



Dr. med. Karl-Ernst Ambs

**Urologische Privatpraxis & Praxisklinik im Medico
Palais**

Parkstr. 6 65812 Bad Soden

www.dr-ambs.com

Ejakulatio Praecox



**DAS AM HÄUFIGSTEN BEKLAGTE
PROBLEM IN DER UROLOGISCHEN PRAXIS**

Ejakulatio praecox



- Man geht von einer Prävalenz von 25% aus.
- Es gibt keine genauen Zahlen.
- Nur ein kleiner Teil der Männer sucht das ärztliche Gespräch.

Definition



- Die International Society for sexual Medicine (ISSM) definiert die lebenslange EP durch
 - eine Ejakulation, die immer ca. eine Minute nach Penetration erfolgt
 - die Unfähigkeit zur Verzögerung der Ejakulation
 - negative persönliche Folgen wie Leistungsdruck, Ärger, Frustration u./o. Vermeidung von sexueller Intimität.
- Die durchschnittliche intravaginale Ejakulationslatenzzeit IELT(=intravaginal ejaculatory latency time) liegt bei 5,4 Minuten und vermindert sich mit zunehmendem Alter.
- Die durchschnittlich „gefühlte“ Zeit von der Penetration bis zur Ejakulation liegt zwischen 7 - 14 Minuten.

Klassifikation



- Primäre lebenslange EP
- Sekundäre erworbene EP
- Variable, natürlich vorkommende EP
- Des Weiteren leiden einige Männer an einem subjektiven Gefühl der EP, obwohl objektive Kriterien dafür fehlen.
 - Diese *Ejakulationsdysfunktion* ähnelt den Symptomen einer EP und ist eine eigene Kategorie

Die variable und natürlich vorkommende EP



- Ist eher als Sexualbeschwerde anzusehen und wahrscheinlich eine normale Variation der Sexualität.
- Sie ist charakterisiert durch
 - frühe Ejakulation
 - Irregularität
 - Unbeständigkeit
 - vermindertes Kontrollgefühl

Klassifikation



Tabelle 2

Klassifikation der Ejaculatio praecox

	lebenslange EP	erworbene EP	variable EP	subjektives EP-Gefühl
IELT	sehr kurz	kurz	normal	normal
Ätiologie	genetisch/ neurobiologisch	medizinisch/ psychologisch	normale Variation	psycho- logisch
Prävalenz	niedrig	niedrig	hoch	hoch

*modifiziert nach Waldinger 2008 [8]; EP = Ejaculatio praecox,
IELT = intravaginale Ejakulationslatenzzeit*

Evaluation und Prävalenz



- Verlässliche Daten fehlen, was die
 - geographische
 - religiöse
 - demografische
 - ethische
 - sozialePrävalenz anbelangt.
- Schätzungsweise betrifft die EP 23% aller Männer über 24 Jahre.

Ätiologie



- Bereits 1887 wurde die EP in der medizinischen Literatur erwähnt.
- 1943 unterschied Schapiro erstmals zwischen der primären (lebenslangen) und der erworbenen sekundären EP.
- Schapiro postulierte eine Erkrankung mit psychosomatischen und genetischen Ursachen, da die EP in einigen Familien gehäuft vorkommt.
- 1998 publizierten Waldinger et al., dass die lebenslange EP und damit die ILET genetisch determiniert sein können.
- In einer DNA Studie mit 89 Männern mit primärer EP konnte im Vergleich mit einer geistig und psychisch gesunden Kohorte eine positive Korrelation mit dem 5-HTLPR-Genpolymorphismus und der Dauer der ILET gezeigt werden.
(5-HT=5-Hydroxytryptamin)
- Männer mit einer ILET < 1 Minute und einem LL-Genotyp ejakulierten deutlich schneller als Männer mit einem SL- und SS- Genotyp.

Therapieoptionen



- Ausgehend von der Annahme, dass die EP keine neurologische, sondern eine psychosomatische Erkrankung ist, schlug Schapiro die Therapie mit anästhesierenden Salben vor, z.B. Emla-Salbe.
- Unter der Annahme, der Ejakulationsreflex sei erlernbar, propagierte der englische Urologe J. Seaman die *Start-Stopp-Technik*.
- Masters und Johnson modifizierten diese zur *Squeeze-Technik*.
- Die von den Autoren beschriebenen Erfolge konnten in anderen Studien nicht erreicht werden.

Therapieoptionen



- Durch Einführung der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) in der 1980er Jahren wurde ein neurobiologischer Ansatz verfolgt.
- 2004 wurden erstmals Studie mit Dapoxetin durchgeführt.

