

Le traitement de l'éjaculation précoce: l'état de la question en 2008

Congrès international de médecine sexuelle francophone
Montréal 18 septembre 2008

Pierre Alarie, MD
Diane Brouillette, MA



OBJECTIFS DE L'ATELIER

- 1: Connaitre les nouvelles notions sur la neurophysiologie de l'éjaculation précoce (EP)
- 2: Pouvoir prescrire les traitements actuels de l'EP
- 3: Savoir expliquer les traitements futurs de l'EP
- 4: Savoir intégrer les stratégies de prévention des récives

MOYENS D'ATTEINDRE CES OBJECTIFS

- 1:Introduction:état de la question
- 2:L'épidémiologie et la prévalence de l'EP
- 3:Les définitions actuelles et la proposition de L'I.S.S.M.
- 4:La physiologie de l'éjaculation
- 5:La physiopathologie de l'EP
- 6:Les étiologies de l'EP

MOYENS D'ATTEINDRE CES OBJECTIFS

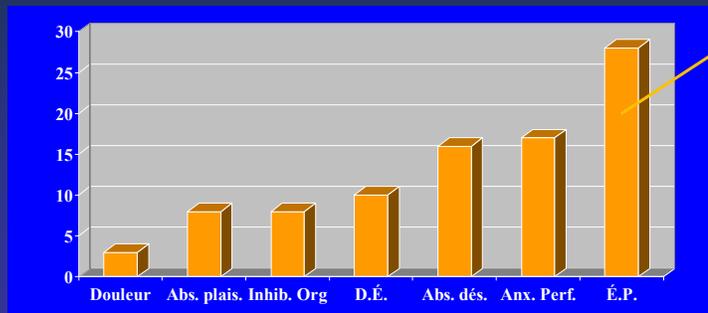
- 7:Le traitement de l'EP
 - La pharmacothérapie actuelle et future
 - La thérapie sexuelle
 - Les traitements combinés
 - L'algorithme de la prise en charge de l'EP
ICSD 2003

L'épidémiologie et la prévalence

L'éjaculation précoce

Prévalence des troubles de l'éjaculation précoce chez l'homme

« Durant les 12 derniers mois, y a-t-il eu une période de plusieurs mois ou plus, où vous êtes venu à l'orgasme trop rapidement? »



La dysfonction la plus fréquente
28.5%

Laumann, Gagnon, Michael, Michaels, 1994
(USA, 18-59 ans, N=1346)

Prevalence of Premature Ejaculation: Recent Studies

Study	Type (Age)	N	PE %
Fugl-Meyer (1999)	Swedish (18-74 yrs)	2810	9
Laumann (1999)	US Men (18-59 yrs)	3159	29
Carson et al (2003)	US Men (40+ yrs)	1320	18
PEPA (2004)	US, Germany, Italy (25-70 yrs)	8860	25
Rowland (2005)	US Men (>21 yrs)	1158	32
GSSAB (2005)	29 nations (40-80 yrs)	13518	12-30
Brock (2007)	Canadian men and women	3816	40
Brock GB, et al. J Urol 177 (Suppl), 2007			
Lindau/Laumann (2007)	US men	1455	21-29
(Lindau ST, et al. N Eng J Med 357:762-74, 2007)			

≈ 20-30%

Mais avec la définition proposée par l'ISSM
(International Society for Sexual Medicine)

- pour le prochain DSM-V, et
- utilisant des critères diagnostics confirmés par des données de recherches sur l'EP,

est-ce que la prévalence de l'EP sera la même?

Les définitions de l'EP

- Définitions Actuelles
- Définition proposée par l'ISSM

Les définitions actuelles de l'EP : *des critères diagnostics variables et subjectifs*

- Définies par des « consensus de plusieurs experts dans le domaine » (DSM, ICD-10)
- Basées sur « des critères diagnostics variables et subjectifs » :
 - L'éjaculation survient avant que le sujet ou partenaire ne le souhaitent
 - Un sentiment de ne pas contrôler l'éjaculation
 - La perturbation est à l'origine d'une détresse, insatisfaction ou de difficultés interpersonnelles.

Les définitions actuelles de l'EP : *des critères diagnostics variables et subjectifs*

- Absence de critères objectifs, basés sur des données de recherches scientifiques
- Nécessité d'objectiver les critères de diagnostics de EP :
 - Durée du temps d'éjaculation
 - Détresse psychologique...

McMahon et al, 2008; Waldinger et Schweitzer, 2008

Comité Ad Hoc de l'ISSM **(International Society for Sexual Medicine) (2008)**

- En 2007, l'ISSM a formé un comité Ad Hoc, afin de proposer une définition de l'EP basée sur des critères diagnostics objectifs.
 - 21 experts en EP,
 - internationaux,
 - de différentes professions,
- Cette définition est proposée pour la prochaine version du DSM-V.

1° Critère diagnostic de EP_{TT} évalué :

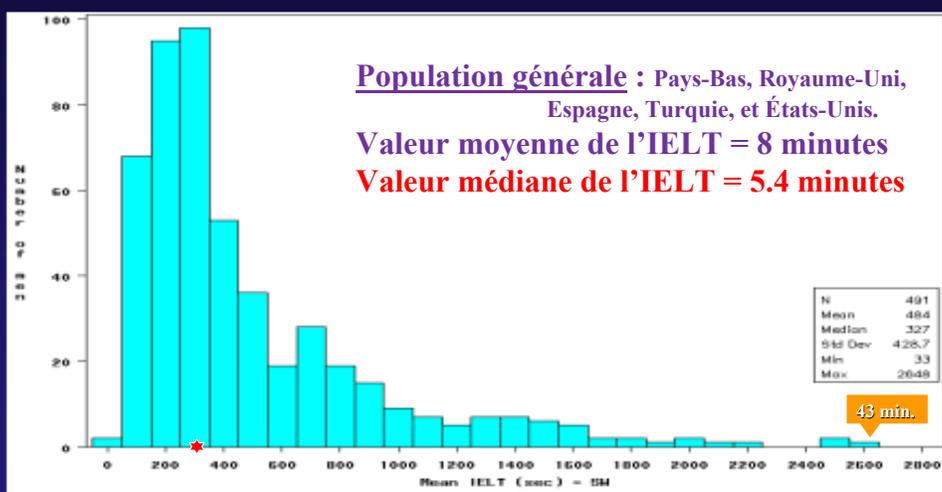
« le temps de latence éjaculatoire intravaginal »

(IELT : intravaginal ejaculatory latency time)

ISSM, 2008

- **IELT** : (Waldinger et al., 2005)
 - *Temps entre le début de l'intromission vaginale et le début de l'éjaculation intravaginale.*
 - Mesure avec chronomètre, par la partenaire et/ou temps estimé par le patient/partenaire.

Étude sur une population multinationale du temps de latence éjaculatoire intravaginal

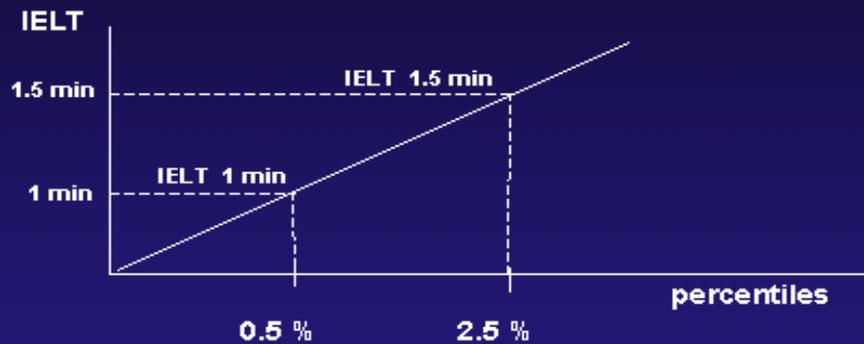


IELT = intravaginal ejaculatory latency time.

Waldinger et al. J Sex Med. 2005;2:192.

➤ Un IELT de < 1.5 minutes est considéré comme statistiquement « anormal » chez les ♂.

➤ Les ♂ avec IELT de < 1 minute ont un IELT « anormalement court » comparativement à la population générale.



Utilisation des valeurs 0.5 et 2.5 percentiles comme standard statistique de ce qui peut être considéré comme un IELT « Normal et Anormal »

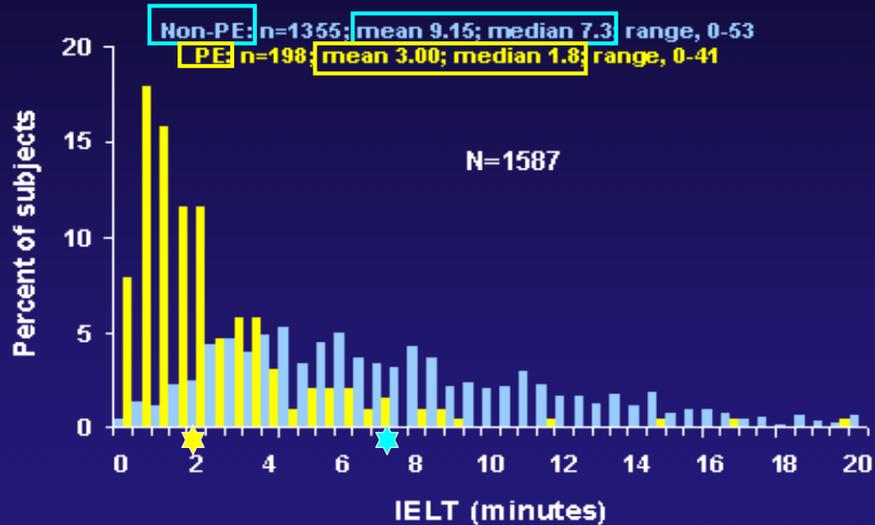
Waldinger et al., J Sex Medicine, 2005

Autres Résultats

- **IELT médian diminue significativement avec l'âge :**
 - 6.5 minutes à 18-30 ans
 - 4.3 minutes à + de 51 ans
- **IELT médian varie selon les pays:**
 - IELT le plus bas en Turquie : 3.7 minutes (différence significative)
- **Pas de différence significative entre les hommes circoncis et non circoncis.**
- **IELT médian non affecté par l'utilisation du condom, dans tous les pays.**

Waldinger et al., 2005

IELT chez les hommes avec EP et sans EP



Valeur de l'IELT chez les ♂ ayant une EP de tout temps

- ≈ 90% des ♂ EP de tout temps éjaculent en < 1 min.
- 10% des ♂ EP, entre 1-3 min. après pénétration.

Waldinger et al. 1998, 2005, 2007, 2008, McMahon et al. 2002, Althof 1995, Pryor et al 2005, Rosen et al. 2007 :

- 30-40% : ≤ 15 secondes (norme de ICD-10)
- 70% : ≤ 30 secondes
- 90 % : ≤ 1 minute
- 5-10 % : entre 1 à 2 minutes

**Donc Inclusion du critère
diagnostic de L'IELT < 1 minute
dans la définition de EP de tout temps proposée
par ISSM (2008)**

*IELT Statistiquement Anormal si moins de 1 minute
de pénétration vaginale avant l'éjaculation.*

*Prévalence de EP utilisant ce critère serait de 5-6%
(et non de 20-30%).*

Waldinger, Schweitzer, J Sex Med 2008;5:1079–
1087.

**Perception des thérapeutes sexuels
canadiens et américains sur l'IELT
normal et anormal**

- IELT adéquat : 3-7 minutes
- IELT désirable : 7-13 minutes
- **IELT trop court : 1-2 minutes**
- IELT trop long : 10-30 minutes

Corty, Guardiani. J Sex Med 2008;5:1251–1256.

