‘dubbel inkomen, geen seks syndroom’.

Er zijn stellen die het zo druk hebben met carrière maken dat ze nauwelijks tijd voor intimiteit hebben. Zij beschouwen seks als een klusje dat geklaard moet worden, te vergelijken met het inruimen van de vaatwasser. Seksuele klachten zoals geen zin, erectiestoornissen, snel klaarkomen en pijn bij vrijen zijn het gevolg. Bij kinderwens komt de (seksuele) relatie nog verder onder druk te staan. Hierdoor ontstaat een vicieuze cirkel van seksuele disfunctie à uitblijven van zwangerschap → getimede coïtus → faalangst → seksuele disfunctie.

Anticonceptie

De heer B heeft kinderwens in een nieuwe relatie. Zelf is hij 10 jaar geleden gesteriliseerd. De eerste mannelijke sterilisatie werd in 1899 in de VS gedaan om de voortplanting van “criminelen, imbecielen en paupers” te voorkomen. Met een heel ander motief propageerde in 1918 de Weense fysioloog Steinach de vasectomie. Hij beoogde verjonging van oudere heren door een veronderstelde verhoogde testosteronproductie na onderbinding van de zaadleiters. Beroemd zijn de sterilisatieoperaties van Sigmund Freud en de dichter en Nobelprijswinnaar William Butler Yeats. Vooral de discussie over de vraag of de uitbarsting van creativiteit van de wat oudere Yeats een gevolg was van zijn sterilisatie is beroemd. Als methode voor anticonceptie werd de vasectomie in Nederland voor het eerst in 1970 toegepast. In de topjaren 1978-1986 werden er jaarlijks meer dan 100.000 uitgevoerd. Tegenwoordig zijn dat er 35.000 per jaar. Wie kiezen er voor een vasectomie? Vooral mannen ouder dan 30 jaar, met een hogere opleiding, een bovenmodaal inkomen en een compleet gezin. De als hoog ingeschatte effectiviteit, de als laag ingeschatte risico's en de relatieve lage kosten (•200-500, vergeleken met •500-2000 voor een vrouwelijke sterilisatie) worden als redenen aangevoerd om een vasectomie te verkiezen boven een vorm van vrouwelijke anticonceptie. Veel mannen vinden het nu ‘hun beurt’ om voor anticonceptie te zorgen. Relatiecrisis, recente (ongewenste) zwangerschap of sociale problemen zijn slechte motieven.

Ondanks uitgebreide patiëntenvoorlichting over het definitieve karakter van een sterilisatie laat ongeveer 3% van de gesteriliseerde mannen een hersteloperatie verrichten. Nieuwe kinderwens in een nieuwe relatie is de belangrijkste reden. De kans om spijt te krijgen is groter bij mannen die op jongere leeftijd gesteriliseerd zijn en bij mannen die om andere redenen dan een voltooid gezin een sterilisatie ondergingen. Het grote nadeel is dat de vasectomie moeilijk omkeerbaar is en de mannen na een hersteloperatie vaak verminderd

vruchtbaar zijn. Er lijkt dus behoefte aan een alternatief: de mannenpil. Waarom is die er nog niet?

De mannenpil

Om te beginnen wordt geboortebeperking vanouds gezien als iets voor de vrouw, vooral omdat een zwangerschap voor de vrouw verreweg de meeste gevolgen heeft. Door het succes van de vrouwenpil is de noodzaak voor een mannelijke variant afgenomen. Er is dan ook nauwelijks vraag vanuit de belangrijkste doelgroep, de mannen zelf. Desondanks startten de farmaceutische bedrijven Organon en Schering in 2004 een onderzoek naar de mannelijke anticonceptiepil. Inmiddels is het onderzoek afgerond en is gebleken dat hormonale anticonceptie effectief en betrouwbaar is. Toch ligt de verdere ontwikkeling stil, omdat de geteste variant, jaarlijks een staafje met hormonen in de bovenarm en elke drie maanden een injectie in de bilspeer, de mannen afschrikt. De mannenpil is dus wel effectief, maar niet gebruikersvriendelijk.

