

Aujourd'hui, quel « traitement » sexologique de l'Éjaculation Précoce ?

Docteur André Corman
Directeur d'enseignement CHU Toulouse III
Président du Syndicat National des Médecins
Sexologues



Le Docteur André Corman a ou a eu une activité passée ou présente de présentation de données et/ou de chairman lors de symposiums organisés par l'industrie pharmaceutique, de consultant, d'intervenant, d'expert, ou d'investigateur, pour les Laboratoires : Lilly, Bayer Schering Pharma, Boehringer IngelHeim, Pfizer, Johnson&Johnson, Novartis, Menarini

D'hier à
aujourd'hui

Position du problème : *Le sexologue en première ligne*

- S'il est une pathologie sur laquelle les sexologues ont travaillé, c'est bien l'Éjaculation Précoce (EP).
 - Elle était clairement un des tous premiers motifs de consultation dans leur patientèle où le recrutement de nouveaux patients se plaignant d'EP était quotidien.
 - Quand on observait le parcours de quelqu'un qui souffrait d'EP, il s'orientait vers un médecin sexologue ou un sexologue psychiatre ou psychologue souvent après un voyage sur le Web.
- A contrario, une étude effectuée sur la pratique d'urologues (Shindel A, 2008) situait le recrutement de nouveaux patients se plaignant d'EP à un par semaine.

D'hier à
aujourd'hui

Position du problème :

Le sexologue en première ligne

- Depuis au moins 50 ans, les sexologues ont proposés de nombreux modèles thérapeutiques pour traiter l'EP.

Deux approches principales dominent ces modèles:

1. Approches cognitivo-comportementales

- Elles mettent en relief une gestion de l'excitation sexuelle permettant une modulation du réflexe éjaculatoire.

2. Approches psychodynamiques

- Elles mettent en relief un trouble psychosomatique reliée à un type de personnalité

D'hier à
aujourd'hui

Position du problème

De la sexologie à la médecine sexuelle

- Ces 20 dernières années vont voir parallèlement se développer une avancée des connaissances médicales basées sur des preuves concernant l'EP
- L'approche est principalement pharmacologique
 - Elle met en relief les processus neurophysiologiques de l'éjaculation

 *Elle aboutit à la sortie en France du premier médicament, la Dapoxétine, à avoir une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans le traitement de l'EP*

D'aujourd'hui
à demain

Position du problème

La prise en charge de l'EP se nourrit de ces deux dimensions

1. La dimension sexologique:

- basée sur un manque d'habiletés sexuelles permettant de gérer l'excitation sexuelle.
 - Concrètement, le patient ne peut pas conserver son excitation à des niveaux inférieurs à celui qui déclenche le réflexe éjaculatoire et il est alors incapable de prolonger la durée de la pénétration.

2. La dimension neurochimique:

- basée sur des travaux concernant le rôle clé d'un neuromédiateur cérébral : la Sérotonine.
 - L'EP serait liée au fait que l'on ne trouve pas suffisamment de sérotonine active dans les espaces intersynaptiques.

D'aujourd'hui
à demain

Position du problème

L'EP est une pathologie du couple

- Une méta-analyse (*Rosen, Althof, 2008*) de 11 études à bon niveau de preuves portant sur 19000 patients consultant pour EP mettent en évidence son impact très délétère sur la satisfaction relationnelle et sexuelle du couple.
- La réduction de cette satisfaction du couple constitue d'ailleurs une des principales motivations au traitement de l'EP.

Quels sont ces patients EP ?

- On distingue deux principales formes cliniques :
 - l'EP primaire où l'éjaculation est très rapide, suivant de peu ou parfois précédant la pénétration, quasi systématique pour tous les rapports sexuels, avec toutes les partenaires, depuis le début de l'activité sexuelle.
 - Concrètement, le plus fréquemment, ce sont des hommes, essentiellement jeunes et inexpérimentés, éprouvant une forte angoisse de performance.
 - L'EP secondaire survenant après une période de vie sexuelle où l'éjaculation ne posait pas de problème.
 - Ce changement peut être du:
 - à des événements de vie retentissant sur la vie intime (par exemple l'arrivée d'un enfant),
 - à des problèmes d'ordre psychologique, relationnel ou médical.
 - Dans ce cas, c'est souvent lié à un trouble de l'érection.
 - A côté de ces deux principales formes cliniques, il y a aussi des hommes se plaignant alors que tout est normal au niveau de leur délai d'éjaculation.
 - Ce sont des hommes ayant en tête des performances déconnectées de la réalité sexuelle.