2° Critère diagnostic de EP_{TT} évalué : « l'incapacité de retarder l'éjaculation »

(ISSM, 2008)

▪ « Très pauvre ou pauvre » contrôle éjac. :

- 78.4% des ♂ EP (Giuliano et al. 2008)
- 72% des ♂ EP (Patrick et al. 2005)
- 49.7% des ♂ EP (Rowland et al., 2004)

vs

- 13.2% des ♂ sans EP (Giuliano et al. 2008)
- 5% des ♂ sans EP (Patrick et al. 2005)
- 1.4% des ♂ sans EP (Rowland et al., 2004)

La majorité des ♂ EP disent ne pas avoir un bon contrôle de leur éjaculation.

Critère de l'incapacité de retarder l'éjaculation

dans la définition de EPTT proposée par ISSM (2008)

- IELT < 1 min. : (Patrick et al. 2005)
 - » 67.7% : « très pauvre ou pauvre » contrôle éjac.
 - » 32.4% : contrôle éjac. adéquat à très bon
- IELT = 1-2 min. :
 - » 56.4% : « très pauvre ou pauvre » contrôle éjac.
 - » 43.6% : contrôle éjac. adéquat à très bon
- IELT = 2-4 min. :
 - » 20% : « très pauvre ou pauvre » contrôle éjac.
 - » 80% : contrôle éjac. adéquat à très bon

Les ♂ avec un IELT de < 1 minute ressentent, de façon significative, une incapacité à contrôler leur éjaculation.

(Patrick et al., 2007)

Donc Inclusion du critère de l'incapacité de retarder l'éjaculation

dans la définition de EP_{TT} proposée par ISSM (2008)

La majorité des études supportent la notion que l'incapacité à retarder l'éjaculation apparait différentier les ♂ avec EP de ceux sans EP.

(Grenier and Byers, 1997, 2001; Waldinger et al., 1998; Rowland et al., 2000; Patrick et al., 2005, 2007; Giuliano et al., 2008; Rosen et al., 2007; McMahon et al., 2008)

La perception du contrôle éjaculatoire par l'♂ agit directement, et de façon significative, sur la satisfaction et la détresse associée à la relation sexuelle (Patrick et al., 2007)

3^o Critère diagnostic de EP_{TT} évalué : « les conséquences négatives personnelles » (ISSM, 2008)

- Conséquences « négatives » de l'EP:
 - Chez l'homme :
 - Qualité de la vie
 - Relation avec la partenaire
 - Estime de soi et la confiance en soi
 - Obstacle à développer de nouvelles relations
 - Chez la partenaire
 - Sur la relation de couple

Rowland et al., 2004; Porst et al., 2007; Dunn et al., 1999; Symonds et al., 2003; McCabe, 1997; Byers et Grenier, 2003; Riley et Riley, 2005; Hartmann et al., 2005; Brock et al., 2007; Althof, 2006; Rosen et Althof, 2008.

Critère des conséquences négatives personnelles

dans la définition de EP π proposée par ISSM (2008)

- Anxiété lors des relations sexuelles :
 - Porst et al., 2007 :
 - 24% des ♂ EP vs 13% sans EP
 - Rowland et al., 2004 :
 - 30.7% des ♂ du groupe probablement EP
 - 16.4% des ♂ du groupe possiblement EP
 - 7.7% des ♂ du groupe non EP
 - Simonds et al., 2003 :
 - 36% des ♂ EP

Critère des conséquences négatives personnelles

dans la définition de EP π proposée par ISSM (2008)

- Stress excessif : (Porst et al. 2007)
 - 28% des ♂ EP vs 19% sans EP
- Dépression : (Porst et al. 2007)
 - 20.4% des ♂ EP vs 12.4% des ♂ sans EP
- Estime de soi, confiance : (Simonds et al. 2003)
 - Estime se soi atteinte chez 68% des ♂ EP
 - Confiance diminuée lors des relations sexuelles

Critère des conséquences négatives personnelles

dans la définition de EP π proposée par ISSM (2008)

▪ Détresse personnelle chez ♂ EP et ♀ :

➤ Patrick et al., 2005 :

– 64% des ♂ EP	et	44% des ♀
– 4% des ♂ sans EP	et	3% des ♀

➤ Giuliano et al., 2008 :

– 44% des ♂ EP	et	30% des ♀
– 1% des ♂ sans EP	et	1% des ♀

Critère des conséquences négatives personnelles

dans la définition de EP π proposée par ISSM (2008)

▪ Difficultés relationnelles chez ♂ EP et ♀ :

➤ Patrick et al., 2005 :

– 31% des ♂ EP	et	25% des ♀
– 1% des ♂ sans EP	et	2% des ♀

➤ Giuliano et al., 2008 :

– 11.2% des ♂ EP	et	15% des ♀
– 0.4% des ♂ sans EP	et	0.3% des ♀

Donc inclusion du critère des conséquences négatives personnelles

dans la définition de EP_{TT} proposée par ISSM (2008)

Les conséquences psychologiques négatives de l'EP sont des facteurs importants qui discriminent entre les hommes avec EP et ceux sans EP.

Comme certains hommes n'ont pas de partenaire, la détresse de la partenaire et du couple ne devraient pas être inclus dans la définition de l'EP.

McMahon et al. J Sex Med 2008;5:1590-1606

4° Critère diagnostic de EP évalué :

« la satisfaction sexuelle »

(ISSM, 2008)

La satisfaction sexuelle est associée à des facteurs multiples comme l'amour, l'intimité, la compréhension mutuelle, et la sensation d'être attirant (Waldinger, Schweitzer, 2008).

Critère de satisfaction sexuelle dans la définition de EP_{TT} proposée par ISSM (2008)

- Les ♂ EP décrivent un niveau plus bas de satisfaction sexuelle que les ♂ sans EP.

(Patrick et al., 2005; Giuliano et al., 2008)

(Patrick et al. 2005) :

- 31% des ♂ EP et 28% des ♀
- 1% des ♂ sans EP et 2% des ♀

Critère de satisfaction sexuelle dans la définition de EP_{TT} proposée par ISSM (2008)

- Réduction de satisfaction sex. en lien avec IELT court :
 - « pauvre » et « très pauvre » satisfaction chez :
 - » 25.4% des ♂ avec IELT < 1 minute
 - » 24.4% des ♂ avec IELT = 1-2 minutes
 - » 7.4% des ♂ avec IELT = 2-4 minutes
 - « adéquate » à « très bonne » satisfaction chez :
 - » 74.7% des ♂ avec IELT < 1 minute
 - » 75.1% des ♂ avec IELT = 1-2 minutes
 - » 92.6% des ♂ avec IELT = 2-4 minutes

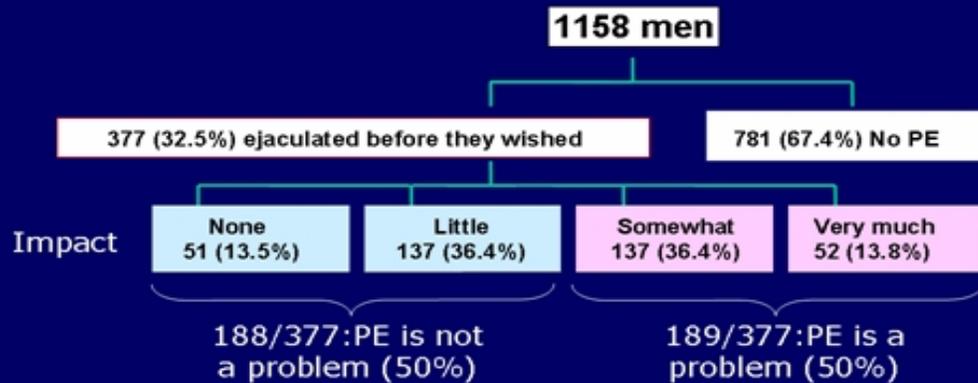
Donc la majorité des ♂ se disent satisfait avec une IELT de <1 minute.

Patrick et al. 2005

Self-Reported Premature Ejaculation and Aspects of Sexual Functioning and Satisfaction

Rowland D, Perelman M, Althof S, et al. J Sex Med 1:225-232, 2004

Knowledge Networks survey of 2648 panel members
1158 sexually active heterosexual U.S. men >21 selected



Donc Exclusion du critère de satisfaction sexuelle dans la définition de EP_{TT} proposée par ISSM (2008)

La satisfaction sexuelle est limitée comme critère de diagnostic pour différencier les EP des ♂ sans EP.

Nécessité d'autres recherches.

La définition de EP de tout temps proposée par ISSM (2008)

- « L'éjaculation précoce de tout temps est une dysfonction sexuelle masculine caractérisée par :
- une éjaculation qui se produit toujours ou presque toujours, avant ou en dedans d'une (1) minute de pénétration intravaginale;
 - l'incapacité de retarder l'éjaculation à toutes ou presque toutes les pénétrations vaginales; et
 - des conséquences personnelles négatives telles que de la détresse, des inquiétudes, de la frustration et/ou un évitement de l'intimité sexuelle».

McMahon et al., 2008

La définition de EP de tout temps proposée par ISSM (2008)

- Limitée :
 - aux hommes ayant une EP_{TT}
 - à la pénétration intravaginale.
- Le comité de l'ISSM conclut que les données objectives sont insuffisantes pour proposer une définition de l'EP acquise, de même que lors d'autres activités sexuelles ou avec des personnes d'orientation homosexuelle.

Proposition pour une nouvelle classification de EP pour le DSM-V

	EP de tout temps (toujours ou presque)	EP acquise (après une période de bon fonctionnement sexuel)	Variable naturelle de EP (occasionnelle)	E normale mais perçue comme EP
Longueur et fréquence de IELT	IELT très court (<1 min. dans 90% des relations sexuelles)	IELT (très) court (1-2 min.)	IELT normal (3-6 min.)	IELT normal / long (5-25 min.)
Étiologie principale	Neurobiologie génétique	Médicale / psychologique	Variation normale	Psychologique / relationnelle
Traitement de EP	Médication	Médication / Sexothérapie	Réassurance	Sexothérapie
Prévalence	Prévalence faible (1-5%)	Prévalence faible (5-10%)	Haute prévalence	Haute prévalence

Continuum des sous-types de EP



Waldinger, Schweitzer. J Sex Med 2008;5:1079-1087

Proposition pour une nouvelle classification de EP pour le DSM-V

- Spécifications des types d'EP :
 - Codes de sévérité :
 - X.a Avec détresse (légère, modérée, sévère)
 - X.b Sans détresse
 - Y.a Avec problème relationnel (légère, modérée, sévère)
 - Y.b Sans problème relationnel

Waldinger, Schweitzer. J Sex Med 2008;5:1079-1087

Utilité d'avoir une définition multivariable

- Avoir un meilleur outil de diagnostic de EP pour le clinicien :
 - ♂ qui éjacule en moins de 1 minute mais dit avoir un contrôle adéquat, sans conséquences négatives personnelles : pas EP
 - ♂ qui a un IELT de 10 minutes mais dit avoir un pauvre contrôle, une insatisfaction et des conséquences négatives personnelles : pas EP
- Avoir une méthodologie standardisée en recherche, en intervention.

Waldinger, Schweitzer. J Sex Med 2008;5:1079-1087

Que pensez-vous de la nouvelle proposition pour la définition de l'EP proposée par l'ISSM ?

