

Circumcisie van zuigelingen in de huisartspraktijk

EJ ROBBERSE, RF SCHMITZ, TWJ SCHULPEN

Inleiding

Ten gevolge van demografische ontwikkelingen in ons land worden huisartsen steeds vaker geconfronteerd met ouders die hun zoontje willen laten besnijden.

In Nederland worden jaarlijks ongeveer 15.000 circumcisijs verricht, vrijwel uitsluitend vanwege religieus-culturele redenen. Gewoonlijk wordt dit gedaan onder algehele anesthesie tijdens een dagopname in het ziekenhuis. Een kleine groep moslims laat zijn kinderen in Nederland of in het land van herkomst besnijden door een zogenaamde kapper, die deze ingreep vaak zonder verdoving en onder onhygiënische omstandigheden uitvoert.¹ Sinds enkele jaren is het in Rotterdam en Utrecht mogelijk om moslimjongens ouder dan twee jaar buiten het ziekenhuis op een medisch verantwoorde manier te laten besnijden. Recent zijn gunstige resultaten beschreven van het Utrechtse project.²

In Amsterdam worden ieder jaar zo'n 2000 jongens besneden. De wachttijden voor een besnijdenis in het ziekenhuis kunnen oplopen tot twee jaar. Voor sommige bevolkingsgroepen – met name migranten uit Afrika en het Midden-Oosten – is dit onacceptabel omdat hun religie of cultuur voorschrijft dat de besnijdenis op jonge leeftijd plaats dient te vinden, bij voorkeur in de eerste weken na geboorte. Om tegemoet te komen aan de wensen van deze ouders wordt sinds 1995 in gezondheidscentrum 'Venserpolder' de mogelijkheid geboden om jongens kort na de geboorte onder lokale verdoving te laten besnijden. De Venserpolder is een stadsdeel in Amsterdam Zuid Oost met een overwegend allochtone bevolking. Er wonen meer dan 70 verschillende nationaliteiten.³

We onderzochten de resultaten – de veiligheid, het cosmetisch resultaat en de tevredenheid van de ouders – van besnijdenissen van zuigelingen in de huisartspraktijk.

Samenvatting

Robberse EJ, Schmitz RF, Schulpen TWJ. Circumcisie van zuigelingen in de huisartspraktijk. Huisart Wet 2001;44(9):381-4.

Doel Beschrijven van ervaringen met besnijdenissen van zuigelingen onder lokale anesthesie in een huisartspraktijk.

Opzet Retrospectief beschrijvend.

Methode In de periode mei 1996 tot en met december 1999 werden in een gezondheidscentrum in Amsterdam Zuid-Oost 106 jongens door een huisarts onder lokale verdoving besneden. Peroperatieve complicaties werden geregistreerd. Postoperatieve controle werd alleen op verzoek van de ouders verricht. Redenen van deze (telefonische) spoedconsulten werden geregistreerd. Ten minste zes weken na de besnijdenis werden de ouders met hun zoon uitgenodigd in de huisartsenpraktijk en werd hen gevraagd naar onrust en huilen na de operatie, paracetamoltoediening en complicaties. Voorts werden het cosmetische resultaat en de tevredenheid van de ouders geëvalueerd.

Resultaten De mediane leeftijd was negen weken (uitersten: 1-50). Er waren geen peroperatieve complicaties. Na de operatie werd de operateur 33 keer gebeld en 17 maal werd de zuigeling (zo nodig met spoed) teruggezien. Tweemaal werd een nabloeding op de operatiekamer behandeld. Negentig procent van de ouders was tevreden over het cosmetische resultaat.

Conclusie Het besnijden van zuigelingen onder lokale verdoving in de huisartspraktijk is goed uitvoerbaar. Het percentage complicaties week niet af van dat in de literatuur en de ouders waren over het algemeen tevreden. Bovendien is het goedkoper dan de klinische circumcisie, komt tegemoet aan de wensen van de ouders, biedt meer mogelijkheden voor ceremoniële en feestelijke beleving en het vermindert de werklust voor het ziekenhuis.