Seksualiteit

De heer V, 59 jaar, bezoekt het spreekuur met de klacht erectiestoornis. Door de eeuwen heen is impotentie een bron van vernedering en schaamte geweest. Zelfs in 1984 nog omschreef Kaplan de impotente man als “de meest tragische figuur op het podium van het menselijke drama”. In vroeger eeuwen werd impotentie toegeschreven aan hekserij. Aan het eind van de 19e eeuw werd impotentie vooral geassocieerd met seksuele uitpattingen, overmatige masturbatie en gonorroe. Door de opkomst van de psychoanalyse week deze medische interpretatie naar de achtergrond. Stekel, een leerling van Freud, meende dat 90 procent van de gevallen van impotentie psychogeen bepaald is, een mening die door vele clinici werd overgenomen. “For every one case of organic impotence that comes my way, I see at least 10 of psychological impotence”, verzuchtte Simpson nog in 1950. Deze tot in de jaren 1960 heersende opvatting leidde tot therapeutisch nihilisme en moedigde de arts weinig aan tot verder onderzoek (“u bent geen 21 meer”). Patiënten die met alle geweld op behandeling aandrongen, werden naar de psychiater verwezen, wiens traditionele psychoanalytische aanpak maar weinig succes sorteerde.

De afgelopen 30 jaar hebben er stormachtige ontwikkelingen plaatsgevonden. Te denken valt aan het operatief inbrengen van erectieprothesen, de toepassing van zelfinjecties in het zwellichaam, het gebruik van vacuümapparatuur en het plaatsen van een zetpilletje in de plasbuis. Verreweg het belangrijkste was echter de introductie (1998) van de erectiepill sildenafil

(Viagra®). Nog nooit werd een nieuw geneesmiddel in de eerste periode na introductie zo frequent voorgeschreven. In termen van de farmaceutische industrie een echte “blockbuster”. Maar toch, zelfs anno 2007 kan impotentie voor een man een groot probleem zijn, dat hij maar moeilijk ter sprake brengt, ook bij zijn dokter. Vaak wacht hij tot de arts daarnaar vraagt. Veel artsen nemen een afwachtende houding aan als het gaat om vragen op het gebied van seksualiteit. Dit leidt ertoe dat slechts een klein deel van de mannen met een erectiestoornis gehoor vindt.

Met het ouder worden merken de meeste mannen dat zij wat meer moeite hebben met het krijgen of houden van een erectie. Sommige menen dat daarmee hun seksuele rol is uitgespeeld. In Nederland hebben 13% van de mannen boven de 40 een dergelijke ervaring. Boven de 70 jaar is dat percentage bijna 40. Op grond van bevolkingsonderzoek zijn er in Nederland naar schatting een kleine 120.000 mannen die hun verminderde erectiekwiteit als probleem ervaren. De piek ligt rond het 55^{ste} levensjaar. Roken, overgewicht, plasklachten, het onder behandeling zijn voor hart en vaatziekte en longziekten zijn de belangrijkste medische risicofactoren.

De kromme penis

Maar ook jonge mannen kunnen kampen met seksuele problemen. Bij hen zit het probleem vaak tussen de oren of, anders gezegd, staan psychologische factoren zoals faalangst en prestatiedruk op de voorgrond. Een bekend probleem voor jonge mannen is het formaat en de vorm van hun penis. Van Driel (1994) beschrijft in zijn boek “Onvermogen de Heren” dat “twee van de drie mannen hun penis te klein of te krom vinden”. Mannen met dit probleem kunnen in een sociaal isolement raken. Ze mijden zwembaden, kleedkamers, sauna's en seksueel contact.

Kromstand van de penis kan aangeboren zijn, door een asymmetrie van de zwellichamen, of verworven, zoals bij de ziekte van Peyronie. De ziekte van Peyronie, waarbij door bloedinkjes bindweefsel in het kapsel van het zwellichaam ontstaat, manifesteert zich na het 40ste jaar. Het beloop is gekenmerkt door snel opkomende symptomen van pijn en kromstand met daarna een langzame verergering, gevolgd door langzame afname van de pijnsymptomen. Dit proces kan twee jaar duren. Bij een op de vijf mannen blijft een seksueel invaliderende kromstand bestaan.

Mannen met een peniel probleem komen vaak bij de uroloog terecht met het verzoek tot operatieve correctie. Aan een te klein bevonden penis kunnen urologen weinig doen. Wanneer de te geringe lengte veroorzaakt wordt door testosteron tekort kan, mits tijdig

ontdekt, een behandeling met testosteron lengtewinst geven, maar veel helpt dat niet. De kromme penis daarentegen leent zich goed voor een operatieve correctie. Helaas valt het resultaat vaak tegen. De ingreep leidt altijd tot verkorting, soms tot erectie- en gevoelsstoornissen en bijna nooit tot de gewenste kaarsrechte stand. De liefdemoderator op de website voor scholieren 'leerlingen.com' zegt hierover: "Bij maar weinig jongens is de penis kaarsrecht. Een kromming naar links komt het meest voor. Linkshandige, rechtsdragende mannen hebben vaak een kromming naar rechts. Dit is gewoon de vorm die veel penissen hebben en dat verandert ook niet. Het is pas een probleem als de penis zo krom is dat vrijen pijn doet. Maar dat is uitzonderlijk". En zo is het.