Position du problème

« Guidelines » de l'ISSM

- Je me propose ici de dégager, à partir des **principales recommandations édictées en 2012 par l'ISSM**, les principales modernités influençant la place et les modalités de la prise en charge sexologique de l'EP.
-
- **Chaque patient doit bénéficier d'une éducation psychosexuelle de base**
 - **Inclure la partenaire dans la démarche de soins peut être indispensable si couple en crise ou si mise en place de thérapies comportementales où son implication est nécessaire.**
 - **Offrir à chaque patient/couple une intervention psychosexologique appropriée, seule ou en complément d'une pharmacothérapie**
 - **Exposer les différents traitements disponibles**

Recos ISSM

1. Chaque patient doit bénéficier d'une éducation psychosexuelle de base

Dédramatiser le symptôme

- L'EP entraîne une **difficulté de communication** à l'intérieur du couple [i] car les deux partenaires ont du mal à aborder le problème :
 - La femme parce qu'elle a peur de plonger son homme dans des problèmes de performance, de lui faire de la peine, de le vexer.
 - L'homme est plutôt dans le déni et l'évitement.

Dennis Revicki et col. Characterizing the burden of premature ejaculation from a patient and partner perspective: a multi-country qualitative analysis. Health and Quality of Life Outcomes 2008, 6:33

que de lui demander s'il avait un problème ? Il me répondit que non, qu'il préférerait faire durer les choses plutôt que de jouir...»

Lucia ETXEARRIA ; *Amour, Prozac et autres curiosités*)

2. Inclure la partenaire dans la démarche de soins

McMahon et coll 2012, Standard Operating Procedures in the Disorders of Orgasm and Ejaculation J Sex Med

- Certains patients peuvent ne pas comprendre ou même en attester l'impossibilité (« *elle ne viendra pas, docteur...* ») quand le clinicien va souhaiter inclure la partenaire dans sa prise en charge.

→ *C'est dire que le clinicien doit expliciter pourquoi quand c'est vraiment nécessaire*

Inclure la partenaire dans la démarche de soins

Des raisons pour faire venir la partenaire

- L'EP retentit sur les partenaires d'hommes souffrant d'EP: Elles présentent plus de dysfonctions sexuelles que celles des hommes non éjaculateurs rapides. (*K Hobbs, 2008*)
 - baisse de désir sexuel, diminution de l'excitation sexuelle et de la lubrification, très important amoindrissement de la capacité orgasmique.
- La prise en charge peut nécessiter une modification dans le consensus des scripts sexuels du couple: chorégraphie sexuelle, fréquence ...
 - Le couple pourrait-il faire sien un tel changement sans que la partenaire soit partie prenante ? (*Donahey K, 2000*)
- La complicité de la partenaire est déterminante durant le traitement pour :
 - Sa propre compréhension du protocole thérapeutique et de la place qu'elle peut y occuper pour aider son partenaire à moduler son éjaculation (son implication dans les thérapies sexologiques de l'EP par exemple) (*Perelman M. 2003*).

•K Hobbs et col. Sexual dysfunction in partners of men with premature ejaculation. *International Journal of Impotence Research* (2008) 20, 512–517; doi:10.1038/ijir.2008.34

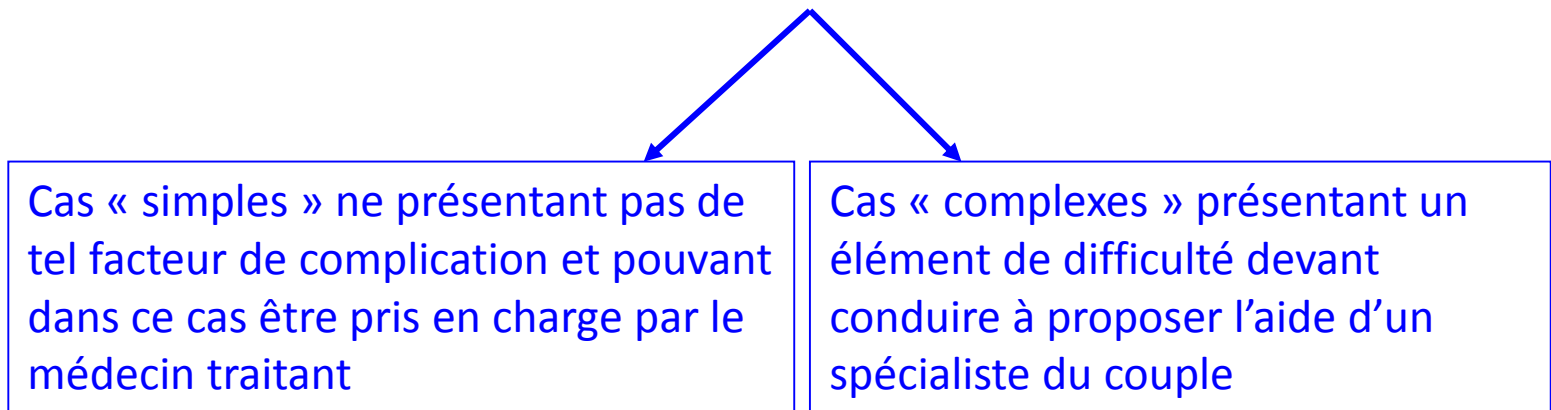
•Donahey K, Miller S. Applying a common factors perspective to sex therapy. *J Sex Educ Ther* 2000;25:221–30