Ejaculation Précoce

Physiologie

Phases de l'éjaculation

- L'émission
- L'éjection (Phase expulsive)
- L'orgasme

PHASE d' ÉJACULATION: SNC

Les structures cérébrales impliquées dans l'éjaculation sont:

- Le noyau MPOA :
 - produit l'émission ou l'éjaculation de liquide séminal
 - désinhibe le nPGi et produit l'éjaculation
- Le noyau nPGi : - produit une inhibition de l'éjaculation → les neurones sont sérotoninergiques
- La Stria Terminalis
- L'Amygdale
- Le Thalamus

L'ÉJACULATION

- phénomène neuro-musculaire
- principalement sous contrôle du système nerveux sympathique et somatique
- 2 centres réflexes médullaires :
 - **thoraco-lombaire (T10-L2)**
 - **sacré (S2-4)**

L'ÉJACULATION

– Homme :

- » Moelle thoraco-lombaire (T10-L2): phase d'émission du sperme vers l'urètre prostatique (préalablement fermé par les sphincters internes et externes de la vessie)
- » Moelle sacrée (S2-S4) : phase d'expulsion du sperme vers l'extérieur (ouverture du sphincter externe de la vessie)

PHASE d'ÉJACULATION: LA MÖELLE ÉPINIÈRE

- Elle contient des centres éjaculatoires secondaires
- Il existe deux voies afférentes vers la mœlle:
 - des fibres sensibles du Nerf dorsal de la verge
 - des fibres sympathiques → les ganglions sympathiques de Moëlle épinière
- Les influx corticaux et sensoriels sont activateurs du

“GÉNÉRATEUR ÉJACULATOIRE SPINAL”

PHASE d'ÉJACULATION

Homme: 2 phases { phase I = phase d'émission
phase II = phase d'expulsion

Homme: mécanismes physiologiques
neurologiques
+
musculaires + hormonaux

1- Phase d'émission:

- contraction muscles lisses canal déférent/prostate/vésicules séminales
- Expulsion « bolus séminal » dans urètre prostatique
- Fermeture sphincter vésical interne (prévient l'éjaculation rétrograde)

PHASE D'ÉMISSION

Mécanisme physiologique (suite)

- Contrôle neurologique (phase 1)
 - s.n. autonome sympathique alpha-adrénergique
- Neurotransmetteurs (phase d'émission)
 - préganglionnaire → acétylcholine
 - post-ganglionnaire → nor-adrénaline

PHASE D'ÉJACULATION

II-Phase d'expulsion:

- Sensation `` d'inévitabilité éjaculatoire``
- Relâchement du sphincter externe
- Contractions « cloniques » muscles « striés » bulbo et ischio-caverneux à intervalles de 0.8 secondes
- Contractions pulsatiles de la musculature péri-urétrale propulsent liquide séminal vers l'extérieur
- Ces contractions sont suivies de L'orgasme(SNC)

PHASE D'ÉJACULATION

II-Phase d'expulsion:

- Contrôle neurologique (Phase 11)
 - s.n. somatique sacré (S2 -S4)
- Neurotransmetteur: → acétylcholine

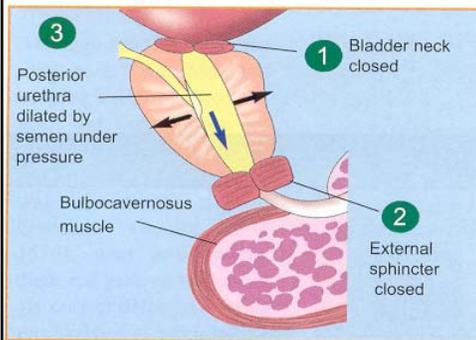
I. EJACULATION AND ORGASMIC DISORDERS

2

Ejaculation is divided into two events:
EMISSION and then EJECTION of the seminal fluid

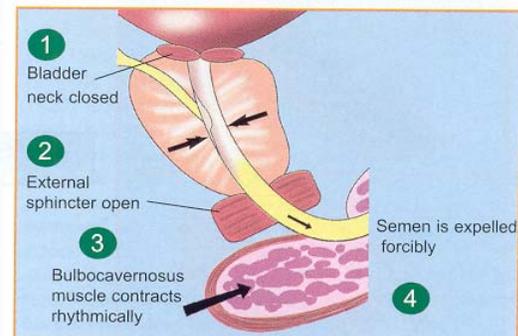
A EMISSION

The seminal fluid is **excreted forcibly** from the **seminal tract** into the **posterior urethra**. While the **bladder neck closes** and the **external sphincter** remains **closed**, **pressure builds** up in the dilated **prostatic urethra**.



B EJECTION

The **external sphincter opens** while the **bladder neck remains closed** and the **fluid** accumulated in the prostatic urethra is **forcibly ejected** outside from the urethra, helped by **rhythmic contraction** of the perineal muscles including the **bulbocavernosus** muscles that expel the ejaculate.



PHASE D'ÉJACULATION

RÔLE des NEUROTRANSMETTEURS

NEUROTRANSMETTEURS IMPLIQUÉS:

- Sérotonine (5HT)
- Nor-Adrénaline (NA)
- Acétylcholine (ACH)
- Ocytocine
- Acide Gamma-Amino-Butyrique (GABA)
- Monoxyde d'Azote (NO)

PHASE D'ÉJACULATION

RÔLE des NEUROTRANSMETTEURS

Nor-Adrenaline(NA):

- Les influx sympathiques relâchent la NA pour activer les récepteurs sympathiques alpha-adrénergiques
- Cela augmente le calcium intracellulaire qui produit une contraction des muscles des canaux déférents
→ **expulsion du sperme vers l'urètre postérieur**

PHASE D'ÉJACULATION

RÔLE des NEUROTRANSMETTEURS

Acetylcholine(Ach):

- Les nerfs honteux(moteurs) originant de la moëlle sacrée (S2-S4) innervent les muscles du périnée (Ichio et Bulbo-caverneux)
- Leurs contractions propulsent le sperme de l'urètre postérieur → **vers l'extérieur du pénis**

PHASE D'ÉJACULATION

RÔLE des NEUROTRANSMETTEURS

La Sérotonine(5-HT):

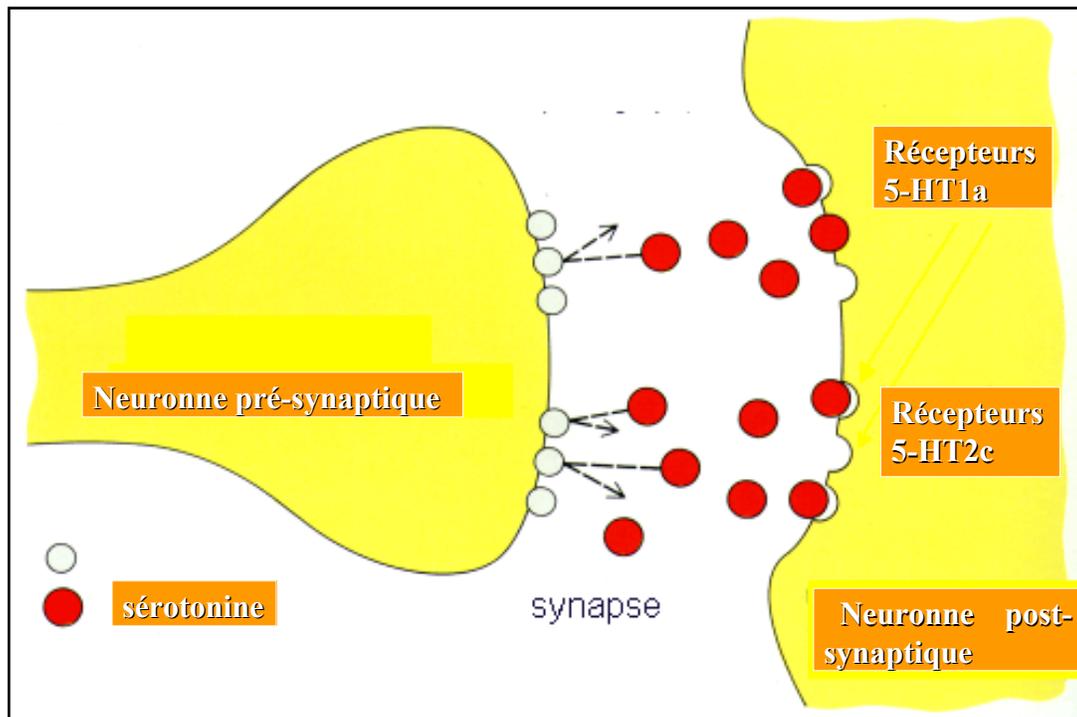
- Effet **inhibiteur** de l'éjaculation et de l'activité sexuelle mâle
- La Sérotonine est libérée dans l'espace synaptique à partir de vésicules dans l'axone pre-synaptique

PHASE D'ÉJACULATION

RÔLE des NEUROTRANSMETTEURS

La Sérotonine(5-HT):

- Il existe de nombreux récepteurs de la 5-HT
- **Les deux principaux sont:**
 - les récepteurs **5HT1a** : **→** accélèrent l'éjaculation
 - les récepteurs **5HT2c**: **→** retardent l'éjaculation
- L'éjaculation précoce serait causée par:
 - une **↓** de la neurotransmission centrale de la 5HT
 - une hypersensibilité des récepteurs **5HT1a**
 - une hyposensibilité des récepteurs **5HT2c**



PHASE D'ÉJACULATION

RÔLE des NEUROTRANSMETTEURS

L'Acide Gamma-Amino-Butyrique(GABA):

Rôle inhibiteur et régulateur de la fonction sexuelle

-Agonistes du GABA retardent l'éjaculation

-Antagonistes GABA accélèrent l'éjaculation

Le Monoxyde d'azote(NO):

- Promouvoit l'érection si injecté dans le MPOA
- Inhibe l'émission si injecté dans le MPOA

PHASE D'ÉJACULATION

RÔLE des NEUROTRANSMETTEURS

L'ocytocine:

- augmente la contractilité de l'épididyme
- favorise la détumescence du pénis
- favorise la flaccidité post orgasme

Le rôle de la testostérone (T)

- **Méthode.** Une série consécutive de 2,437 hommes avec une dysfonction sexuelle fut étudiée
- **Mesures:Plusieurs** paramètres hormonaux et biochimiques furent étudiés, avec un interview structuré sur la dysfonction érectile (SIEDY).
- L' hypogonadisme = testostérone totale(TT) inf. à 10.4 nmol/L.

Le rôle de la testostérone (T)

- **Résultats.** , 714 sujets souffraient d' EP (25.9%) et 121 (4.4%) souffraient de DE.
- Les sujets avec EP avaient des niveaux plus élevés de (TT) et de testostérone libre(TL) comparé aux autres groupes
- Inversement, dans le groupe plus âgé (55–70 ans), des niveaux plus bas de TT and TL furent observés chez les sujets avec ER.

Giovanni Corona et al.: J Sex Med 2008;5:1991–1998.

