

## Ejaculatio precox

### **Algemeen:**

Het is moeilijk om exacte gegevens over ejaculatio precox in huisartsenpopulaties te geven. Recent en goed epidemiologisch onderzoek ontbreekt. Waarschijnlijk is de prevalentie tussen de 8 – 18% (afhankelijk van definiëring en onderzochte groep). Het is voornamelijk een probleem onder jonge mannen (tussen 20 – 40 jaar) en komt waarschijnlijk vaker voor dan erectiestoornissen. Niet zelden leidt ejaculatio precox tot erectiezwakte.

### **1. Hoe pak je het aan: de anamnese**

Een goede anamnese is in dit geval essentieel om verder te kunnen komen. Ook in het kader van een eventuele behandeling is het belangrijk om de diagnose onder te kunnen verdelen in primair versus secundair en gegeneraliseerd versus situatief.

De anamnese heeft een aantal fases en bestaat uit: klachtenverheldering, het duidelijk krijgen van de hulpvraag, het uitvragen van de responscyclus en het effect dat het heeft op de relatie en de mate van communicatie erover.

#### Klachtverheldering:

- Wat bedoelt u met te snel klaarkomen, wat vindt u snel
- Wanneer precies treedt het op: coïtus, orale, manuele handelingen, masturberen, andere partners (gegeneraliseerd vs. situatief)
- Hoe lang bestaat het probleem: levenslang (vanaf eerste seksuele ervaringen), of verworven en waardoor (primair vs. secundair)
- Wat heeft u eraan gedaan om het op te lossen

#### Hulpvraag:

- Welk doel stelt u zichzelf, wat verwacht u, wat verwacht uw partner
- Hoe ziet een bevredigend orgasme/seksuele beleving er voor u en voor uw partner uit

#### Responscyclus:

- Heeft u zin om te vrijen, hoe is het verlangen
- Voelt u zich opgewonden, kunt u een goede erectie krijgen
- Hoe is het orgasme gevoel, is er satisfactie
- Zijn er pijn klachten

#### Relatie:

- Hoe ervaart uw partner het probleem
- Heeft uw partner een seksueel probleem
- Leidt het seksueel probleem tot problemen in de relatie
- Wordt erover gesproken
- Zijn de verwachtingen ten aanzien van seksualiteit afgestemd
- Wat gaat er wel goed in het seksuele contact

### **2. De diagnose:**

Volgens de DSM-IV kan men spreken van ejaculatio precox als er sprake is van:

- a) aanhoudende of terugkerende zaadlozing na minimale stimulatie voor, tijdens of kort na de penetratie en eerder dan betrokkene wil EN
- b) ervaren last bij persoon zelf of diens partner
- c) er kan sprake zijn van levenslang of verworven en in gegeneraliseerd of situatief

Uit de omschrijving blijkt dat zowel het tijds criterium, het beheersingscriterium als de ervaren last nodig zijn om de diagnose te kunnen stellen. Dit betekent dat indien de man 60 seconden na intromissio penis tot een zaadlozing komt maar dit overeenkomt met wat hij wenst en zijn partner daar geen probleem mee heeft, er geen sprake is van een EP. Ook de man die 10 minuten na penetratie tot een orgasme komt tot ongenoegen van hem en zijn partner, heeft op grond van het feit dat dit niet kort na de penetratie kan worden genoemd, geen EP. Uiteraard is dit begrip 'kort' een zwakte in de

definitie, maar algemeen wordt een grens van 1-2 minuten aangehouden. Overigens vallen de meeste mannen met EP ruim binnen dit criterium en is er meestal sprake van zaadlozing na een paar korte stootbewegingen van de penis, over het algemeen binnen 30 seconden.

### **3. Lichamelijk onderzoek:**

Er bestaat geen relatie met een somatische aandoening. Lichamelijk onderzoek heeft dan ook geen zin.

### **4. Behandeling:**

Het lijkt dat een primair gegeneraliseerde precox het meest gebaat is bij medicamenteuze behandeling. Een jongeman met initiële coïtusproblemen of met relatief weinig ervaring zal het meest gebaat zijn bij goede informatie en korte counseling. Secundair en situatieve precox vraagt om begeleiding van man en partner, al dan niet medicamenteus ondersteund gedurende een korte periode

#### Niet medicamenteus:

Meestal is het goed om, onafhankelijk van de medicamenteuze behandeling aandacht te besteden aan:

- uitleg normale fysiologie seksuele respons
- afstemmen belangen partners (communicatie)
- informatiemateriaal meegeven
- tijdelijk coïtus verbod + masturbatieoefeningen (stop-start-methode, zie hieronder)
- cognitieve gedragstherapie (hoog angstniveau, gevoel van falen)

#### Medicamenteus

Medicatie op indicatie (zie begin punt 4), er zijn dan de volgende mogelijkheden:

- aanbrengen van lidocaïne zalf onder een condoom 10-15 min voor coïtus (condoom mag tijdens gemeenschap blijven zitten, hoeft niet)
- Clomipramine 10-30 mg éénmalig innemen 6-24 uur voor de te verwachten seksuele activiteit. (nadeel: sufheid, duizeligheid, droge mond)
- SSRI's lijken alleen effectief bij dagelijks gebruik, voorkeur paroxetine (minder kans op secundair verlies libido en erectievermogen)

#### *Bijlage:*

#### **Coïtusverbod met masturbatieoefeningen**

Onder tijdelijk coïtusverbod, waardoor de cirkel van het voortdurend falen wordt doorbroken, wordt de man uitgenodigd door middel van masturbatieoefeningen zichzelf aan te leren het moment van zaadlozing uit te stellen. Hij concentreert zich op het genieten ervan en is alert op zijn lichamelijke reacties. Hij start daarbij met het stimuleren van de penis totdat hij verwacht dat het orgasme zou kunnen optreden. Dan stopt hij met stimuleren en laat de opwinding enkele minuten varen. Dan herstart hij weer het stimuleren et cetera, tot in totaal hij in staat is dit drie afzonderlijke keren een kwartier vol te houden. De volgende stap is identiek, maar nu met een glijmiddel dat hij aanbrengt op de glans penis, dat als meer prikkelend wordt ervaren. Gaat deze fase ook goed, dan kan hij met de partner oefenen. Beide zullen hierover afspraken moeten maken, met name over het moment waarop de man verlangt dat de partner het stimuleren stopt. Allereerst zal de partner met de hand stimuleren, daarna met de hand mét glijmiddel. Tot slot kan worden overgestapt op de intromissie van de penis waarbij de houding waarop de vrouw boven zit en de man ligt, de voorkeur geniet. Hij kan zich dan beter concentreren. Aanvankelijk wordt alleen de penis ingebracht, daarna kan worden uitgebreid met stotende bewegingen en vervolgens kan men gaan variëren in coïtushouding.

Een dergelijke begeleiding zal ongeveer 6-8 dubbele consulten beslaan.

Obstakels die de huisarts kan tegenkomen is het te snel willen afwikkelen van de fases door de man waardoor geleerd gedrag niet goed beklijft. Soms wordt masturberen verworpen, met name, maar niet uitsluitend, bij de groep allochtone mannen. Ook de matige motivatie of de negatieve houding van de partner kan interfereren.