Klinische Vorgehensweise



- ausgiebige Sexualanamnese
 - evtl. validierte Fragebögen
- metabolische Risikofaktoren
 - Nüchtern-glucose, Cholesterin, Lipide
- mikrobielle Aufarbeitung des Urins und Ejakulates
- Schilddrüsenwerte
 - SD- Funktionsstörungen können eine EP begünstigen
- körperliche Untersuchung
 - OP-Schäden, Bandscheiben etc.
- prädisponierende Faktoren
 - Prostatitis, Urethritis, Frenulum breve, erektile Dysfunktion

Nicht medikamentöse Therapie



- Psychische Faktoren →
Miteinbeziehung der Partners
 - Verminderung des Erfolgsdruckes
- evt. *Start-Stopp-Technik*
- *Squeeze-Technik*
 - (Kurz vor der Ejakulation Druck auf das Frenulum → Unterbrechung des Ejakulationsreflexes)

Pharmakologische Therapie



- Anästhesierende Salbe
 - topische Anästhetika
 - Lidocain, Prilocain als Salbe, Gel oder Spray
→ 2-4fache Verlängerung der IELT.
 - Mögliche Nebenwirkungen
 - Verlust der penilen Sensibilität
 - Hautirritationen
 - Kontamination der Partners

Pharmakologische Therapie



- **SSRI**

- tägliche Einnahme besser als „on demand“
- blockieren axonale Wiederaufnahme von Serotonin im synaptischen Spalt durch 5-HT-Transporter
 - verstärkte 5-HT- Neurotransmission und Stimulation der postsynaptischen 5-HT-Autorezeptoren
 - verlängerte IELT

- **Substanzen**

- Paroxetin, Sertalin, Fluoxetin, Citalopram, Dapoxetim
- Clomipramin (trizyklisches Antidepressivum)

Pharmakologische Therapie: Substanzen



Tabelle 3

Pharmakologische Therapie der Ejakulatio praecox

Pharmakon	Einnahme	Dosierung	Steigerung der IELT	Nebenwirkungen
Dapoxetin	oral, on-demand	30–60 mg	2,5–3-fach	Übelkeit, Diarrhö, Kopfschmerzen, Schwindel
Paroxetin	oral, täglich	10–40 mg	8-fach	Fatigue, Gähnen, Übelkeit, Diarrhö, Schwitzen, Libidoverlust, erektile Dysfunktion
Paroxetin	oral, täglich für 30 Tage, dann on-demand	10–40 mg	11,6-fach	siehe Paroxetin
Paroxetin	oral, on-demand	10–40 mg	1,4-fach	siehe Paroxetin
Clomipramin	oral, täglich	12,5–50 mg	6-fach	siehe Paroxetin
Sertralin	oral, täglich	50–200 mg	5-fach	siehe Paroxetin
Fluoxetin	oral, täglich	20–40 mg	5-fach	siehe Paroxetin
Citalopram	oral, täglich	20–40 mg	2-fach	siehe Paroxetin
Lidocain	topisch, on-demand	25 mg/m ²	2–4-fach	penile Taubheit, genitale Taubheit des Partners, Hautirritationen, erektile Dysfunktion
Prilocain	topisch, on-demand	25 mg/m ²	2–4-fach	

In Deutschland ist nur Dapoxetin zur Therapie der Ejakulatio praecox zugelassen. Um die einzelnen Substanzen der Therapie besser miteinander vergleichen zu können, wird häufig die x-fache Verlängerung der intravaginalen Ejakulationslatenzzeit (IELT) im Vergleich zur Placebogruppe angegeben.

Pharmakologische Therapie



- **SSRI - Wirkungen**

- Starke Ejakulationsverzögerung
- Beginnt nach 5-10 Tagen, bleibt während der Langzeitbehandlung bestehen.

- **Nebenwirkungen**

(verschwinden bei kontinuierlicher Einnahme)

- Fatigue
- Leichte Nausea
- Diarrhoe
- Schwitzen

- **Cave**

- Keine SSRI bei Männern mit bipolarer Depression!
- Plötzliches Absetzen der SSRI kann zum Entzugssyndrom führen.

Pharmakologische Therapie

Besonderheiten der Einzelsubstanzen



- **Paroxetin und Citalopram**
 - in ca. 30% kann es zu einer DNA-Fragmentation der Spermien kommen.
 - nur bei Männern mit ED und EP!
- **Dapoxetin = Priligy:**
 - seit 2008 zugelassen
 - kein Antidepressivum
 - sollte ca.3H vor GV mit einem Glas Wasser eingenommen werden
 - verlängert die IELT auf das 2,5 - 3fache
 - die tägliche Einnahme führt nicht zur Akkumulation
- **Nebenwirkungen**
 - Kopfschmerzen, Schwindel

Pharmakologische Therapie

Besonderheiten der Einzelsubstanzen



- **Eigene Erfahrungen**
 - Die Mehrzahl der Patienten mit EP spricht gut auf Dapoxetin an und profitiert davon.
 - Problem: Therapiekosten, da die Krankenkassen das Medikament nicht oder nur zeitlich begrenzt erstatten.

Quellen:



- 1) Waldinger 2008 [8]
- 2) Journal of Urology 168: 2359-2367
- 3) Androgen Info 6/2005
- 4) Uro News 11/2009: 18-24