Patiënten en methode

Nadat in oktober 1998 met ZAO-zorgverzekeringen overeenstemming werd bereikt over een tarief van 223,- NLG (inclusief 25% eigen bijdrage) werden huisartsen, consultatiebureau-artsen, verloskundigen en apothekers in de regio op de hoogte gebracht van de mogelijkheid om jongens jonger dan één jaar te laten besnijden in gezondheidscentrum 'Venserpolder'. Tevens werd hen gevraagd posters in de wachtruimte op te hangen. Bovendien gaven de lokale kranten en de Ghanese radio aandacht aan het project. De ouders maakten met de doktersassistente van het gezondheidscentrum een afspraak voor de besnijdenis. Meestal werden vier besnijdenissen op één ochtend verricht. Eén van de auteurs (EJR) verrichtte alle ingrepen. Met de afdeling kinderchirurgie van het Academisch Medisch Centrum (AMC) was een afspraak gemaakt over de opvang van kinderen bij complicaties.

De circumcisie

Er werd van operatie afgezien indien stollingsstoornissen in de familie voorkwamen of als er bij inspectie van de penis een anatomische afwijking zoals hypospadie of 'begraven penis' (*buried penis*) aanwezig was.⁴ Nadat het jongetje op een behandeltafel was gelegd werd één van de ouders verzocht aan het hoofdeinde te gaan staan en beide bovenbeentjes vast te houden (figuur 1). Met een dun naaldje (25 gauge) werd subcutaan rondom de basis van de penis ongeveer 1 ml xylocaine 1% gespoten. Na enkele minuten werd met een chirurgisch pincet de anesthesie van de voorhuid getest en aan de ouders gedemonstreerd. Na desinfectie van de penis met 0,1% chloorhexidine-oplossing werd de voorhuid met een gebogen klemmetje (mosquito) stomp losgemaakt van de glans. Met twee mosquito's werd de voorhuid opgetrokken en met een rechte Kocher afgeklemd. Resectie van de voorhuid geschiedde door proximaal van (onder) de klem te snijden (figuur 2). Het nu losliggende buitenblad werd nogmaals met twee mosquito's opgetrokken en met

een rechte Kocher op het juiste niveau afgeklemd en proximaal van de klem met de schaar doorgenomen. Vervolgens werd het binnenblad met schaar en pincet tot ongeveer 3 mm ingekort. Met een ventraal en een dorsaal gelegde resorbeerbare hechting werd het binnenblad aan het buitenblad gefixeerd. Meestal werd er op deze manier voldoende hemostase bereikt; zonodig werden extra hechtingen geplaatst. De wond werd circulair tamponnerend verbonden met een vaselinegaasje en hydrofiel verband. De ouders werden geïnstrueerd direct de operateur te bellen als de wond nabloedde of indien hun zoon zes uur na de besnijdenis nog niet had geplast. Tevens werd de ouders geadviseerd hun zoon de volgende dag in bad te zetten en aansluitend het verband te verwijderen. Er werd benadrukt dat de operateur de eerste 48 uur dag en nacht bereikbaar was en dat de ouders zich bovendien konden wenden tot de afdeling Spoedeisende Hulp van het Academisch Medisch Centrum. Er werd geen afspraak gemaakt voor reguliere postoperatieve controle.

Follow-up

Redenen van eventuele (spoed)consulten werden genoteerd. Na ten minste zes weken werden de ouders met hun zoon uit-

genodigd voor een controle in het gezondheidscentrum. Aan de hand van een gestandaardiseerde lijst werd gevraagd naar huilen na de operatie, het aantal nachten dat het jongetje slecht sloep, het aantal dagen waarop hun zoon paracetamol kreeg, reden voor bellen of (spoed)consulten, complicaties en de tevredenheid met het cosmetisch resultaat. Bovendien werd de ouders verzocht de totale procedure te waarderen op een schaal van 1 (heel slecht) tot 10 (uitmuntend).⁵

Twee van de auteurs (EJR, RFS) beoordeelden de besneden penis waarbij de mate van bedekking van de glans door het restant van de voorhuid werd gescoord (glans geheel vrij, corona bedekt, glans half of volledig bedekt).

Resultaten

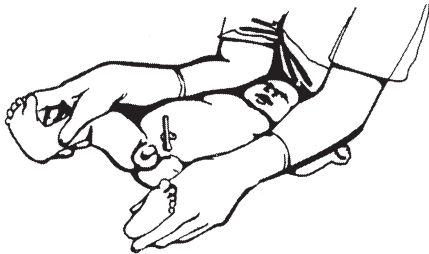
Tot 1 januari 2000 werden 106 zuigelingen met een mediane leeftijd van 9 weken (uitersten: 1-50) besneden. Het merendeel van de jongens was afkomstig uit Ghana en Suriname (tabel). Peroperatieve complicaties traden niet op. Drieëndertig ouders (32%) belden na de besnijdenis de operateur en 17 maal volgde er een (spoed)consult. Bij deze spoedconsulten bleek er elf maal een nabloeding waarvan

