



Urologie en mannen die seks hebben met mannen

Ingrid W. Koëter · Joost M. Vermue · Patrick W. Dielissen

Geaccepteerd op: 23 augustus 2022
 © The Author(s) 2022

Samenvatting Mannen die seks hebben met mannen (MSM) vormen een zeer diverse groep; op een aantal punten verschilt het seksuele gedrag van het seksuele gedrag van de normatieve heteroseksuele man. Het is voor de uroloog belangrijk kennis te hebben van seksualiteit en de gevolgen daarvan bij urologische ziekten, die op een aantal fronten anders zijn. Dit artikel beschrijft accentverschillen in seksuele beleving van MSM. Het geeft een overzicht van verschillende urologische diagnoses en problemen, waaronder erectie- en ejaculatiestoornissen, prostaatproblemen, hypogonadisme en urologische behandelingen, met hun relatie tot die seksuele beleving. Urogenitale maligniteiten zoals blaas-, prostaat-, penis- en testiscarcinomen komen vaker voor bij hiv. Chemseks (seks onder invloed van drugs) verhoogt het risico op urologische problemen en op soa, door vaker onveilige (ruwere) seks en meerdere sekspartners waarmee chemseks gepaard gaat. Meer kennis en een open gesprek over MSM zal leiden tot meer kennis en acceptatie van de seksuele gevolgen van urologische problemen en behandelingen bij MSM.

Trefwoorden MSM · chemseks · prostaat · hiv · seksueel gedrag

dr. I. W. Koëter (✉)
 afdeling Urologie, Rivas Zorggroep, Beatrixziekenhuis,
 Gorinchem, Nederland
 i.koeter@rivas.nl

J. M. Vermue
 PrePzorg en Huisartspraktijk Praktijk Ons Huis,
 Geldermalsen, Nederland

dr. P. W. Dielissen
 Huisartspraktijk Medisch Centrum Onder de Linde,
 Nijmegen, Nederland
 Afdeling seksuele gezondheid, GGD Noord en
 Oost-Gelderland, Warnsveld, Nederland

Urology and men who have sex with men

Abstract Men who have sex with men (MSM) form a very diverse group and in many ways the sexual behavior differs from the normative heterosexual man. It is important for the urologist to have knowledge of the sexual behavior and consequences of urologic diseases, specific to MSM. This article shows differences in sexual experiences of MSM. It offers an overview of different urologic diagnoses and problems, such as erection and ejaculation problems, prostate diseases, hypogonadism and urologic treatments, regarded to those experiences. Urogenital malignancies such as bladder, prostate and penile and testicular carcinomas are more common in hiv. Chemsex (sex under the influence of drugs) increases the risk of urological problems and of STIs; by more often unsafe (rougher) sex and multiple sex partners. More knowledge and an open attitude about MSM will lead to more knowledge and acceptance of the sexual consequences of urological problems and treatments in MSM.

Keywords MSM · chemsex · prostate · hiv · sexual behavior

Introductie

Veel urologische problemen en therapieën hebben seksuele gevolgen. De uroloog weet dat dit voor elke man geldt. Een deel van de mannen heeft echter een andere seksuele voorkeur dan heteroseksualiteit of heeft ander seksueel gedrag dan uitsluitend seks met vrouwen. In Nederland voelt 4–6% van de volwassenen zich aangetrokken tot iemand van hetzelfde geslacht. Ongeveer 3% van de mannen noemt zich homoseksueel (2,6–3,2%) en 1,7% biseksueel [1]. Van de adolescenten geeft 7% aan zich ook, vooral, of uitsluitend seksueel aangetrokken te voelen tot sekse-



genoten. Van de jongens noemt 2% zich biseksueel en 3% homoseksueel. Met kennis over seksuele oriëntatie of gedrag kan de uroloog betere persoonsgerichte zorg bieden [2].

In onze gezondheidszorg is persoonsgerichte zorg de norm. In het kader van dit artikel gaat het om zorg met aandacht voor diversiteit en persoonskenmerken, zoals seksuele oriëntatie en seksueel gedrag anders dan de heteronorm. Seksuele oriëntatie gaat over voorkeuren en identiteit. Dit artikel gaat over mannen die seks hebben met mannen (voorkeur) en homo- en biseksualiteit (identiteit) in de spreekkamer van de uroloog. Transgender valt buiten het bestek van dit artikel. Mannen die seks hebben met mannen (MSM) vormen een zeer diverse groep waarbij het voor de uroloog belangrijk is vooral kennis te hebben van het seksuele gedrag van deze mannen.

Bij MSM verlopen seksualiteit en de gevolgen bij urologische ziekten op een aantal fronten anders dan bij heteromannen [2, 3]. Homomannen leggen andere accenten op hun seksualiteit, zijn vaker alleen, hebben meer sekspartners en hebben minder vaak kinderen dan heteroseksuele mannen. Mantelzorg is bij hen dan ook minder vanzelfsprekend. Bij anale seks speelt voor de penetrerende man (de 'top') de mate van erectie een grote rol, want voor anale penetratie is een grotere 'axiale rigiditeit' nodig dan voor vaginale penetratie. Bij MSM heeft ook het ejaculeren en het zien van het ejaculaat een belangrijke seksuele waarde. Gelijkaardige zorg vraagt dus soms om zorg met aandacht voor specifieke thema's.