Ejaculation Précoce

PHYSIOPATHOLOGIE

Théories étiologiques antérieures

- Les causes étaient psychologiques
- Les premières expériences sexuelles
- Le conditionnement sexuel
- Les techniques sexuelles
- La fréquence des relations sexuelles
- L'anxiété

Théories étiologiques antérieures

- SHAPIRO 1943
- EP est dûe à :
- Une constitution excessivement anxieuse
- Une éjaculation peu résistante à la pression émotionnelle
- → L'anxiété active le SN Sympathique et:
- ↑ Rapidité de phase d'émission
- ↓ Seuil de l'éjaculation

Théories étiologiques récentes

- 2 ÉTUDES RÉCENTES:
- **Relation imp. entre l'anxiété, l'EP et la DÉ**
- Pts avec EP ont :
 - + jeune age
 - + anxiété
 - glycémie + basse
 - plus d'érections partielles
 - plus d'incidence d'hyperthyroïdie

Théories étiologiques récentes

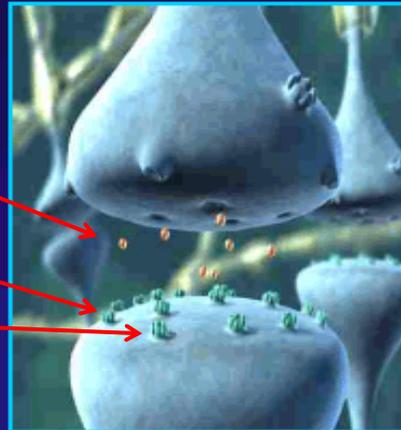
- 2 ÉTUDES RÉCENTES:
- **Relation imp. entre l'anxiété, l'EP et la DÉ**
- Pts avec EP ont :
 - de l'anxiété ``libre`` (EP+DÉ)
 - Insatisfaction au travail
 - Insatisfaction dans les relations interpersonnelles
 - Insatisfaction
 - dans la famille
 - dans le couple
 - dans le mariage

L'Éjaculation Précoce

L'éjaculation précoce est:

- Une ↓ de la neuro-transmission centrale de la Sérotonine (5-HT)
- Une **hyposensibilité** du récepteur 5-HT_{2c}
- Une **hypersensibilité** du récepteur 5-HT_{1a}

Ces phénomènes accélèrent l'éjaculation



PHASE D'ÉJACULATION

RÔLE des NEUROTRANSMETTEURS

La Sérotonine(5-HT):

- Les transporteurs de la 5-HT libèrent l'espace synaptique de la Sérotonine pour éviter une ``surstimulation`` des récepteurs post-synaptiques
- Les ISRS bloquent ces transporteurs et cela ↑ la Sérotonine vers les récepteurs et cause un retard de l'éjaculation

Théories biologiques récentes

Les hommes souffrant d'EP auraient:

- Un réflexe éjaculatoire hyperexcitable
- Un réflexe bulbo-caverneux + rapide
- Un taux ↑ de prostatites
- Plus d'hyperthyroïdie :50% → 15% avec Rx
- Plus d'hypothyroïdie :7.1%
- Hypothèse de prédisposition génétique
- Hypothèse familiale(10 sur 14 parents 1^{er} degré= EP Primaire)

Ejaculation Précoce

L'ÉVALUATION MÉDICALE

Éjaculation précoce

Évaluation médicale:

Habituellement normale pour l'EP 1 aire; si EP 2 aire: possibilité causes physiologiques sous-jacentes:

- Traumatismes qui affectent le système nerveux sympathique (ex.: chirurgie abdominale pour un anévrisme aortique)
- Prostatite
- Urétrite
- Diabète mellitus
- Polynévrites (diabète/néphropathies/etc.)
- Maladie génito-urinaire
- Maladie neurologique généralisée (S.E.P.)
- Détérioration sensitive locale

ÉJACULATION PRÉCOCE: Causes pharmacologiques

- Médicaments sympatho-mimétiques
 - Bromphéniramine
 - Éphédrine
 - Pseudoéphédrine
 - Phényléphrine
 - Chlorphéniramine
 - Imipramine
 - Phénylpropanolamine
- Peuvent accélérer l'éjaculation

Éjaculation précoce

Évaluation médicale

L'examen physique doit vérifier:

- La prise de pression artérielle
- L'examen de l'abdomen
- Les organes génitaux externes
- La prostate
- L'évaluation des 5 réflexes génitaux

Ejaculation Précoce

**OPTIONS THÉRAPEUTIQUES
EN 2008**

Quelle est la clientèle ciblée par la pharmacothérapie ?

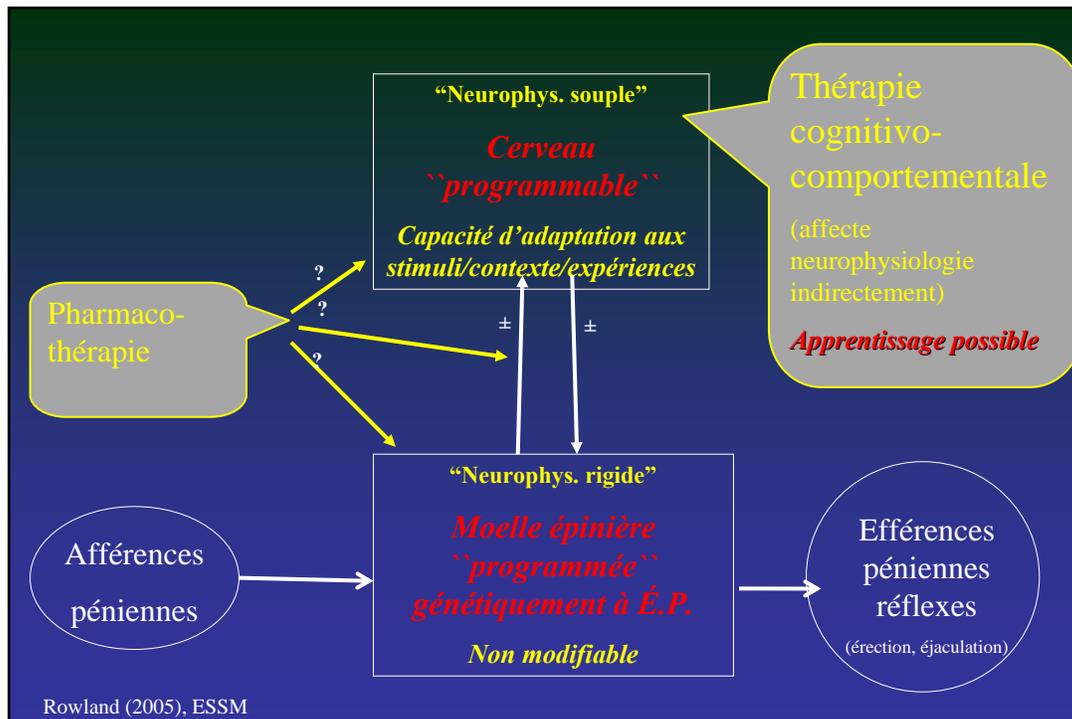
Quelle est la clientèle ciblée par la thérapie sexuelle ?

Y a-t-il des avantages à utiliser la pharmacothérapie dans le traitement sexologique de l'EP ?

Comment adapter la sexothérapie à l'arrivée de la pharmacothérapie ?

Options de traitement de l' EP

- Sexothérapie/ Thérapie cognitivo-comportementale
- Pharmacothérapie
 - Dosage **journalier** (DIE)
 - ISRS et Clomipramine
 - Antagonistes alpha-adrenergiques
 - Dosage **à-demande** (PRN)
 - ISRS et Clomipramine
 - Tramadol (Tramacet)
 - Sprays ou gels anesthésiques topiques
 - Inhibiteurs de la PDE-5



L'éjaculation précoce est mieux comprise comme une réponse **"biologique et comportementale"** sous contrôle **psycho-physiologique**.

Les hommes avec É.P. peuvent intentionnellement modifier leur excitation..., mais ils sont incapables de changer... la sensibilité des récepteurs ou la libération des neurotransmetteurs.

Les traitements de l'EP

- Thérapie sexuelle
- Pharmacothérapie
 - Algorithme
- Traitement combiné
- Prévention des récives

Auto-traitements de EP

- Crèmes anesthésiantes
- Multiples condoms
- Distractions mentales
- Poussées plus agressives
- Masturbation avant la relation sexuelle

Effets bénéfiques temporaires, mais l'♂ n'apprend pas à contrôler son éjaculation.

Évolution du traitement pour EP

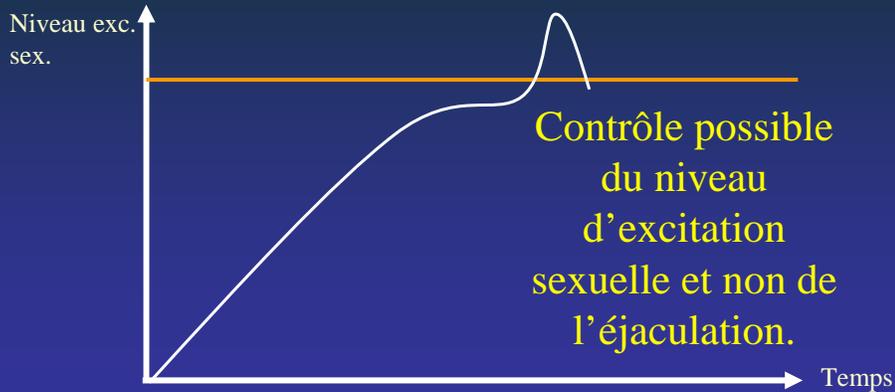
- Thérapie sexuelle/cognitivo-comportementale
- Médication « hors monographie » : ISRS et clomipramine
- Traitement combiné : médication et sexothérapie.
 - Le plus efficace pour l'EP de tout temps (Rowland et al., 2003; Perelman, 2005; Althof, 2006)

Approche cognitivo-comportementale en sexothérapie pour EP

- Technique d'arrêt-départ (Semans, 1956)
- Technique de compression sur le frein du gland (Masters et Johnson, 1970)
- Facteurs influençant le succès :
 - Augmentation de la conscience des sensations sexuelles pré-éjaculatoires
 - Concentration sur le plaisir
 - Réduction de l'anxiété
 - Diminution de l'emphase sur le coït
 - Pronostic amélioré si combinée à thérapie cognitive /sexothérapie en couple
 - *Haut taux de succès post-thérapeutique (Master et Johnson, 1970, Hawton et al., 1986), peu de données sur l'efficacité à long terme.*

Une physiologie similaire au contrôle de la miction

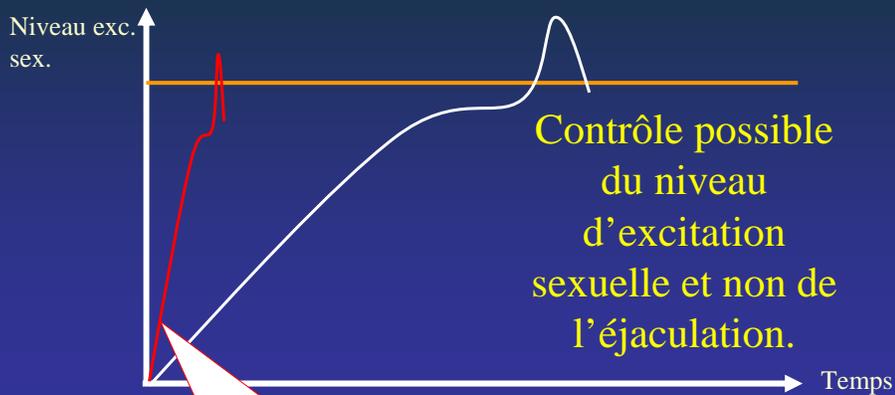
Niveau d'excitation sexuelle déclenchant le réflexe éjaculatoire



Brouillette, Diane (2006)

Une physiologie similaire au contrôle de la miction

Niveau d'excitation sexuelle déclenchant le réflexe éjaculatoire



Brouillette, Diane (2006)

1* Gérer le stress et les tensions

Une activation du SNS

- Tension musculaire
- Stress : . personnel,
. relationnel,
. sexuel
- Comportements
. sexuels "rapides"
- Pensées anxiogènes
- Émotions "—" (peur ...)
- Stimulants (café, coca,
chocolat...)
- Médicaments S+

Accélération du déclenchement du réflexe éjac. symp.