vier keer aanzienlijk, driemaal er een zwelling, twee keer onvrede vanwege het resultaat en eenmaal pijn. Viermaal was er sprake van een zodanige nabloeding, dat een extra hechting moest worden geplaatst. In twee gevallen werd dit door een kinderchirurg op de operatiekamer van het Academisch Medisch Centrum onder narcose verricht. Infecties werden niet gezien. Na de operatie werden 102 van de 106 jongens met hun ouders uitgenodigd voor een controle in de praktijk. Van de overige vier kon het adres of telefoonnummer niet meer worden achterhaald. Negentig ouders kwamen met hun zoon naar de praktijk en twaalf ouders

Tabel 1 Ouders naar land van herkomst

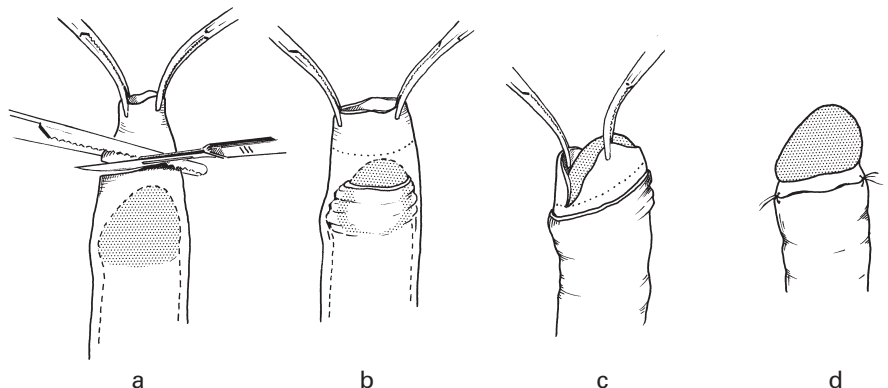
	(n =106)
Ghana	32
Suriname	27
Pakistan	14
Egypte	8
Marokko	7
Nigeria	4
Eritrea	2
Nederland	2
VS, Zaire, Ethiopië, Sierra Leone, Aruba, Palestina, Kameroen, Tunesië, Somalië, Turkije	ieder 1

Figuur 1 Methode om de zuigeling vast te houden tijdens de besnijdenis



Bron: Melges FJ. Newborn circumcision with a new disposable instrument. *Obstet Gynecol* 1972;39:470-3; reproductie met toestemming van American College of Obstetricians and Gynecologists

Figuur 2 De 'guillotine-techniek'. De voorhuid wordt distaal van een rechte klem afgesneden (a). Vervolgens wordt eerst het buitenblad (b) en dan het binnenblad ingekort (c). Hierna wordt het binnenblad aan het buitenblad gehecht (d). Met dank aan dr. W. Renooy.



werden alleen telefonisch geïnterviewd.

Na de operatie waren de jongens over het algemeen wat huilerig; slechts een enkeling had langdurig gehuild. Meestal sliepen ze 's nachts goed door; de meeste ouders gaven één of twee dagen paracetamol zetpillen (maximaal driemaal daags 120 mg). Negentig procent van de ouders (n=92) was tevreden of zeer tevreden met het cosmetisch resultaat, tien procent (n=10) was matig of niet tevreden. De onderzoekers beoordeelden bij slechts vijf van deze tien jongens de circumcisie als onvoldoende (glans voor meer dan de helft bedekt met voorhuid). Bij drie van hen werd een recircumcisie verricht: tweemaal wegens een te lange rest voorhuid en éénmaal wegens postoperatieve phimosis. Bij de overige vijf bedekte de voorhuid net de corona van de glans penis. De totale procedure werd door de ouders op een schaal van 1 (zeer slecht) tot 10 (uitmuntend) met een mediaan van 8 gewaardeerd.

Beschouwing

De resultaten van de ruim honderd besnijdenissen zijn positief: we zagen geen complicaties door de anesthesie, geen infecties en slechts vier nabloedingen. De cosmetische resultaten waren goed. Bovendien was er een aanzienlijke kostenbesparing bij besnijdenissen in de huisartspraktijk.

Anesthesie

Hoewel besnijdenissen van zuigelingen in het algemeen zonder verdoving worden verricht, induceert een subcutane injectie van lidocaine rondom de basis van de penis (een zogenaamde ringblokkade) bij de zuigeling minder stressreacties.^{6,7} Een adequate ringblokkade is voor het kind én de operateur plezieriger.