MSM kunnen vooroordelen en stigma's ervaren door hun minderheidsstatus en ongelijke positie binnen de samenleving [4, 5]. Hiervoor wordt het begrip minderheidsstress gebruikt. Minderheidsstress verwijst naar stress door stigmatisering, discriminerende overtuigingen tegen jezelf gericht, verwachting van afwijzing en discriminatie door de omgeving en daadwerkelijke ervaring met discriminatie. Ook mensen van kleur, vrouwen, mensen met een andere culturele achtergrond, mensen met een niet-meerderheidsreligie, genderdiversen, personen met fysieke handicaps en mensen met een psychische stoornis ervaren minderheidsstress. Deze stress heeft invloed op iemands gezondheid, hulpzoekgedrag en welzijn [6]. Het is nog niet zolang geleden dat homoseksualiteit zelf als een medische aandoening werd beschouwd. In Nederland vindt een meerderheid van de mannen (71%) en vrouwen (80%) homoseksualiteit normaal, maar toch geeft ook 38% van de mannen en 22% van de vrouwen aan dat homoseksuele mannen niet zo overdreven moeten doen [1].

In de spreekkamer is het belangrijk dat seksuele geaardheid en gedrag van de patiënt bekend zijn. Dat heeft een positief effect op de arts-patiëntrelatie en het biedt de mogelijkheid rekening te houden met bijwerkingen en de gevolgen van behandelingen. Vaak echter vertelt de patiënt niet over zijn seksuele geaardheid, en vraagt de arts er niet naar. Onbekendheid bij

de arts met homoseksualiteit, gebrek aan kennis en schaamte zijn redenen hiervoor. Angst voor stereotypen en stigmatisering zijn redenen voor de MSM zelf om niet open te zijn en zelfs zorg te mijden. Het is dus de taak van de uroloog of verpleegkundig specialist om naar de seksuele geaardheid van de man te vragen [7, 8].

We bespreken eerst een aantal algemene en oncologische urologische problemen en hun behandeling en de seksuele gevolgen voor MSM ('Why?'). Daarna gaan we dieper in op hoe in een gesprek seksuele oriëntatie bespreekbaar gemaakt kan worden ('How?').

Seksueel verlangen

Seksueel verlangen, libido, ofwel seksdrive, is het bewust of onbewust bezig zijn met prikkels die een seksueel opwindende betekenis hebben. Ons seksueel verlangen is van tal van factoren afhankelijk, zoals: leeftijd, hormonen, seksuele prikkels, ziekte, medicatie en welzijn. Zo zouden in de regel mannen makkelijker en sneller zin krijgen in seks dan vrouwen. Homomannen in de stad hebben een hoger aantal (meer wisselende) partners dan heteromannen. Mannen staan over het algemeen ook meer open voor *casual* seks dan vrouwen. Echter, in een veilige omgeving verdwijnt dat verschil. Dit laat zien dat culturele factoren een grote impact hebben op seksuele activiteiten [9].

MSM leven vaker zonder vaste partner of in een open relatie. Eenmalige sekscontacten of seks met een nieuwe partner komt daarmee ook vaker voor, waarbij het behoud van een seksdrive belangrijk is. Deze drive is afhankelijk van leeftijd en testosteron-gehalte. Tijdens de puberteit en jonge adolescentie is de seksdrive op zijn hoogtepunt. Bij mannen piekt hij zo rond het twintigste levensjaar. Hoe ouder de man, hoe lager zijn testosteronniveau en hoe meer het seksuele verlangen kan afnemen; met grote interindividuele verschillen. De seksdrive is niet alleen afhankelijk van testosteron. Er zijn mannen met een laag testosteron-gehalte en een heel bevredigend seksleven door seksuele ervaring, creativiteit, gezonde cognities, emoties en attitude.

Bijna alle jonge mannen zijn nieuwsgierig en bezig met experimenteren en het ontdekken van hun seksualiteit. De *coming out* loopt niet altijd gelijk aan de fysiologische puberteit. Voor jonge MSM kan deze gestoord worden door urologische problemen. Eigenwaarde en een veilige omgeving, ook in de zorg, zijn dan van belang. Acceptatie van zichzelf en door de omgeving zijn essentieel voor een goede ontwikkeling op seksueel gebied.

Verschillende urologische behandelingen leiden tot een abrupte daling in de testosteronspiegel. Voor de aanmaak van voldoende zaadcellen en testosteron is één gezonde testis ruimschoots voldoende. Toch wordt bij mannen met een eenzijdige orchiëctomie in het kader van een testiscarcinoom een daling van

het testosterongehalte gezien [10]. Een symptomatisch laag testosteron kan ook ontstaan bij onder- of beperkte ontwikkeling van de overgebleven testis (na cryptorchisme, torsio testis, trauma of het gebruik van anabole steroïden). Bij MSM is de afwezigheid van een zaadbol of de asymmetrie van het scrotum vaak een relevante storende factor bij seksualiteit. Afwijkingen van de genitalia externa kunnen seksualiteit beïnvloeden, ofwel bij de man zelf (zelfvertrouwen) ofwel bij de partner (visuele prikkel) [11].

De 5-alfa-reductaseremmers bij benigne prostaat-hypertrofie of de (chemische) castratie bij prostaatkanker veroorzaken een forse testosterondaling [12, 13]. De 5-alfa-reductaseremmers blokkeren de omzetting van testosteron naar dihydrotestosteron. Chemische castratie door een LHRH-analoog zet de hypofyse aan tot productie van LH en FSH, waardoor er suppressie optreedt door uitputting en ongevoelig worden van de gonadotrope hypofysecellen. Na circa drie weken daalt de testosteronspiegel tot castratieniveau.

Een aantal chronische ziekten, vaak op oudere leeftijd, kan het testosterongehalte verlagen en indien daar symptomen van zijn, kan er sprake zijn van *late onset hypogonadism* (diabetes mellitus, COPD, nierfalen). Hypogonadisme wordt frequent gezien bij mannen met behandelde en onbehandelde hiv-infectie. Een gezonde leefstijl (zoals stoppen met roken, gewichtsverlies tot een gezond BMI, voldoende lichaamsbeweging, gezond eten en voldoende slaap) geeft een grotere kans op een goede testosteronspiegel. Bij MSM is ook vaker sprake van een ongezonde leefstijl (roken, alcohol, drugs).