Éjaculation précoce

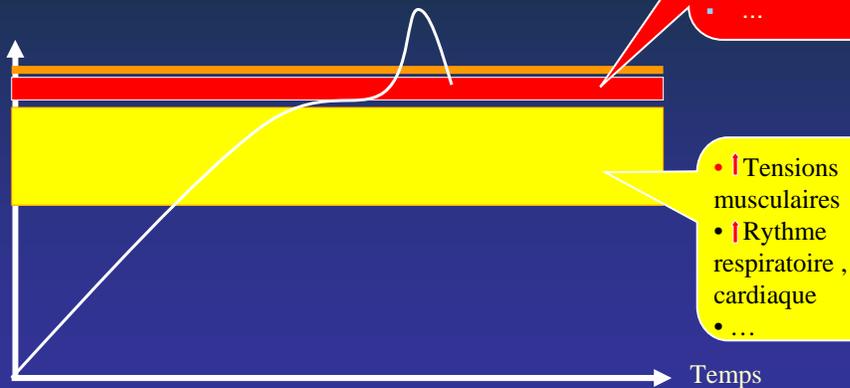
Le contrôle de l'éjaculation nécessite un état de détente :

relaxation, restructuration cognitive, bien-être émotif / personnel / relationnel / sexuel, concentration sur les sensations et le plaisir.

Brouillette, Diane (2006)

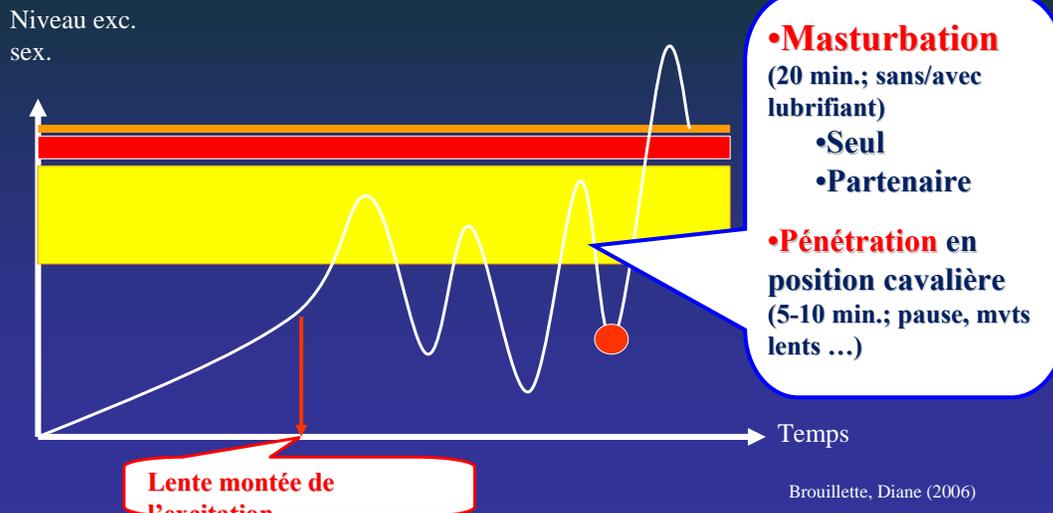
2* Découvrir les sensations pré-éjaculatoires

Niveau exc. sex.



Brouillette, Diane (2006)

3* Contrôler le niveau d'excitation Technique arrêt-départ



Ejaculation Précoce

STRATÉGIES DE
PRÉVENTION DES RÉCIDIVES

Prévention des récurrences de l'É.P.

- Suivi thérapeutique : 1-3-6 mois
- **Au quotidien** : Conservation des acquis :
 - Mieux gérer son stress,
 - Continuer d'utiliser les techniques de relaxation,
 - Éviter les situations à risque, les stimulants,
 - Si masturbation : avec contrôle
- **Avant une relation sexuelle** :
 - Être conscient des facteurs de risque potentiel d'É.P.,
 - Afin d'éviter des attentes irréalistes/déceptions

Brouillette, Diane (2006)

Prévention des récurrences

- **Lors d'une relation sexuelle**:
 - Être conscient et modifier les :
 - Tensions musculaires, pensées anxiogènes, émotions "-"
 - Se centrer sur son plaisir pour le contrôler :
 - Préléminaires plus longs sans éviter les caresses génitales,
 - Moduler son niveau d'excitation plus longtemps
 - Prévenir partenaire si excitation trop élevée
 - Pénétration : positions où l'homme a le moins de tension musculaire, pause, mouvements lents au début, alternance du rythme
- **Après une relation avec éjaculation rapide** :
 - Analyser les causes afin d'éviter le retour de l'anxiété/É.P.

Brouillette, Diane (2006)

Ejaculation Précoce

LES TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES

Traitements pharmacologiques

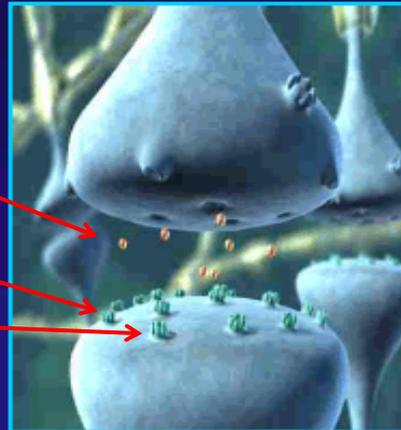
- Prise “ **journalière** ” d’un I.S.R.S. ou d’un Tricyclique ou d’un alpha-bloquant
- Prise “ **à demande** ”
 - d’un I.S.R.S. ou d’un Tricyclique
 - d’un i-PDE5
 - Dapoxétine
 - Tramadol
- Prise “ **à demande** ” d’un gel ou spray anesthésiant topique

L'Éjaculation Précoce

L'Éjaculation précoce est:

- Une ↓ de la neuro-transmission centrale de la Sérotonine (5-HT)
- Une **hyposensibilité** du récepteur 5-HT_{2c}
- Une **hypersensibilité** du récepteur 5-HT_{1a}

Ces phénomènes accélèrent l'Éjaculation



ISRS

- Augmentation de la neurotransmission de la Sérotonine (5-HT)

- Activation des récepteurs post-synaptiques 5-HT (ISRS=Agonistes 5-HT_{2c})

Hyposensibilisation des récepteurs de la Sérotonine 5-HT_{1a}

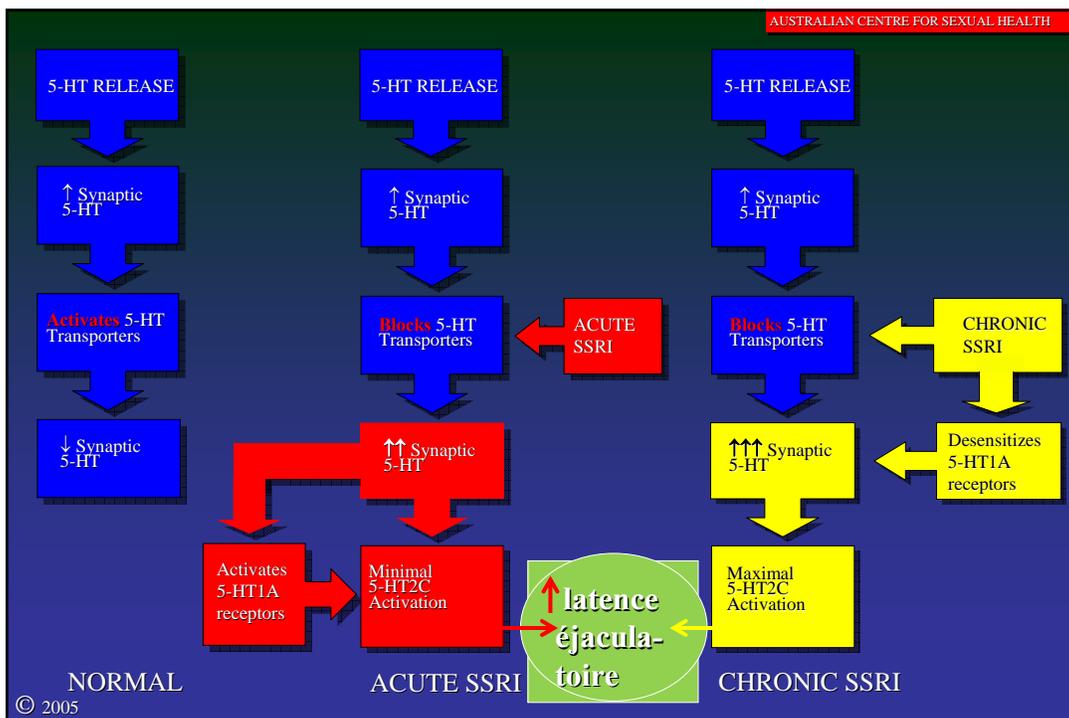
Éjaculation retardée

Éjaculation retardée

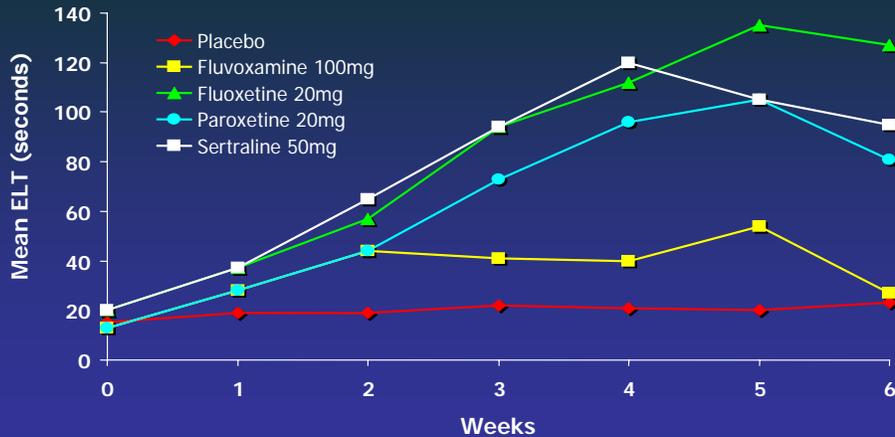
Doses recommandées avec les anti-dépresseurs pour traiter l'EP

Efficacité: (niveau 1 de preuve)

- Clomipramine(Anafranil): 25-50mg die ou 25mg 4-24h pré-coital
- Fluoxétine(Prozac): 5-20mg die
- Paroxétine(Paxil): 10,20,40mg die ou 20mg 3-4 hres pré-coital
- Sertraline(Zoloft): 25-200 mg die ou 50mg 4-8 heures pré-coital



Traitement continu avec I.S.R.S.