Complicaties

Van de vier aanzienlijke nabloedingen moesten er twee op de operatiekamer onder controle worden gebracht. Ook bij een klinische besnijdenis is nabloeding de meest frequente complicatie, variërend

Wat is bekend?

- Het aantal niet-westerse allochtonen in Nederland groeit snel waardoor de vraag naar rituele besnijdenissen toeneemt.
- Het merendeel van de besnijdenissen wordt in het ziekenhuis onder algehele anesthesie verricht.
- De wachttijd voor een besnijdenis in het ziekenhuis is in het algemeen (te) lang.

Wat is nieuw?

- Besnijdenissen van zuigelingen kunnen veilig door een huisarts onder lokale verdoving worden verricht.
- Besnijden op zuigelingenleeftijd is eenvoudig en voor het kind minder belastend.

tussen de 0,1 en 35%. Dit benadrukt het risico dat ogenschijnlijk kleine ingrepen wel degelijk gepaard kunnen gaan met ernstige morbiditeit en soms zelfs mortaliteit.⁸⁻¹² Infecties traden in de door ons onderzochte groep niet op terwijl in de literatuur een incidentie tot 10% wordt gemeld.

Cosmetisch resultaat

Een (deels) bedekte glans is voor de ouders veelal niet acceptabel en soms reden voor een verzoek tot recircumcisie. We hebben gemerkt dat er een cultureel bepaald verschil is met betrekking tot het gewenste eindresultaat. Daar waar de onderzoekers het resultaat als voldoende beoordeelden, vonden met name de Ghaneese ouders vaak dat er te weinig voorhuid was verwijderd. Daarentegen waren de ouders van een Surinaamse jongen erg tevreden terwijl de onderzoekers een voor tweederde bedekte glans zagen. Kennelijk is een geheel ontblote glans na de besnijdenis niet bij alle bevolkingsgroepen

even belangrijk.

Kosten

Het COTG-tarief van een besnijdenis in dagbehandeling in het ziekenhuis is NLG 821,50. Dit is opgebouwd uit het honorarium van de chirurg (NLG 112,-) en de anesthesioloog (NLG 64,50), het gebruik van de operatiekamer (NLG 270,-) en de betaling voor dagopname (NLG 375,-). Eén van de auteurs (RS) heeft in zijn proefschrift een analyse van de werkelijke kosten van een aantal vormen van besnijdenis gemaakt; een besnijdenis in het ziekenhuis kost NLG 893,- en een besnijdenis van een zuigeling in de huisartspraktijk NLG 336,-.⁹ Circumcisie is de huisartspraktijk is dus kosteneffectief.

Toekomst

Het aantal niet-westerse allochtonen in ons land zal in 2015 toegenomen zijn van 1,4 miljoen tot 2,1 miljoen.¹⁰ De sterkste groei doet zich voor bij migranten uit Aziatische en Afrikaanse landen als Irak, Iran, Somalië en Ghana. Voor een deel gaat het om asielzoekers, voor een ander deel betreft het gezinshereniging en gezinsvormende migratie. Dit zal een evenredige toename (60%) van het aantal besnijdenissen betekenen, omdat op grond van ervaringen elders mag worden verwacht dat dit gebruik zeker nog enkele generaties zal blijven bestaan.¹¹ In tegenstelling tot Marokkanen en Turken, die hun zoon meestal tussen de 2 en 9 jaar laten besnijden, verzoeken deze nieuwe migranten om circumcisie kort na de geboorte. In de meeste Amsterdamse ziekenhuizen zijn er, in verband met de wachtlijsten, geen mogelijkheden voor deze zuigelingenbesnijdenissen.

Deze argumenten en de gunstige ervaringen in ons onderzoek gaven aanleiding tot het aanbieden van de cursus 'Besnijden in de Huisartspraktijk' Het opleidingstraject bestaat uit een nascholingsavond, het verrichten van een aantal circumcisis onder begeleiding van een chirurg in een ziekenhuis en het besnijden van een aantal zuigelingen onder lokale verdoving.. Als huisartsen dit traject met goed gevolg hebben afgelegd, kunnen zij

per circumcisie een declaratie bij het Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken (ZAO) indienen.

Door de cursus en de vergoedingen kunnen in de toekomst een aantal 'huisartsbesnijders' verspreid over Amsterdam werkzaam zijn, waardoor er een medisch en sociaal verantwoord alternatief beschikbaar komt voor de besnijdenissen in het ziekenhuis.