Seksuele opwinding

Penis

De penis is voor de man een belangrijk lichaamsdeel en staat voor opwinding. Een erectie zien, voelen of hebben is voor MSM erotiserend en een sterke seksuele prikkel. De kwaliteit van de erectie is vaak bepalend voor de tevredenheid over seks (voor anale penetratie is een betere erectie nodig dan voor vaginale penetratie). Doorgaans vinden homomannen een groter geslachtsdeel ideaal en zij benoemen hun penis als hun aantrekkelijkste lichaamsdeel. Gemiddeld genomen is de penis van een volwassen man in ontspannen toestand 9,8 centimeter en in erectie 14,8 centimeter. Een slappe van 6–11 centimeter en een stijve van 11–20 centimeter worden als ‘normaal’ beschouwd.

Erectie

Als urologische aandoeningen of behandelingen leiden tot het verlies van (gedeeltelijke) erectie heeft dat in de regel dan ook veel impact op het seksueel zelfvertrouwen [14]. Bij MSM kan het ook tot ander seksueel gedrag leiden door bij anale seks van insertieve

sekspartner (‘top’) receptieve sekspartner te worden (‘bottom’). Hiermee verandert de seksuele beleving, als ook het risico op hiv. Receptieve of ontvangende anale seks zonder condoom of zonder PrEP (pre-exposure profylaxe, antivirale medicatie rond de periode van een sekscontact) is meer risicovol voor hiv-transmissie dan de insertieve anale seks. Transmissie van hiv kan relatief eenvoudig via het rectumslimvlies verlopen [15].

Anus

De prostaat (en ook de anus) zijn seksueel heel gevoelig [16]. De anus geldt als een erogene zone voor de geveer én de ontvanger en wordt gestimuleerd door strelen, kussen, likken (rimmen/lotuskus). Deze seksuele handeling wordt verricht bij en door mannen zowel als vrouwen in elke combinatie.

Prostaat

Stimulatie van de prostaat vindt plaats door anale penetratie rechtstreeks of via prikkeling van het perineum. De P-spot staat voor prostaat-spot en is de plek in het rectum van mannen waar de prostaat voelbaar is. Bij het anaal inbrengen van een vinger, penis, vibrator of dildo kan de prostaat gestimuleerd worden, wat een prettige sensatie geeft en seksueel opwindend kan werken. Stimulatie van de P-spot kan het orgasme intensiveren. Daarnaast kan deze stimulatie leiden tot een ejaculatie, ook zonder erectie. Niet alle homoseksuele mannen hebben anaal contact, maar de prostaat is voor deze mannen een essentieel onderdeel van het seksuele genot naast het genot anaal gepenetreerd (geneukt) te worden.

Urologische diagnoses met impact op seksuele opwinding of functie

Een aantal urologische diagnoses en behandelingen heeft invloed op de lengte, functie en het cosmetisch aspect van de penis en daarmee op seksualiteit. Leefstijl is verantwoordelijk voor een fysiologische krimp door aderverkalking en littekenweefsel. Een phimosis, al dan niet met slurf, kan het aspect van de voorhuid veranderen (kloven, vernauwing, roodheid) en pijn bij het vrijen geven. Peniskanker kan ingrijpende veranderingen hebben van de anatomie door een partiële of totale penectomie en insertieve anale seks onmogelijk maken. Bij de ziekte van Peyronie zal het sterk van de man zelf afhangen in hoeverre de afwijkende stand cosmetische of seksuele problemen geeft.

Mannen kunnen vragen om een penisverlengende ingreep, die vooral de illusie van verlenging geeft door verwijdering van overtollig en prepubisch vet [17].

Een deel van de urologische medicatie kan seksuele bijwerkingen geven (zie tab. 1) Meestal zijn seksuele problemen overigens multifactorieel, waarbij ook

Tabel 1 Urologische medicatie en seksuele bijwerkingen [18]

	5 alfa-reduc-taseremmer	LHRH-ana-logen	LHRH-an-tagonisten	antiandro-genen
erectiestoornissen	+	+++	++	+
verminderd libido	+	+++	+++	+
ejaculatiestoornissen	+	+	+	
verminderd ejacula-tievolume	+			+
gynaecomastie	+	+	+	+++
opvliegers		+++	+++	+
stemmingswisselin-gen		++	+	

effecten van leefstijl, cognities, relatieproblemen en comorbiditeit een belangrijke rol spelen.

In toenemende mate is er aandacht voor de gevolgen van urologisch ingrijpen voor het cosmetische aspect van de penis. Voor de robotgeassisteerde laparoscopische radicale prostatectomie (RARP) zijn alternatieve (Retzius-ruimtesparende) technieken ontwikkeld waardoor minder risico is op zenuw schade met minder kans op Peyronie of penisverkorting [19].

Orgasme

Een orgasme is de ontlading van opgebouwde seksuele spanning in het menselijk lichaam door prikkeling van uitwendige geslachtsorganen, fantasie of seksueel contact met een partner. Hierbij spelen de hersenen een belangrijke rol door seksuele stimulatie door wat we zien, horen, ruiken of voelen. Al die prikkelingen samen leiden tot een orgasme, zelfs ook zonder erectie [16]. Het orgasme volgt doorgaans door prikkeling van de zenuwuiteinden in de penis, vooral in het gebied vanaf het frenulum en de rand van de eikel tot het scrotum. Een orgasme gaat normaliter gepaard met een ejaculatie. De intensiteit van het ejaculatiegevoel kan verschillen. Chirurgische ingrepen aan de penis (circumcisie, een Nesbitt-correctie of een meatusplastiek) of de prostaat (transurethrale resectie van de prostaat (TURP), prostatectomie), als ook een bestraling van de prostaat verandert vaak de beleving van zowel orgasme als ejaculatie.