Verkeerd lichaamsbeeld

Er gloort hoop nu de psychiatrie de klacht als uiting van 'body dysmorphic disorder (BDD)' of 'verkeerd lichaamsbeeld' heeft herkend. Patiënten met een verkeerd lichaamsbeeld zijn sterk geïmprecarieerd met een vermeende onvolkomenheid van hun uiterlijk of zijn overdreven ongerust bij een geringe lichamelijke afwijking. Deze preoccupatie leidt tot beperkingen in het functioneren, depressie en middelenmisbruik. Eénderde doet een zelfmoordpoging. Door de meeste urologen wordt een verkeerd lichaamsbeeld niet herkend en vaak wordt al te gemakkelijk, ook omdat het moeilijk is om de man te motiveren naar een psychiater of psycholoog te gaan, naar een medische oplossing, in veel gevallen het mes, gegrepen, terwijl medicatie en gedragstherapie de beste behandeling is. Door de afdelingen urologie, psychiatrie en medische psychologie aan de VU is onderzoek gestart naar genitale BDD.

De psychosomatische cirkel van seks

Zijn het bij de jonge man psychosociale factoren die de aanleiding vormen voor het ontstaan van seksuele problemen, bij de oudere man zijn dat vooral bijkomende ziekten. Om dat te kunnen begrijpen, neem ik U kort mee naar de 'psychosomatische cirkel van seks, die het samenspel tussen lichaam en geest bij het tot stand komen van seksueel gedrag beschrijft. Seksueel gedrag is afhankelijk van seksuele motivatie, zin hebben in, en een seksuele respons die zich uit in een toename van bloedstroom naar het geslachtsorgaan. Dit resulteert bij de man in een erectie, bij de vrouw in het vochtig worden van de schede. Zin in seks ontstaat door integratie in de hersenen van prikkels van buiten, beeld, geur, gevoel, geluid, smaak, en prikkels van binnen, fantasie. Dat alles onder de invloed van testosteron, het mannelijke geslachtshormoon. Vertaling in een erectie vindt plaats in het centrale zenuwstelsel. Hier-

bij zijn verschillende signaalstoffen betrokken.

Een erectiestoornis als waarschuwing

Bij een erectie vullen de zwellichamen zich met bloed. Hiervoor is essentieel het signaalmolecuul stikstofmonoxide, dat door de binnenbekleding van de bloedvaten, het endotheel, wordt gemaakt. Het is dan ook niet verwonderlijk dat ziekten waarbij de bloedvaten zijn aangetast, zoals hoge bloeddruk of suikerziekte, het risico op een erectiestoornis verhogen. Het feit dat dit proces zich in alle bloedvaten van het lichaam voltrekt, maakt dat een erectiestoornis een voorbode van een hartinfarct of hersenbloeding kan zijn. Simpelweg zijn de slagadertjes in de penis kleiner dan die in het hart of de hersenen, waardoor deze in het zwellichaam eerder zullen dichtslibben. Uit de vasculaire geneeskunde zijn gegevens die aantonen dat mannen met vaataandoeningen veel baat hebben bij risicoreducerende maatregelen. Vooral interventies gericht op roken, voeding en beweging zijn effectief gebleken en kunnen even effectief zijn als behandelingen met geneesmiddelen.

Penopauze

Nu gebleken is dat 'geen zin in seks' gepaard kan gaan met een lage testosteronspiegel, is een actuele vraag bij de vergrijzende mannenbevolking of een testosteronpreparaat uitkomst kan bieden. De term 'penopauze' is zelfs gelanceerd met het idee dat dit het mannelijke equivalent is van de menopauze bij de vrouw. Is testosteron een elixer voor hen die graag jong en krachtig willen blijven? Mijns inziens is terughoudendheid met het voorschrijven van testosteron geboden zolang goed onderzoek ontbreekt. Vooral omdat het symptoom, geen zin in seks, niet te onderscheiden is van de verschijnselen van normale veroudering en de bijwerkingen van een behandeling op langere termijn onbekend zijn. Bovendien is het nog maar de vraag of testosteronsuppletie wel een gunstige werking heeft op de al wat oudere hersenen. Een interessante recente ontwikkeling is het onderzoek naar de relatie tussen een lage testosteronspiegel en het 'metabool syndroom'. Het metabool syndroom is een combinatie van vier frequent voorkomende aandoeningen. Deze aandoeningen zijn: een hoge bloeddruk, suikerziekte, verhoogd cholesterol en overgewicht. En een vijfde afwijking die vaak hiermee gepaard gaat is proteïnurie, verhoogde eiwitafscheiding in de urine. Als tenminste drie van bovenstaande aandoeningen zijn aangetoond wordt van metabool syndroom gesproken. Het is een stofwisselingsaandoening, die veroorzaakt wordt door een disbalans tussen voedselopname en lichamelijke activiteit. Met andere woorden door te veel eten en te