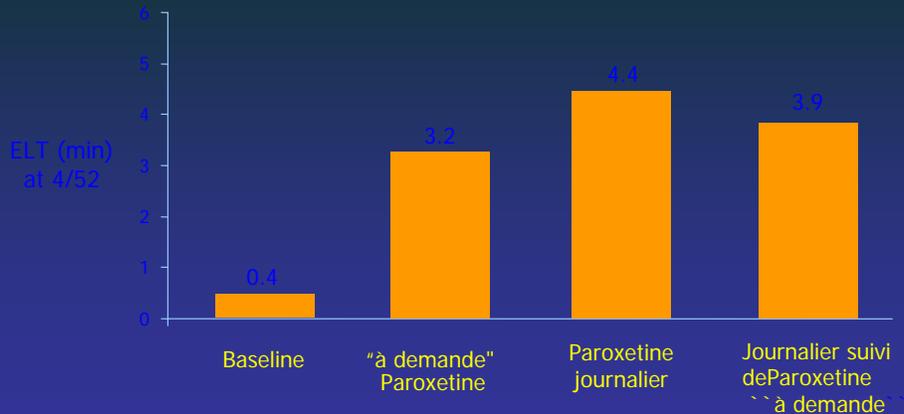


Waldinger MD, Hengeveld MW, Zwinderman, AH. J Clin Psychopharmacol 1998;18:274-81

Prise continue d'un I.S.R.S

- Effets secondaires “généraux”:
 - Fatigue, nausées, bâillements, selles molles, sudation, bouche sèche (Atténuation en 2 à 3 semaines)
 - Effets secondaires “sexuels”:
 - Baisse du désir sexuel
 - Dysfonction érectile (légère à modérée)
 - Anéjaculation
- ➡ Arrêt “progressif” en 3 à 4 semaines pour éviter symptômes de sevrage (plus long pour Paroxétine)

Traitement I.S.R.S. "à demande"



McMahon CG, Touma K. J Urol 1999 Jun; 161(6):1826-30

ÉTUDE DE PRÉFÉRENCE POUR LE TRAITEMENT DE L'EP

- "...le motif le plus important pour le choix du traitement "à dose journalière", plutôt que le traitement "à demande", est que le traitement journalier garantit une éjaculation retardée à tout moment de la journée si une relation est désirée.

Waldinger, M.D., A.H. Zwinderman, B. Olivier, D.H. Schweitzer, The majority of men with lifelong premature ejaculation prefer daily drug treatment: an observation study in a consecutive group of Dutch men. J Sex Med, 2007. 4(4 Pt 1): p. 1028-37.

Antagonistes Alpha 1- Adrenénergiques

- L'éjaculation est un réflexe médullaire spinal sympathique qui peut être retardé par des bloqueurs α 1-adrénergiques
- Plusieurs auteurs ont rapporté leurs expériences avec les bloqueurs α 1-adrénergiques sélectifs, alfuzosin(Xatral) et térazosin(Flomax), pour traiter l'EP.^{1,2}
- Cependant leurs données sont confuses et conflictuelles

1. Cavallini G. Alpha-1 blockade pharmacotherapy in primitive psychogenic premature ejaculation resistant to psychotherapy. Eur Urol 1995; 28(2):126-30
2. Basar MM, Yilmaz E, Ferhat M, Basar H, Batislam E. Terazosin in the Treatment of Premature Ejaculation: A Short-term Follow-up. Int Urol Nephrol 2005; 37(4):773-77

Traitements "à demande" topiques

- Tous « off label »
- Formes:
 - Spray: Chloraseptic ,TEMPE (Lidocaine-prilocaine)
 - Gel: -EMLA (Lidocaine-prilocaine)
20-30 min. avant coit
 - SS-cream: 1-2 heures avant coit

Niveau de preuve (1b)

traitements topiques "à demande"

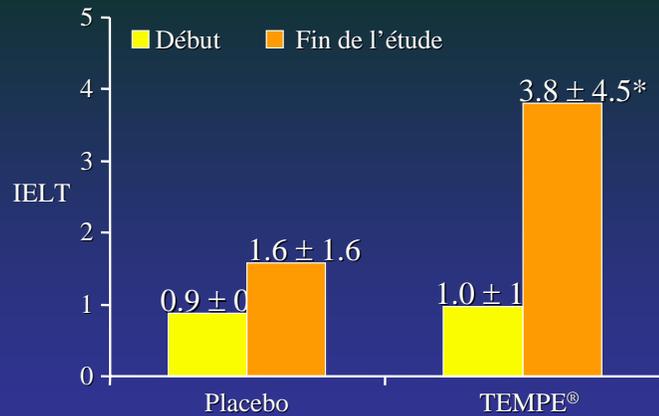
- Peu d'études contrôlées (Niveau d'évidence 1b)
 - Efficacité modérée
 - Risques d'hypoesthésie du pénis, et d'absorption transvaginale, causant une ↓ de la sensibilité vaginale et possiblement une DÉ ou une anorgasmie sauf si un condom est utilisé
1. Berkovitch M, Keresteci AG, Koren G. Efficacy of prilocaine-lidocaine cream in the treatment of premature ejaculation. J Urol 1995; 154(4):1360-1.
 2. Xin ZC, Choi YD, Lee SH, Choi HK. Efficacy of a topical agent SS-cream in the treatment of premature ejaculation: preliminary clinical studies. Yonsei Med J 1997; 38(2):91-5.
 3. Busato W, Galindo CC. Topical anaesthetic use for treating premature ejaculation: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. BJU Int 2004; 93(7):1018-21.

TEMPE®

- Étude à double insu, avec placebo, UK & Netherlands
- n=54
- EP Primaire (au moins 6 mois) (critères du DSM-IV)
- 3 activations de la pompe de TEMPE® (22.5 mg lidocaine, 7.5 mg prilocaine) sur le gland penis 15 min avant le coit
- Variables de l'étude:
 - Changements moyens de l'IELT à partir du début (Baseline)
 - Proportions de patients avec un IELT ≥ 4 , ≥ 3 or ≥ 2 min à 2 ou 3 occasions
 - L'index de Contrôle éjaculatoire (IEC)
 - Qualité de vie Sexuelle (SQoL) : scores des patients & partenaires

Dinsmore, W.W., G. Hackett, D. Goldmeier, M. Waldinger, J. Dean, P. Wright, et al., Topical eutectic mixture for premature ejaculation (TEMPE): a novel aerosol-delivery form of lidocaine-prilocaine for treating premature ejaculation. BJU Int, 2007. 99(2): p. 369-75.

TEMPE® - IELT



2.4 fois de hausse de l'IELT moyen

Dinsmore, W.W., G. Hackett, D. Goldmeier, M. Waldinger, J. Dean, P. Wright, et al., Topical eutectic mixture for premature ejaculation (TEMPE): a novel aerosol-delivery form of lidocaine-prilocaine for treating premature ejaculation. BJU Int, 2007. 99(2): p. 369-75.

TEMPE® - Effets secondaires

Traitement (%) d'effets 2aires	TEMPE®	Placebo
Hypoesthésie	3 (12%)	0
Influenza	1 (4%)	2 (7%)
Dysfonction Erectile	1 (4%)	0
I.V.R.S.	1 (4%)	0
Sensation brûlure cutanée	0	1 (4%)
Céphalées	0	1 (4%)

Dinsmore, W.W., G. Hackett, D. Goldmeier, M. Waldinger, J. Dean, P. Wright, et al., Topical eutectic mixture for premature ejaculation (TEMPE): a novel aerosol-delivery form of lidocaine-prilocaine for treating premature ejaculation. BJU Int, 2007. 99(2): p. 369-75.

Ejaculation Précoce

LE TRAITEMENT: INHIBITEURS DE LA PDE-5

I-PDE5 et Éjaculation précoce

- Plusieurs études non contrôlées avec méthodologie inadéquate (définition, critères, efficacité) (niveau évidence 3)
- Pas de haut niveau de support pour leur utilisation dans le traitement de l'éjaculation précoce
- Employés surtout dans l'éjaculation précoce(EP) associée à une dysfonction érectile(DE)

TRAITEMENT EP avec INHIBITEURS de la PDE-5

- Mécanismes potentiels:
 - Output sympathique central réduit ¹⁻⁴
 - Inhibition périphérique de la réponse contractile des canaux déferents, des vésicules séminales, de la prostate et de l'urèthre ⁵⁻⁸
 - Amélioration de la fonction érectile et baisse de l'anxiété de performance chez les hommes avec une DÉ légère
 - Les inhibiteurs de la PDE-5 pourraient rétablir le seuil érectile à un niveau inférieur

1. Pfäus JG. Curr Opin Neurobiol 1999;9:751-758
2. Pu S et al. Brain Res 1998;808:310-312
3. Sato Y et al. Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol 2001;281:R269-278
4. Kreigsfield LJ Physiol Behav 1999;67:561-566

5. Naseem KM et al. Eur J Pharmacol 2000;387:329-335
6. Schultz KD et al. Nature 1977;265:750-751
7. Hull EM et al. Neuropharmacology 1994;33:1409-1504
8. Bialy M et al. Physiol Behav 1996;60:139-143

Augmentations de l'IELT

Traitement	Études	IELT	
		Moyen	Écart
SILDÉNAFIL	4	6.6	2.7-15.0
VARDÉNAFIL	1	9.7	-
TADALAFIL	1	3.75	-
CLOM. DIE	1	4.0	-
SERT. DIE	5	5.6	3-8.5
PAROX. DIE	3	9.0	4-12.7
FLUOXÉTINE (90 mg)1/sem	1	4.1	-
SILDÉN+SERT.	3	6.9	3.3-10
SILDÉN+PAROX.	2	10.7	6.6-14.9
TAD + FLUOX.	1	8.4	-
PAROX.+LIDOCAÏNE	1	15.0	-
PBO	2	1.4	1.2-1.6

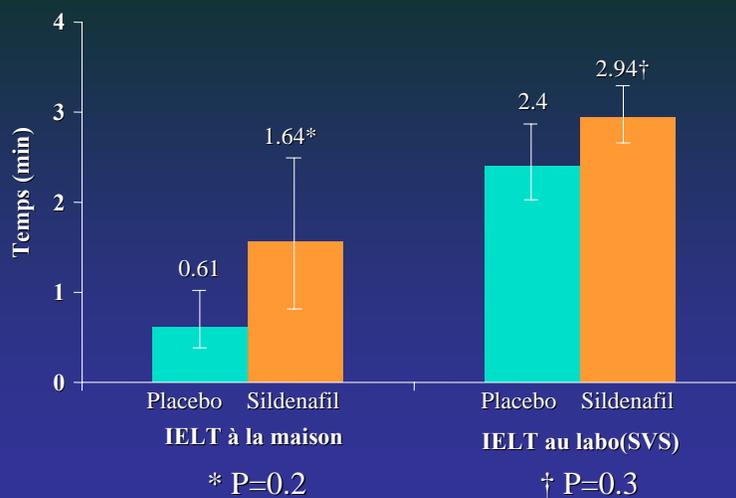
1. McMahon CG et al, BJU Int 2006; 98: 259-272

Sildenafil (Pfizer: Étude A1481071)

- Étude multicentrique, à double insu, avec placebo, et groupes parallèles (n=157)
- EP Primaire telle que défini par les critères du DSM-IV
- 8 semaines à doses flexibles de Sildenafil ou de placebo
- VARIABLES étudiées:
 - IELT avec un chronomètre
 - Index d'Éjaculation Précoce (IPE) - 14 Q, 0-4
 - QEG - "Est-ce que la médication prise a amélioré votre niveau de satisfaction durant la relation sexuelle?"

McMahon CG, Stuckey B, Andersen ML. J Sex Med 2005; 2(3):368.

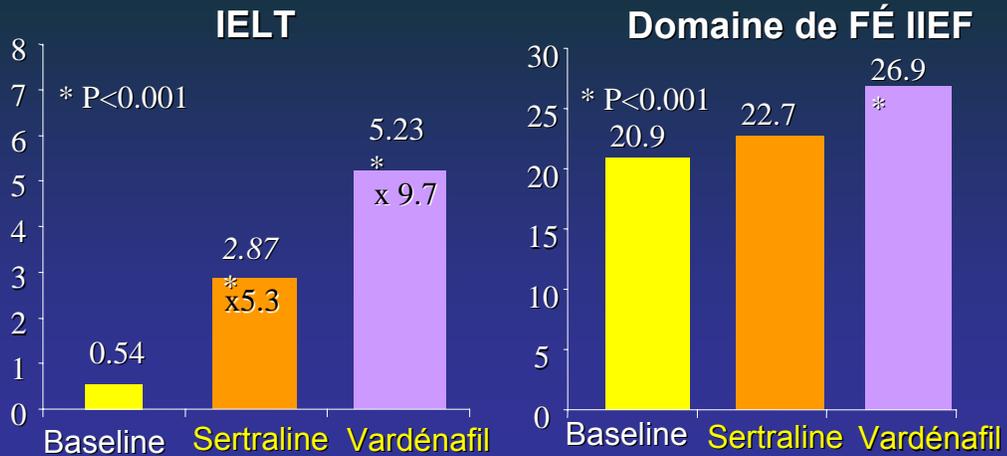
Intravaginal Ejaculatory Latency Time (IELT)



McMahon CG, Stuckey B, Andersen ML. J Sex Med 2005; 2(3):368.