De ejaculatie kent drie fases. De beginfase, ook wel de *coming up* genoemd. Tijdens de tweede fase bereidt het systeem zich voor op ejaculatie en contracteren de zaadleiters om de snelheid van de ejaculatie te verhogen. De derde fase is de eindfase, waarin de ejaculatie plaatsvindt, waarna de penis zich weer ontspant. In alle fasen kunnen problemen ontstaan.

Bij premature ejaculatie spelen psychische factoren vaak een rol, zoals stress, zelfvertrouwen en schaamte (minderheidsstress). Ook overprikkeling van de penis of de prostaat kan zorgen voor een premature ejaculatie. Voor MSM en voor heteroseksuele mannen is premature ejaculatie een groot probleem, evenals niet klaarkomen. Anorgasmie kan te maken hebben met

te weinig zin in seks of onvoldoende seksuele prikkeling, door pijn, gebruik van alcohol of drugs, medicatie of een lichamelijke aandoening of ziekte. Te weinig voelen bij een orgasme kan veroorzaakt worden door psychische problemen, door comorbiditeit (diabetische neuropathie, multipale sclerose of dwarslaesie), maar ook bij te heftige prostaatprikkeling door anale stimulatie.

Problemen met het orgasme

Retrograde ejaculatie

Retrograde ejaculatie kan het gevolg zijn van urologische behandelingen. Het treedt op bij ongeveer 10% van de mannen na het gebruik van een alfablokker voor obstructieve mictieklachten. Na een transurethrale prostaatresectie heeft 50–70% retrograde ejaculatie [20]. Door behoud van de blaashals zou de kans op retrograde ejaculatie verminderd kunnen worden. Ook een laserbehandeling van de prostaat lijkt de kans wat kleiner te maken [21]. Bij MSM speelt het visuele aspect van ejaculatie en het ejaculaat als spelelement (*cum play*) een belangrijke rol. Het ontbreken van een ejaculaat of een verlaagd volume heeft daarom doorgaans veel impact.

Climacturie

Climacturie, urine-incontinentie op het moment van een orgasme, is vooral bij orale seks bijzonder storend. Meestal ontstaat climacturie na een radicale prostatectomie doordat de interne sfincter van de blaas mee verwijderd wordt. Hierdoor wordt de blaashals bij het orgasme niet meer afgesloten en kan er urine ontsnappen. Dit fenomeen kan ook optreden na een TURP. Het advies om voorafgaand aan seks de blaas leeg te plassen, is lang niet altijd voldoende om het urineverlies tegen te gaan. Dit hoeft bij penovaginale seks niet direct een probleem te vormen. Echter bij wederzijdse masturbatie en/of orale seks, vaker van toepassing bij MSM, wel [22]. Het kan ook een reden zijn voor MSM om uit schaamte te switchen van orale seks naar anale seks. Een gangbare oplossing voor climacturie is het aanbrengen van een strakke rubberen ring rondom de basis van de penis, voorafgaand aan het klaarkomen.

Obstructieve mictieklachten

De prostaat is verantwoordelijk voor ongeveer 30% van het ejaculaatvolume dat hulpstoffen bevat voor de beweeglijkheid van het sperma. Om goed te werken, heeft de prostaat androgenen nodig, met name testosteron. De functie van de prostaat is derhalve vooral gericht op de voortplanting. Onder invloed van testosteron ontstaat er een (benigne) hyperplasie, waardoor er obstructieve mictieklachten kunnen ontstaan. Be-

handeling van deze klachten kan leiden tot erectie- en ejaculatiestoornissen zoals eerder beschreven.

Chronische prostatitis

Er is geen bewezen oorzakelijke relatie tussen een chronische prostatitis en de seksuele functie van de prostaat. Een chronische prostatitis kan wel leiden tot een pijnlijke prostaat, een situatie waarin de man anale stimulatie zal willen vermijden. Daarnaast kan er een verminderd ejaculaat zijn (visueel minder aantrekkelijk) en een pijnlijke of moeizamer orgasme.

Prostaatkanker

Prostaatkanker is de meest voorkomende diagnose met een grote impact op seksualiteit door chirurgische en hormonale therapie. Informatie over de gevolgen voor bijvoorbeeld anale seks komen nog weinig aan bod in de spreekkamer. In een groep MSM die is behandeld voor prostaatkanker gaf 38,4% aan minder plezier te hebben in seks en 13,2% gaf anale pijn aan, terwijl daarover slechts in 4,7% respectievelijk 3,6% van de gevallen met de betreffende patiënt gesproken was [23].

Prostatectomie

Bij een (cysto)prostatectomie (prostaatkanker, spierinvasieve blaastumor) is behoud van erectie of continentie niet gegarandeerd. Met robottechnieken kan er wel steeds meer en beter zenuwsparend geopereerd worden met behoud van de pelviene anatomie, continentie en penislengte [19]. Dan nog is er 50–80% kans op erectiestoornissen, deels afhankelijk van de kwaliteit van de preoperatieve erectiecapaciteit. Het voorschrijven van een erectiepill na een radicale prostatectomie draagt bij aan herstel van erectiele functie [24]. Bij het voorschrijven van een erectiepill is het goed om na te gaan of de man *poppers* gebruikt tijdens seks (zie chemseks en urologische problemen). Beide hebben een bloeddrukverlagend effect. Zelfs als de erecties behouden blijven, kan het voor MSM een teleurstellend resultaat zijn indien de erecties onvoldoende stijf blijken te zijn voor anale penetratie. Na een radicale prostatectomie kan er nog steeds een orgasme plaatsvinden, echter zonder ejaculatie. Visueel en voor het gevoel is dat voor MSM een duidelijke verandering.