Dankbetuiging

De auteurs bedanken prof.dr. Chr. van der Werken, chirurg, voor het leveren van commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

Abstract

Robberse EJ, Schmitz RF, Schulpen TWJ. Circumcision of male infants in the general practice. Huisarts Wet 2001;44(9):381-4.

Objective To describe the experiences with circumcision of infants under local anaesthesia in a general practice.

Design Retrospective, descriptive.

Setting A general practice in a health centre in a multicultural quarter of Amsterdam.

Patients and methods A total of 106 circumcisions of infants with a median age of 9 weeks (range 1-50 weeks) were performed under local anaesthesia by a general practitioner in Amsterdam from may 1996 till december 1999. Complications during operation were registred. Postoperative checks were only done when the parents demanded so. At least 6 weeks after circumcison the parents were invited to come with their son to the health centre and they were questioned about crying after the

operation, use of paracetamol and complications. Also they were asked if they were satisfied about the procedure and the cosmetic result. The result of the circumcison was checked by the investigators.

Results There were no complications during the operation. After the operation the general practitioner was called 33 times and 17 times an infant was seen. Twice there was a bleeding that needed treatment in the hospital. Ninety percent of the parents were satisfied with the cosmetic result. In ten cases the parents were not satisfied with the result, however in this group in only five cases the remnant of the foreskin was to long. The parents scored the procedure as a whole with a median of 8 out of 10 (range 1-10).

The complication rate didn't differ from what is known from the literature. Most of the parents were content and appreciated the fact that no general anesthesia was needed, that there was no waiting list and that there was a possibility of cultural expression.

Circumcision in the general practice is cheaper than circumcison in the hospital.

Conclusion Circumcison of infants under local anesthesia in the general practice is feasible.

Auteurs

E.J. Robberse, huisarts;
R.F. Schmitz, chirurg, afdeling Heelkunde Groene Hart Ziekenhuis, Gouda;
prof.dr. T.W.J. Schulpen, kinderarts, Centrum voor Migratie en Gezondheid van het Kind, Universitair Medisch Centrum, Utrecht.

Correspondentie: E.J. Robberse, gezondheidscentrum Venserpolder, Alfred Döblinstraat 56, 1102 VL Amsterdam;
e-mail: erobberse.huisarts@zonnet.nl

Literatuur

1. Hoffer CBM. Moslimbesnijdenissen in Nederland. Leiden: LIDESCO, 1990.
2. Schmitz RF, Schulpen TWJ, van Wieringen JCM, Kijlstra M, Verleisdonk EJMM, van der Werken Chr. Gunstige resultaten bij circumcisie van moslimjongens buiten het ziekenhuis. Ned Tijdschr Geneesk 1999;143:627-30.
3. Van Zee W. Amsterdam in cijfers, Jaarboek 1998. O+S, het Amsterdamse Bureau voor Onderzoek en Statistiek, 1999.
4. Van der Zee JA, Hage JJ, Groen JM, Bouman FG. Een ernstige complicatie van rituele circumcisie van een 'begraven' penis. Ned Tijdschr Geneesk 1991;135:1604-6.
5. Singer AJ, Thode HC. Determination of the minimal clinically significant difference on a patient visual analog satisfaction scale. Acad Emerg Med 1998;5:1007-11.
6. Centraal Bureau voor de Statistiek. Allochtonenprognose. Voorburg/Heerlen: CBS, 1997.
7. Nederlands Centrum Buitenlanders. Regulering besnijdenissen bij jongetjes in Nederland. Utrecht: NCB, 1998.
8. Lander J, Brady-Fryer B, Metcalfe JB, Nazarali S, Muttitt S. Comparison of ring block, dorsal penile nerve block, and topical anesthesia for neonatal circumcison: a randomized controlled trial. JAMA 1997;278:2157-62.
9. Hardwick-Smith S, Mastrobattista JM, Wallace PA, Ritchey ML. Ring Block for Neonatal Circumcison. Obstet Gynaecol 1998;91:930-4.
10. Williams N, Kapila L. Complications of circumcison. Br J Surg 1993;80:1231-6.
11. Hendrikse AJM, Ypma AFGVM, de Vries JDM, Delaere KPJ. Diagnostiek en behandeling voorhuidpathologie. Commissie voorhuid van de Nederlandse Vereniging voor Urologie. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Urologie, 1997.
12. Crowley IP, Kesner KM. Ritual circumcison (Umkhwetha) amongst the Xhosa of the Ciskei. Br J Urol 1990;66:318-21.
13. Schmitz RF. Rituele besnijdenis van jongens in Nederland [proefschrift]. Utrecht: Universiteit van Utrecht, 2001.