EP et DÉ associée Ejaculation

Étude ouverte croisée comparant Sertraline (50mg) à demande et Vardenafil (10mg)



Sommer F et al. (AUA 2005). J Urol 173(4): 202, abst.741

Éjaculation Précoce

LE TRAITEMENT:

PHARMACOTHÉRAPIE INTRACAVÉRNEUSE

PHARMACOTHÉRAPIE INTRACAVERNEUSE

- Suggérée par des cliniciens ``entrepreneurs``
- Données non probantes
- Le succès du traitement = prolongation de l'érection après l'éjaculation et non par l'amélioration de la latence éjaculatoire
- Le traitement de l'EP par injection intracaverneuse de substances vaso-actives ne peut être recommandé.

1. Fein RL. Urology 1990; 35: 301-303

Ejaculation Précoce

**LE TRAITEMENT:
LA DAPOXÉTINE**

Dapoxetine HCl

La **DAPOXETINE** est un inhibiteur des transporteurs de la Sérotonine
Elle empêche la recapture de la 5-HT qui s'accumule dans l'espace synaptique
Et ↑ sa concentration sur les récepteurs de la 5-HT post- synaptiques retardant ainsi l'éjaculation



Elle est le premier traitement spécifiquement développé pour l'EP

Dapoxetine HCl

La Dapoxétine est un traitement "à demande"(PRN), ce qui évite une prise journalière

La Dapoxétine possède un profil pharmacologique unique

Avec **-une absorption rapide**

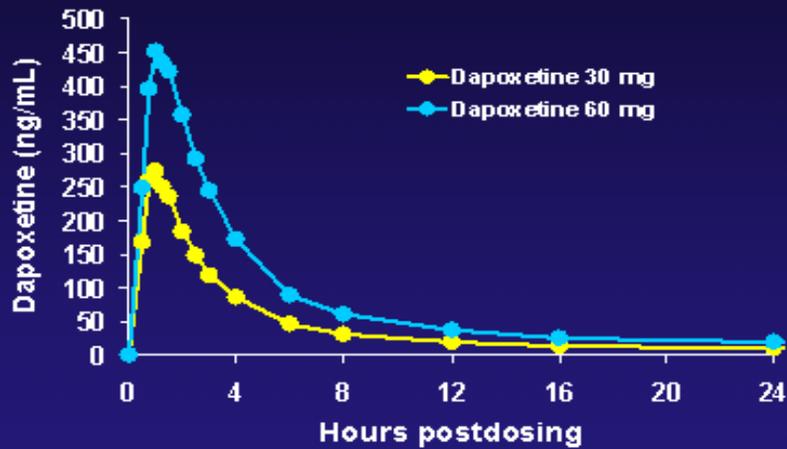
-une élimination rapide

-Tmax = 1 heure

-Demi-vie: 1.2 heures

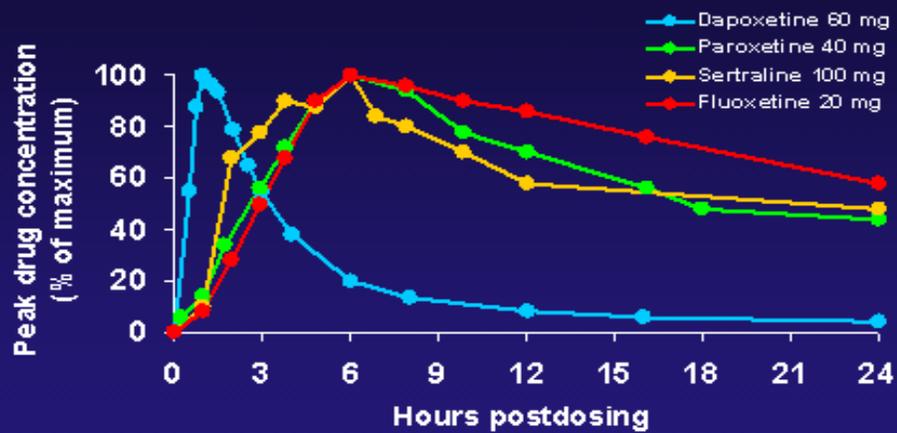
-À 24 heures le niveau plasmatique est < 5% du Pic plasmatique.

Pharmacocynétique de la DAPOXETINE orale



Data on file, Study C-2004-010

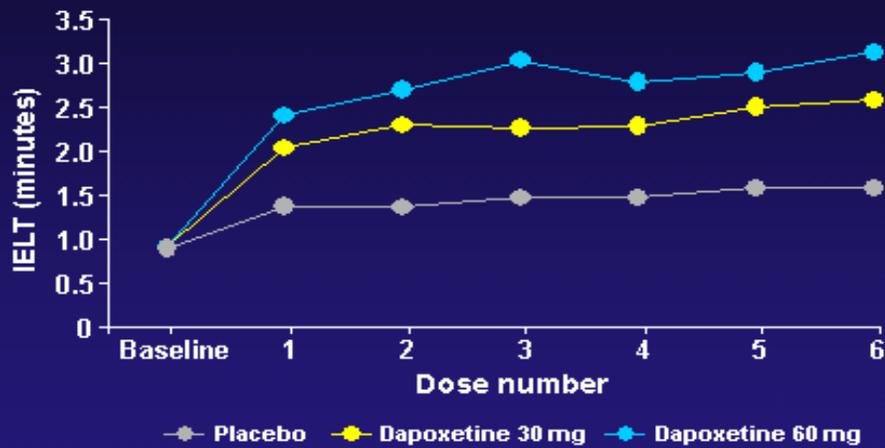
Pharmacocynétique : DAPOXETINE VS I.S.R.S.



SSRIs = selective serotonin reuptake inhibitors.

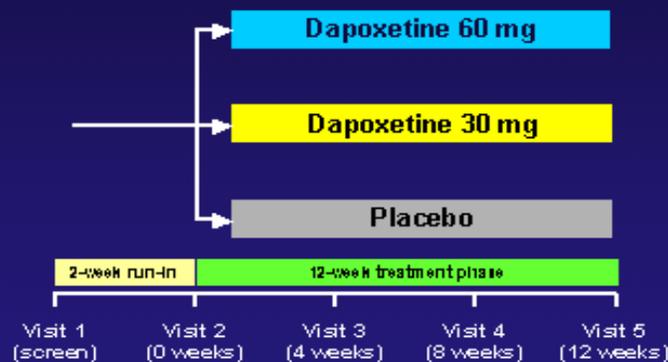
Data on file, Study C-2004-010.

La Dapoxétine est efficace dès la 1^{ère} dose et maintient son efficacité avec les doses subséquentes



ÉTUDE: PHASE 111

- DSM-IV diagnosis of PE operationalized by stopwatch measurement of IELT; IELT \leq 2 min in at least 75% of events during baseline run-in period
- Study treatment taken 1-3 hours before intercourse



VARIABLES

- 1-VARIABLE PRIMAIRE → IELT à la fin de l'étude
- 2-VARIABLES SECONDAIRES

- Perception du sujet sur son **CONTRÔLE ÉJACULATOIRE**
- **SATISFACTION** du **PATIENT** avec la relation sexuelle
- **SATISFACTION** du **PARTENAIRE** avec la relation sexuelle

Pryor et al. AUA, 2005. Oral presentation.

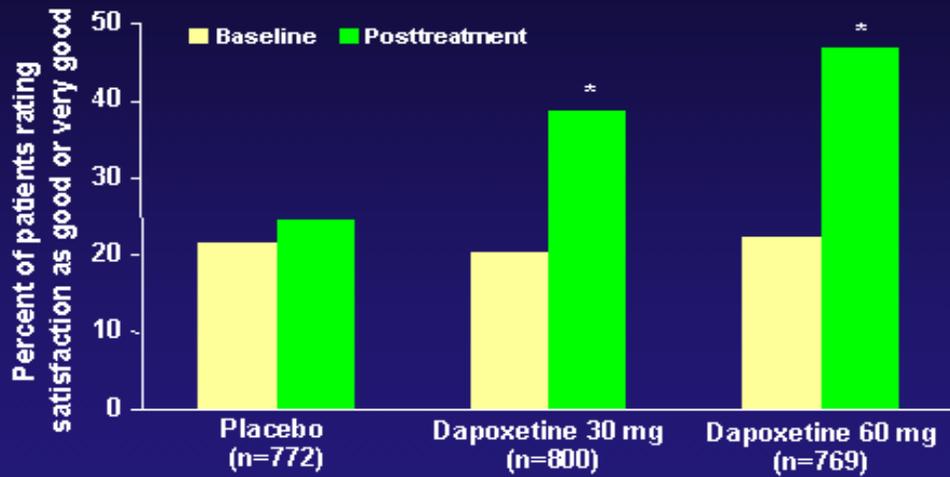
EFFETS SECONDAIRES

Effet 2aire	DAP 30mg	DAP 60mg
Nausées	8.7%	20.1%
Céphalées	5.9%	6.8%
Diarrhée	-	6.8%
Étourdissements	-	6.2%

Discontinuation Rate: Placebo 0.9%, DAP 30mg 4% DAP 60mg 10%

Pryor J., Althof SE et al. Lancet 2006; 368: 929-37

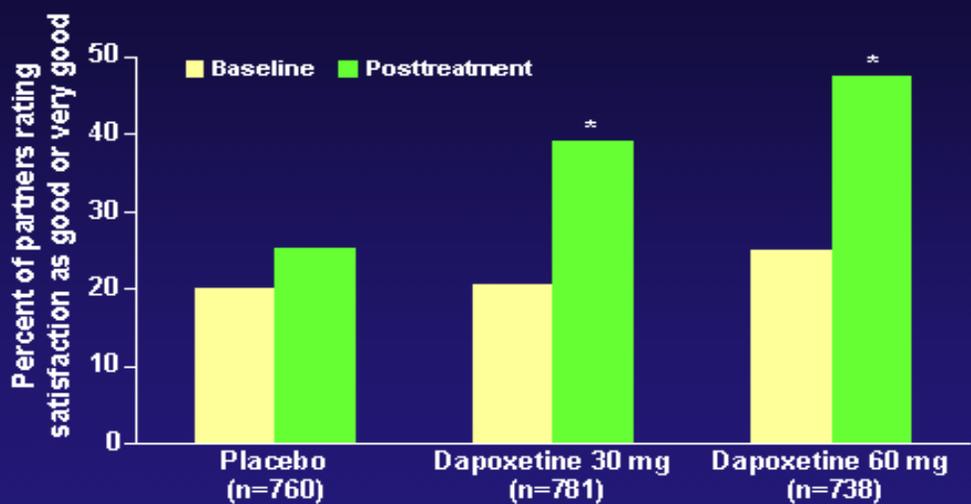
LA DAPOXETINE AMÉLIORE SIGNIFICATIVEMENT LA SATISFACTION AVEC LA RELATION SEXUELLE



*P<0.0001 vs placebo.