Na een radicale prostatectomie is de kans op climacturie 20–40%. Zenuwsparende chirurgie blijkt daarvoor geen beschermende factor [25]. Anale stimulatie van de prostaat als deze is verwijderd, is uiteraard niet meer mogelijk. Als gekozen wordt voor prostaatbestraling zal de sensatie van prostaatstimulatie in ieder geval veranderen of zelfs pijnlijk kunnen zijn. Dit zijn aspecten die in de spreekkamer bij de uroloog nu meestal niet ter tafel komen, maar die in het kader van de gepersonaliseerde zorg wel belangrijk zijn.

Disfunctionele bekkenbodern

Er wordt veel onderzoek gedaan naar de rol van de bekkenbodern in relatie tot seksualiteit. Een ontspannen bekkenbodern speelt een belangrijke rol bij de seksuele functie [26]. Een beschadigde of hypertone bekkenbodern kan leiden tot seksuele disfunctie. Een pijnlijke of strakke bekkenbodern kan anale (net als vaginale) penetratie onmogelijk maken. Daarnaast worden ejaculatiestoornissen en het stoornissen bij het orgasme deels toegeschreven aan een disfunctionele bekkenbodern [23].

MSM en hiv

Hiv heeft onder MSM een hogere prevalentie en incidentie dan onder andere mannen [27]. In 2020 werden in Nederland 755 nieuwe personen met hiv geregistreerd, een daling ten opzichte van 2019 ($n=972$). Van de nieuwe diagnoses treedt 88% op bij MSM. Op 31 december 2020 waren er in totaal 21.186 hiv-positieve personen bekend bij de Nederlandse hiv-behandelcentra. Door behandelingen met antivirale geneesmiddelen leven mensen met hiv nu langer dan voorheen. Hiv is een chronische ziekte geworden met een aantal urologische aandachtspunten.

Sinds de introductie van *highly active anti-retroviral therapy* (HAART) in 1996 is er gelukkig een forse afname van ziektelast. Door het gebruik van HAART kan de afweer van een hiv-positieve patiënt grotendeels hersteld worden. Hiv-positieve mannen (zeker bij een CD4-count <500 cellen/ mm^3) hebben een verhoogd risico op urineweginfecties. Zo is de incidentie van prostatitis bij mannen met hiv 3% en bij mannen met aids 14%, tegenover 1–2% in de algemene populatie [28]. Ook komen bij hiv vaker opportunistische infecties voor. Het gaat dan om verschillende opportunistische pathogenen, zoals schimmels (recidiverende infecties met *Candida albicans*, *Aspergillus*, *Blastomyces*, *Cryptococcus*, *Cryptosporidia* en *Histoplasma*), parasieten (*Toxoplasma*, *Pneumocystis*), *Mycobacterium tuberculosis* en virussen (cytomegalovirus, adenovirus). Bij deze diagnoses valt dus extra controle op de aanwezigheid van hiv te overwegen.

Behalve Kaposi-sarcoom en non-Hodgkin-lymfoom, komen bij hiv ook urogenitale maligniteiten zoals blaas-, prostaat- en penis- en testiscarcinomen vaker voor [29]. Het humaan papillomavirus (HPV) speelt hierbij een causale factor; een actieve hiv-infectie kan zorgen voor een T-celdeficiëntie met een beperkte afweer tegen oncogene HPV-stammen. Vergeleken met hiv-negatieve mannen hebben hiv-positieve mannen een 8,5 keer verhoogde kans op niercelcarcinoom [27]. Bij deze carcinomen is het dus aan te bevelen om ook de seksuele oriëntatie na te gaan en op hiv bedacht te zijn. Bij immuno-incompetentie, zoals bij hiv, kunnen laagrisico HPV-infecties (HPV-6 en -11) resulteren in grotere en meerdere genitale wratten in het gebied van de penis (inclusief

ostium urethrae). Een afwijkende presentatie van genitale wratten is reden om door te vragen naar seksueel gedrag en alert te zijn op een immuunstoornis zoals bij hiv [15].

Hiv heeft invloed hebben op seksualiteit en vice versa kan iemands seksuele gedrag het risico op hiv beïnvloeden. Hiv kan meerdere orgaansystemen aantasten en zo zorgen voor seksuele disfunctie, maar hiv vergroot ook de kans op hypogonadisme. Dit kan te maken hebben met testiculaire atrofie (door hiv of opportunistische infecties) of centraal verlaagde LH- en FSH-waardes [30]. Het gebruik van HAART zelf brengt gelukkig weinig risico op urologische problemen met zich mee.

Als gevolg van seksuele problemen na urologische ziekten en behandelingen kunnen MSM hun seksueel gedrag veranderen, met soms een grotere kans op hiv en soa. Bijvoorbeeld door de eerder genoemde receptieve anale seks bij climacturie of seks zonder condoom vanwege minder goede erecties. Het is goed om hier als uroloog aandacht aan te besteden.

Chemseks en urologische problematiek

Chemseks is seks onder invloed van drugs, zoals GHB, XTC en amfetaminen. Chemseks wordt ingezet als stimulant voor seks, om sterke verbinding met elkaar te hebben en om langer seks te kunnen hebben. Tegelijkertijd levert chemseks regelmatig seksuele problemen op en wordt chemseks ingezet als zelfzorg bij seksuele problemen. (Chronische) gebruikers van chemseks hebben een groter risico op urologische problemen en op soa; dit laatste door het vaker praktiseren van onveilige seks, door ruwere sekstechnieken en/of door het hebben van meerdere sekspartners. Er is een toename van het gebruik van drugs bij seks, met name onder MSM, maar ook onder heteroseksuelen (onder andere *swingers*) [31, 32].