weinig beweging. Hierdoor treedt een verstoring op in de regulatie van de stofwisseling door de hersenen. Het gaat mogelijk om een verstoring van de biologische klok die de stofwisseling, via het autonome zenuwstelsel, aan het dag- en nachtritme aanpast. Bij de westerse bevolking komt de aandoening vaak voor, met een duidelijke toename in absolute zin, samenhangend met de enorme toename van het overgewicht. Er zijn steeds meer aanwijzingen dat er een relatie tussen een laag testosteron en het metabool syndroom bestaat, de vraag is echter, wat is er eerst: de kip of het ei?

Lichaamsbeweging

Reeds eerder is opgemerkt dat overgewicht en te weinig lichaamsbeweging tot de belangrijkste risicofactoren voor het ontwikkelen van andrologische klachten behoren. Overgewicht wordt veroorzaakt door te weinig energieverbruik. Om te overleven is het tegenwoordig niet meer essentieel om lichamelijk actief te zijn. Lichamelijk actief zijn is dan ook meer een keuze dan een noodzaak. In veel gevallen is de keuze voor lichamelijke inactiviteit aantrekkelijker dan die voor lichamelijke activiteit. Het gevolg is dat meer dan de helft van de Nederlanders niet voldoet aan de Norm Gezond Bewegen. Voor volwassenen is deze vastgesteld op minimaal vijf dagen in de week 30 minuten matig intensief bewegen. Er zijn eenvoudige maatregelen om mensen meer te laten bewegen. Zo toonde een internistengroep in Zwolle aan dat stimulering van een gezonde leefstijl in een ziekenhuis op een eenvoudige manier gerealiseerd kan worden. Het plaatsen van trapgebruik bevorderende bordjes leidde tot een flinke toename van het trapgebruik. Zo zijn er talloze voorbeelden in de woonomgeving te bedenken die bewegen bevorderen. Ik ben het helemaal met de hooggeleerde Willem van Mechelen eens dat “meer groen” in de Vinexwijken niet moet dienen om naar te kijken, maar om in te bewegen.

Het is dan ook niet voor niets dat de mannenkliniek samen met het EMGO instituut, body@work, specifieke leefstijlinterventie programma's ontwikkelt voor mannen met mannenklachten, preventie op maat. Het bijeenbrengen van lotgenoten in een gezamenlijk spreekuur is een van de projecten die op stapel staan.

Aanbevolen literatuur

- Bancroft, J. (1989). The biological basis of human sexuality. In J. Bancroft (Ed.), *Human sexuality and its problems*, 2nd ed. (pp. 12-88). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Bonneux, L. (2005). De onredelijkheid van prostaatkanker-screening en de ethische problemen met het onderzoek daarnaar *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 149, 966-971.
- Diamond, J., & Diamond, J.M. (1992). *Rise and fall of the third chimpanzee. Evolution and human life*. Ebury: Vintage.
- Hildebrandt, V.H., Ooijendijk, W.T.M., Stiggelbout, M., & Hopman-Rock, M. (2004). *Tendrapport bewegen en gezondheid 2002/2003*. Leiden: TNO-PG.
- Lagro-Janssen, A.L.M. (2007). Sekse, gender en gezondheid: Ontwikkelingen in het wetenschappelijk onderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 151, 374-377.
- Lunenfeld, B., & Gooren, L. (2002). Aging men – Challenges ahead. In B. Lunenfeld & L. Gooren (Eds.), *Textbook of men's health*. London: Parthenon.
- Myers, J.P., Colborn, T., & Colburn, T. (1997). *Our stolen future. Are we threatening our fertility, intelligence and survival? A scientific detective story*. New York: Plume Books.
- Quammen, D. *Song of the dodo. Island biogeography in an age of extinctions*. Ebury: Vintage.
- van der Heide, W.K. (2006). *Mannen met plasklachten in de huisartsenpraktijk*. Groningen: Rijksuniversiteit [Academisch proefschrift].
- Sykes, B. (2006). *De man sterft uit*. Amsterdam: Maarten Muntinga
- van Driel, M.F. (1994). *Onvermogene heren*. Groningen: Styx.
- van Driel, M.F. (1997). *Het geheime deel: Mannelijk onvermogen door de eeuwen heen*. Amsterdam: Arbeiderspers.