Piyor et al. AUA, 2005. Oral presentation.

LA DAPOXETINE AMÉLIORE SIGNIFICATIVEMENT LA SATISFACTION DU PARTENAIRE AVEC LA RELATION SEXUELLE



P<0.0001 vs placebo.

LA DAPOXETINE: CONCLUSIONS

- Possède une absorption et une élimination **rapides**
- Est efficace **dès les premières doses** et aux doses subséquentes
- Cause **peu d'effets secondaires** surtout des nausées
- Est efficace **autant** dans l'EP Primaire que Secondaire

AMÉLIORE SIGNIFICATIVEMENT:

- **Le contrôle** de l'éjaculation (IELT: 0.90 → X3.02 et 3.65)
- **La satisfaction** du patient avec la relation sexuelle
- **La satisfaction du partenaire** avec la relation sexuelle

Éjaculation Précoce

**LE TRAITEMENT:
Le TRAMADOL**

Tramadol

- On a rapporté récemment l'efficacité du **TRAMADOL**
- « à demande » dans le traitement de l'EP
- Tramadol est un opiacé analgésique à **action centrale**
- **C'est un analogue de la codeine**
- Le mode d' action du Tramadol est obscur:
 - Il se lie aux récepteurs μ -opioïd
 - Liaison faible au GABA, à la norepinephrine, inhibiteur de la recapture de la sérotonine
 - Moins de risque de dépendance (0.7 %)

1. Safarinejad MR, Hosseini SY. J Clin Psychopharmacol 2006; 26(1):27-31
2. Salem EA, Wilson SK, Bissada NK et al. J Sex Med 2007

Tramadol

- Baseline IELT de 1.17 ± 0.39 min
- Tramadol IELT de 7.37 ± 2.53 min (**6.3 fois+**)
- Placebo IELT of 2.01 ± 0.71 min (**1.7 fois+**)
- 59/60 patients ont rapporté augmentation **significative** de leur satisfaction avec le **contrôle** de l' éjaculation et de leur **satisfaction** avec la relation sexuelle
- 1/60 fut insatisfait (hausse 1.5 fois de l' IELT)
- Dyspepsie légère-5/60 (8.5%)
- Légère somnolence-3/60 (5%)

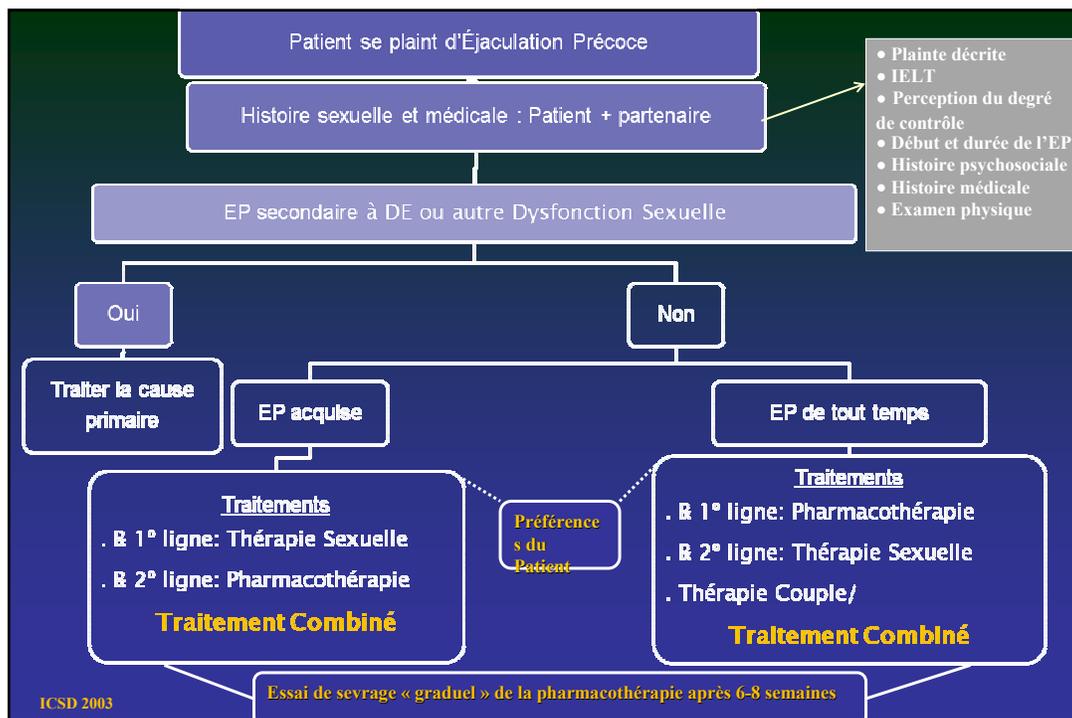
- Salem, E.A., S.K. Wilson, N.K. Bissada, J.R. Delk, W.J. Hellstrom, M.A. Cleves.
Tramadol HCL has Promise in On-Demand Use to Treat Premature Ejaculation. J Sex Med, 2007.

Tramadol

IELT

Author/s	Placebo	Tramadol 25mg	Tramadol 50mg
Safarinejad MR et al. ¹	1.6	-	12.7
Salem EA et al. ²	1.4	6.3	-

1. Safarinejad MR, Hosseini SY. J Clin Psychopharmacol 2006; 26(1):27-31
2. Salem EA, Wilson SK, Bissada NK et al. J Sex Med 2007



- Plainte décrite
- IELT
- Perception du degré de contrôle
- Début et durée de l'EP
- Histoire psychosociale
- Histoire médicale
- Examen physique

Éjaculation Précoce

LES TRAITEMENTS FUTURS

Développements d'une future médication pour l'EP

- Antagonistes des réceptors 5-HT_{1A}
- Antagonistes des réceptors de l'Ocytocine

Antagonistes des récepteurs 5-HT1A

- Plusieurs études ont démontré un **délat éjaculatoire supérieur** avec les ISRS «à prise journalière» causé par une hyposensibilisation des récepteurs 5-HT1a, et une augmentation de l'activation des récepteurs 5-HT2c
- Ceci occasionne une plus grande hausse de la neurotransmission de la Sérotonine (5-HT)
- **Cela pourrait être obtenu par la co-administration d'antagonistes des récepteurs 5-HT1A (WAY-100635, robalzotan) ^{1,2,3}**

1. Cremers TI et al., Eur J Pharm 2000; 397: p. 63-74.
2. Williamson IJ et al., Brit J Pharmacol Biochem Behav, 2003. 138 (suppl1):
3. de Jong TR et al., Eur J Pharmacol, 2005. 509(1): p. 49-59

Antagonistes des récepteurs de l' Ocytocine

- On rapporte un nombre croissant d'études sur l'influence de l'ocytocine dans la neurotransmission dans le processus éjaculatoire
- **Chez l'homme, les niveaux d'ocytocine plasmatique sont élevés durant l'érection pénienne et lors de l'orgasme ^{1,2}**
- La stimulation électrique du nerf dorsal de la verge, produit une excitation dans 50 % des cellules ocytociques dans le PVH et SON des rats ^{3,4}

1. Carmichael MS, Humbert R, Dixen J et al. J Clin Endocrinol Metab 1987; 64(1):27-31.
2. Uckert S, Becker AJ, Ness BO et al. World J Urol 2003; 20(6):323-6
3. Honda K, Yanagimoto M, Negoro H et al. Brain Res Bull 1999; 48(3):309-13
4. Yanagimoto M, Honda K, Goto Y, Negoro H. Brain Res 1996; 733(2):292-6

Ejaculation Précoce

La thérapie combinée

Traitement future : la thérapie combinée

- Interventions intégrant les thérapies médicamenteuse et sexuelle (Althof, 2006, Perelman, 2005)
- Approche similaire au traitement de la DE
PE est un problème de couple qui souvent réagit bien à la thérapie sexuelle, soit seule ou en combinaison avec la pharmacothérapie. (Althof, 2006)

Conclusions

1. Les **ISRS** et le **TEMPE[®]** sont des traitements efficaces de l'EP
2. La prise « **journalière** » d'un ISRS est associée une augmentation **supérieure de l'IELT** comparé à la prise « à demande »
3. Les **ISRS «à demande»** sont moins efficaces mais peuvent quand même remplir les objectifs de nombreux patients
4. La **combinaison de la pharmacothérapie et de la sexothérapie** peut obtenir des impacts supérieurs chez certains patients

Conclusions

5. Les **inhibiteurs de la PDE-5 seuls ou combinés** avec les ISRS ou TEMPE[®] devraient être limités aux hommes avec une EP acquise (2aire) à la suite d'une DÉ
6. Les **combinaisons d'ISRS «à action rapide » et des antagonistes des récepteurs 5-HT1A et/ou de l'ocytocine**, ou d'agents simples visant plusieurs récepteurs peut être la base de médicaments futures « à demande » plus efficaces
7. Le **TRAMADOL** s'est montré efficace dans le traitement de l'EP

Références

- Assalian, P. 1988. « Clomipramine in the treatment of premature ejaculation ». *Journal of Sex Research*, 24, 213-215.
- Frank, E., Anderson, C., & Rubinstein, D. 1978. « Frequency of sexual dysfunction in "normal" couples ». *New England Journal of Medicine*, 299, 111-115.
- Grenier, G., & Byers, E.S. (1997). « The relationships among ejaculatory control, ejaculatory latency, and attempts to prolong heterosexual intercourse ». *Archives of Sexual Behavior*, 26, 27-47.
- Metz, M.E. & Pryor, J.L. 2000. « Premature Ejaculation: A Psychophysiological Approach for Assessment and Management » *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26:293-320
- Ravart, M., Trudel, G., Marchand, A., Turgeon, L., & Aubin, S. 1996. « The efficacy of a cognitive behavioural treatment model for hypoactive sexual desire disorder: An outcome study ». *Canadian Journal of Human Sexuality*, 5, 279-293.

Suggestions de lecture

- Apfelbaum, B. 2000. «Retarded Ejaculation: A Much Misunderstood Syndrome», In *Principles and Practice of Sex Therapy*, sous la dir. de Sandra R. Leiblum & Raymond C. Rosen, p. 205-241. N.Y.: The Guilford Press.
- Crépault, C. 1997. *La sexoanalyse*. Paris: Payot, 423p.
- Cottraux, J. 1998. *Les thérapies comportementales et cognitives*. Paris: Masson, 353p.
- Heiman, J.R. 2000. «Orgasmic Disorders in Women», In *Principles and Practice of Sex Therapy*, sous la dir. de Sandra R. Leiblum & Raymond C. Rosen, p. 118-153. N.Y.: The Guilford Press.
- Kaplan, H.S. 1989. *How to Overcome Premature Ejaculation*. N.Y. Brunner/Mazel Publishers, 119p.

Suggestions de lecture

Kaplan, H.S. 1994. *L'éjaculation précoce (comment y remédier)*. Éditeur Guy Saint-Jean, 132p.

Polonsky, D.C. 2000. «Premature Ejaculation», In Principles and Practice of Sex Therapy, sous la dir. de Sandra R. Leiblum & Raymond C. Rosen, p. 305-332. N.Y.: The Guilford Press.

Poudat, F.-X., Jarousse, N. 1992. *Traitement comportemental et cognitif des difficultés sexuelles*. Paris: Masson, 272p.

Trudel, G. 2000. *Les dysfonctions sexuelles: évaluation et traitement par des méthodes psychologique, interpersonnelle et biologique*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec, 716p.

Remerciements

Treatment Options for Premature Ejaculation

Chris G McMahon
Associate Professor, University of Sydney
Australian Centre for Sexual Health