Naar drugs zal in de regel gevraagd moeten worden bij urologische of seksuele problemen. Schaamte en onbekendheid met de nadelen van chemseks zullen ertoe leiden dat de man er bij de arts minder snel zelf mee komt. Hierna bespreken we de meest gangbare middelen ('chems').

Uppers of stimulerende middelen

Onder stimulerende middelen vallen cocaïne (coke, Charlie, wit, kabouterpost) en methyleendioxymethamfetamine oftewel MDMA.

MDMA bestaat in verschillende vormen. In pilvorm is het XTC (X, pillen, ecstasy, E, M, Molly) en in kristalvorm, (coke, Charlie, wit, kabouterpost) en (T of Tina, crystal meth, ice). MDMA heeft door het sympathicomimetisch effect invloed op de regulatie van de micctie (urineretentie). Er zijn case reports over priapisme door cocaïne. Een aandachtspunt van methamfetamine is het risico op verslaving bij mannen die het zeer lastig vinden om seks te hebben zonder drugs.

Downers of kalmerende, ontspannende middelen

De twee belangrijkste ontspannende middelen zijn gammahydroxyboterzuur oftewel GHB (buisje, dopje, g'tje, Gerard, vloeibare XTC) en ketamine (K, keta, ket, Special K of vitamine K). GHB geeft geen urologische problemen, maar navraag is met name relevant bij mannen met seksuele problemen. Ketaminegebruik kan leiden tot blaasproblemen [33]. Onderzoek toont aan dat ketamine zorgt voor een toename van ontstekingsstoffen en -cellen in de blaaswand. Normaal gesproken beschermen deze stoffen de blaas, maar in grote hoeveelheden hebben ze juist een negatief effect. Bij dagelijks gebruik van ketamine is er dan kans op een constant durende ontsteking in de blaas, hetgeen de blaaswand kan aantasten. Dit kan zich uiten als buikpijn. Sommige mensen moeten hierdoor veelvuldig naar het toilet. Er zijn extreme gevallen bekend waarbij de blaas dusdanig aangetast was door de ketamine dat deze verwijderd moest worden.

Poppers

Poppers is de verzamelnaam voor enkele snel verdampende vloeibare kortwerkende nitrietverbindingen, die een korte maar intense roes veroorzaken. De nitrieten hebben een bloedvatverwijdende werking en bij het voorschrijven van erectiepillen moet er informatie gegeven worden over de risico's (sterke bloeddrukval) die interactie met deze middelen met zich meebrengen. Bij poppers wordt de stof als damp opgesnoven vanuit een ampul of flesje. Binnen enkele seconden geeft het middel een minuten durende roes met een seksuele opwindings. Poppers worden door MSM vaak gebruikt tijdens seks. Het orgasme wordt versterkt beleefd en verlengd. Ook verslapt de kringpier van de anus, wat anale seks bij MSM makkelijker maakt.

Erectiemiddelen

Erectiepillen vallen sec niet onder chems. Toch worden ze veel gebruikt in combinatie met chems voor een betere of langduriger erectie, dan wel om het negatieve effect van chems op de erectie te herstellen. Op internet is er een ruim aanbod (onder andere Kamagra). Bij erectiestoornissen of seksuele problemen is het van belang na te vragen of de man chems en erectiepillen gebruikt om te bepalen of het gebruik recreatief is of problematisch. Daarmee kan eventueel ook duidelijk worden of de afhankelijkheid van chems en erectiepillen te maken heeft met onzekerheid over seksualiteit.

Het gesprek

Persoonsgerichte zorg voor MSM vraagt kennis, communicatieve vaardigheden en enige durf. Aan dat laatste lijkt het artsen nogal eens te ontbreken. Uit een

onderzoek blijkt dat meer dan de helft van de ondervraagde zorgprofessionals die vermoeden dat jongeren lesbisch, homo of biseksueel zijn, dit niet bespreekbaar maakt. Op dat vlak hebben artsen nog een flinke slag te maken. In een urologische of oncologische setting heeft 80–90% van de patiënten er zelden moeite mee hun seksuele geaardheid te vertellen als hun arts ernaar vraagt [34]. Zoals bij veel gevoelige onderwerpen zal het initiatief mogelijk van de arts moeten komen.

Vragen naar iemands seksuele oriëntatie of gedrag vraagt om sensitiviteit en een geschikt moment [8, 35]. Ook voor de uroloog geldt dat een open houding gewenst is en dat men er niet van moet uitgaan dat de patiënt heteroseksueel is. Een geschikt moment kan in principe elk moment zijn: het intake- of kennismakingsgesprek, een behandelbespreking of een controlemoment. Als patiënten het zelf vertellen in het gesprek is het goed hier positief waardierend op te reageren. Iemand deelt een persoonlijke boodschap en stelt zich daarmee kwetsbaar op. Onderzoek ondersteunt dat bekendheid met iemands seksuele identiteit een positief effect heeft op het zorgcontact en de zorg [36, 37].

De volgende inleidende en toestemmingsvragen kunnen een goede start zijn in een urologisch consult om het onderwerp bespreekbaar te maken:

“Seksualiteit is een belangrijk onderdeel van gezondheid. Veel urologische ziekten en behandelingen hebben gevolgen op seksualiteit. Mag ik u hier wat vragen over stellen?”

“Voor mij als behandelaar kan het belangrijk zijn om uw seksuele gedrag te weten zodat ik rekening kan houden bij seksuele gevolgen. Zo kunnen medicijnen de erectie verminderen en kan een prostaatoperatie anale seks minder plezierig maken. Op welke manier bent u seksueel actief?”

Voorbeeldvragen en brugvragen, vragen waarbij uitleg zit waarom de vraag gesteld wordt, kunnen helpen om in situaties waarbij het meerwaarde heeft op een respectvolle manier naar iemands seksuele gedrag of oriëntatie te vragen [38, 39]. In deze gevallen is het goed bij de vragen of voorbeelden ook niet-heteronormatieve vragen te stellen en voorbeelden te geven. Het heeft de voorkeur allereerst te vragen naar het seksuele gedrag bij onderwerpen die gerelateerd zijn aan seksuele gezondheid.

“Veel urologische ziekten en behandelingen hebben seksuele gevolgen. Om u daar goed over voor te lichten, kan het waardevol zijn voor mij om te weten wat uw seksuele gedrag is. Bijvoorbeeld of u seks heeft met vrouwen, met mannen of met beiden.”

“Deze medicatie kan verlies van erectie geven. Een goede erectie is extra belangrijk bij anale seks. Heeft u anale seks? Is dat met vrouwen, mannen of beiden?”

“Een prostaatoperatie of behandeling voor prostaatkanker kan seksuele gevolgen hebben. Bijvoorbeeld dat anale seks minder plezierig voelt of een periode pijnlijk is. Heeft u anale seks?”

Normaliseren van seksualiteit in de communicatie is een andere methode om het praten over seksualiteit, ook over seks tussen mannen, in de spreekkamer te vereenvoudigen. Normaliseren staat tegenover problematiseren en bagatelliseren. Het doel van normaliseren is de boodschap uitdragen dat praten over seksuele problemen, ook homoseksualiteit en seks met mannen, tussen uroloog en patiënt regelmatig voorkomt.

“Seksualiteit is belangrijk voor mensen. We spreken daar regelmatig over bij een behandeling zoals een operatie of het voorschrijven van medicijnen. Heeft u vragen over hoe een behandeling invloed kan hebben op uw seksualiteit?”

Doorvragen is voldoende om ook bij MSM de vraag achter de vraag te weten te komen als de man zelf het gesprek start over seksualiteit. Het kan meerwaarde hebben het seksuele gedrag en/of oriëntatie te noteren in het dossier, bijvoorbeeld als werkaantekening; uiteraard met toestemming van de patiënt [35].

Conclusie

Urologen dienen zich te realiseren dat zij op hun spreekuur ook mannen zien die seks hebben met mannen en dat deze mannen specifieke seksuele thema's hebben. Aandacht voor hun seksuele geaardheid en gedrag is zinvol en maakt betere urologische zorg mogelijk. Een standaardvraag naar seksuele oriëntatie is hiervoor niet afdoende. Het vraagt om een open gesprek over seksueel gedrag en soms identiteit, zonder oordeel. Normaliseren van MSM, homo- en biseksualiteit in de urologische zorg kan op den duur de heteronormativiteit doorbreken en dit zal leiden tot een toename van de kennis van seksuele gevolgen bij MSM omtrent urologische problemen en behandelingen. Pas als de uroloog weet waarom naar iemands seksuele geaardheid en gedrag wordt gevraagd, zal het normaliseren van MSM betekenis krijgen.

Open Access This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made.

Literatuur

1. Rutgers, Expertisecentrum Seksualiteit. Seksuele gezondheid in Nederland. 2017. Beschikbaar via <https://rutgers.nl/>. Geraadpleegd op 4 juli 2022.
2. Truesdale MD, Breyer BN, Shindel AW. Urologic issues in LGBThealth. In: Eckstrand K, Ehrenfeld J, redactie. Lesbian,

- gay, bisexual, and transgender healthcare. Cham: Springer; 2016.
3. Akemi Ando K, Rowen TS, Shindel AW. Alternative sexualities: implications for the urologist. *Curr Urol Rep.* 2014;15:405.
 4. Van Husen G, Bos H, Cremer S. Minderheidsstress bij homoseksuele, lesbische en biseksuele Amsterdammers. *T Seksuol.* 2012;36:250–8.
 5. Frost DM, Lehavot K, Meyer IH. Minority stress and physical health among sexual minority individuals. *J Behav Med.* 2015;38:1–8.
 6. Rosser BRS, Rider GN, Kapoor A. Every urologist and oncologist should know about treating sexual and gender minority prostate cancer patients: translating research findings into clinical practice. *Transl Androl Urol.* 2021;10:3208–25.
 7. Chaudoir ST, Wang K, Pachankis JE. What reduces sexual minority stress? A review of the intervention 'toolkit'. *J Soc Issues.* 2017;73:586–617.
 8. Dielissen PW. Genuanceerde aanpak bij vragen naar seksuele oriëntatie. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2018;162:D2787.
 9. Kuyper L, Wit J de, Adam P, Woertman L. Doing more good than harm? The effects of participation in seks research on young people in the Netherlands. *Arch Sex Behav.* 2012;41:497–506.
 10. Bandak M, Jorgensen N, Juul A, et al. Testosterone deficiency in testicular cancer survivors—a systematic review and meta-analysis. *Andrology.* 2016;4:382–8.
 11. Eberhard J, Stahl O, Cohn-Cedermark G, et al. Sexual function in men treated for testicular cancer. *J Sex Med.* 2009;6:1979–89.
 12. Favilla V, Russo G, Privitera S, et al. Impact of combination therapy 5-alpha reductase inhibitors (5-ARI) plus alpha-blockers (AB) on erectile dysfunction and decrease of libido in patients with LUTS/BPH: a systematic review with meta-analysis. *Aging Male.* 2016;19:175–81.
 13. Novara G, Galfano A, Secco S, et al. Impact of surgical and medical castration on serum testosterone level in prostate cancer patients. *Urol Int.* 2009;82:249–55.
 14. Woertman L, Brink F van den. Tevreden met het uiterlijk, maar de perfectie lokt. *Psychol Gezondh.* 2008;36:262–71.
 15. NVDV. Multidisciplinaire Richtlijn 2018 (update 2019). Seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA). 2019. Beschikbaar via <https://nvdv.nl/professionals/>. Geraadpleegd op 4 juli 2022.
 16. Levin RJ. Prostate-induced orgasms; a concise review illustrated with a highly relevant case study. *Clin Anat.* 2018;31:81–5.
 17. Romero-Otero J, Manfredi C, Ralph D, et al. Non-invasive and surgical penile enhancement interventions for aesthetic or therapeutic purposes: a systematic review. *BJU Int.* 2021;127:269–91.
 18. Farmacotherapeutisch Kompas. Gonadoreline-agonisten. 2022. <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl>. Geraadpleegd op 2 augustus 2022.
 19. Kowalczyk KJ, Davis M, O'Neill J, et al. Impact of Retzius sparing versus standard robotic-assisted radical prostatectomy on penile shortening, Peyronie's disease and inguinal hernia sequelae. *Eur Urol Open Sci.* 2020;22:7–22.
 20. Borchert A, Leavitt DA. A review of male sexual health and dysfunction following surgical treatment for benign prostatic hyperplasia and lower urinary tract symptoms. *Curr Urol Rep.* 2018;19:66.
 21. Destefanis P, Sibona M, Soria F, et al. Ejaculation-sparing versus non-ejaculation-sparing anatomic GreenLight laser enucleo-vaporization of the prostate: first comparative study. *World J Urol.* 2021;39:3455–63.
 22. Mitchell E, Ziegler E. Sexual dysfunction in gay and bisexual prostate cancer survivors: a concept analysis. *J Homosex.* 2022;69:1119–39.
 23. Rosser BRS, Kohli N, Polter EJ. The sexual functioning of gay and bisexual men following prostate cancer treatment: results from the restore study. *Arch Sex Behav.* 2020;49:1589–600.
 24. Motlagh RS, Abufaraj M, Yang L, et al. Penile rehabilitation strategy after nerve sparing radical prostatectomy: a systematic review and network meta-analysis of randomized trials. *J Urol.* 2021;205:1018–30.
 25. Jimbo M, Alom M, Pfeifer Z, et al. Prevalence and predictors of climacturia and associated patient/partner bother in patients with history of definitive therapy for prostate cancer. *J Sex Med.* 2020;17:1126–32.
 26. Cohen D, Gonzalez J, Goldstein I. The role of pelvic floor muscles in male sexual dysfunction and pelvic pain. *Sex Med Rev.* 2016;4:53–62.
 27. RIVM. Hiv. 2022. <https://www.rivm.nl/hiv>. Geraadpleegd op 4 juli 2022.
 28. Shindel AW, Akhavan A, Sharlip ID. Urologic aspects of HIV infection. *Med Clin North Am.* 2011;95:129–51.
 29. Coghill AE, Han X, Suneja G, et al. Advanced stage at diagnosis and elevated mortality among HIV-infected US cancer patients in the National Cancer Database. *Cancer.* 2019;125:2868–76.
 30. Wong N, Levy M, Stephenson I. Hypogonadism in the HIV-infected man. *Curr Treat Options Infect Dis.* 2017;9:104–6.
 31. Evers YJ, Liere GAFS van, Hoebe CJP, Dukers-Muijers TM. Chemsex among men who have sex with men living outside major cities and associations with sexually transmitted infections: a cross-sectional study in the Netherlands. *PLoS ONE.* 2019;14:e216732.
 32. Evers YJ, Dukers-Muijers NHTM, Kampman CJG, et al. Chemsex among men who have sex with men living outside major cities and associations with sexually transmitted infections: a cross-sectional study in the Netherlands. *Sex Transm Infect.* 2020;96:40–6.
 33. Jansonius A, Oddens JR. Urologische symptomen bij ketaminegebruik. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2012;156:A4176.
 34. Rosser BRS, Polter EJ, Chandiramani N, et al. Acceptability and feasibility of collecting sexual orientation and expanded gender identity data in urology and oncology clinics. *LGBT Health.* 2021;8:420–6.
 35. Leusink P, Blécourt K de, Bakker B. Passende zorg door aandacht voor seksuele oriëntatie. *Huisarts Wet.* 2021;64:46–8.
 36. Bjarnadottir RI, Bockting W, Dowding DW. Patient perspectives on answering questions about sexual orientation and gender identity: an integrative review. *J Clin Nurs.* 2016;26:1814–33.
 37. McNamara MC, Henry NG. Best practices in LGBT care: a guide for primary care physicians. *Cleve Clin J Med.* 2016;83:531541.
 38. Dielissen P, Leusink P. Seksuele gezondheid bij adolescenten. In: Dielissen PW, van der Jagt EJ, Timmerman AA, redactie. *Handboek effectieve communicatie in de huisartsenpraktijk*, hoofdstuk 5.2. Houten/Utrecht: Prelum; 2016.
 39. Leusink P, Dielissen P. Seksuele problemen bij volwassenen. In: Dielissen PW, van der Jagt EJ, Timmerman AA, redactie. *Handboek effectieve communicatie in de huisartsenpraktijk*, hoofdstuk 9.2. Houten/Utrecht: Prelum; 2016.

dr. Ingrid W. Koëter, uroloog

Joost M. Vermue, huisarts

dr. Patrick W. Dielissen, huisarts