•Perelman M. Sex coaching for physicians: Combination treatment for patient and partner. *Int J Impot Res* 2003; 15:S67–74.

3. Des niveaux gradués de thérapies d'accompagnement doivent être proposées en complément pour la plupart des hommes avec EP

McMahon et coll 2012, Standard Operating Procedures in the Disorders of Orgasm and Ejaculation

- En raison du rôle majeur que joue la satisfaction de la partenaire dans l'EP, il n'est pas étonnant que la dysfonction relationnelle soit le deuxième effet négatif de l'EP (*Hartmann, 2005*)
- Le climat dans le couple et la nature des scripts sexuels doivent être investigués afin de déterminer de quel accompagnement les patients doivent bénéficier.
- Quelques questions permettent de classer les patients ou couples en deux grandes catégories:



Exemple de questions sur la relation du couple

Le climat dans le couple

- Comment votre partenaire vit-elle votre problème ?
- Évite-t'elle les relations sexuelles?
- Votre EP affecte-t'elle l'ensemble de votre relation (au-delà du sexe) ?

Les scripts sexuels

- Existe-t-il des préliminaires ?
 - *En quoi consistent-ils ?*
 - *Ces échanges continuent-ils après la pénétration si votre partenaire n'a pas eu d'orgasme ?*
- Votre partenaire parvient-elle à un orgasme durant la relation sexuelle ?
 - *A la suite de quel type de stimulation ?*
- Votre partenaire présente t'elle elle-même des difficultés sexuelles (faible désir, lubrification insuffisante, douleur)
 - *Accepterait-elle d'être traitée pour cela ?*

Exemple de réponses et leurs conséquences sur la prise en charge

- Elles montrent un couple en crise :
 - nécessité d'une aide spécialisée au couple (conseil ou thérapie selon les cas)
- Elles montrent un manque total d'apprentissage d'habiletés sexuelles chez le patient
 - nécessité d'un conseil sexologique ou d'une sexothérapie
- Elles montrent une dysfonction sexuelle chez la partenaire
 - nécessité de prise en charge de cette dysfonction sexuelle par un sexologue ou un gynécologue

Des niveaux gradués de thérapies d'accompagnement doivent être proposées en complément pour la plupart des hommes avec EP

McMahon et coll 2012, Standard Operating Procedures in the Disorders of Orgasm and Ejaculation

- Au delà de la relation de couple, l'accompagnement psycho-sexologique peut être divers:
 - Thérapies pour aider à retarder/ contrôler l'éjaculation
 - Améliorer la confiance dans sa performance sexuelle et diminuer l'anxiété
 - Modifier la rigidité des scripts sexuels
- Ces approches psycho-sexologiques restent opérationnelles à l'heure de la pharmacothérapie.
 - Elles sont au centre d'une amélioration de la communication sexuelle dans le couple dont l'objectif est de parvenir à une meilleure satisfaction
 - Une fois la confiance en soi et la possibilité de contrôle améliorés, il est possible de diminuer ou d'arrêter le traitement pharmacologique (*Mc Mahon, 2002*)

Exposer les différents traitements disponibles

McMahon et coll 2012, Standard Operating Procedures in the Disorders of Orgasm and Ejaculation

Traitements	Avantages	Inconvénients
Thérapies comportementales	Grand taux de réussite à court terme dans des études à faible niveau de preuves	Efficacité limitée sur le long terme Forte implication de la partenaire Expertise du praticien
Anesthésiques locaux	Efficace chez de nombreux patients	Hors AMM Diminution sensibilité pénis et vagin Anorgasmie féminine Réactions cutanées
IPDE5	Trt de première intention si DE associée	Hors AMM Efficacité contestable si EP seule
Anti-dépresseurs Tricycliques (clomipramine) ou IRSS sélectifs (paroxétine, fluoxétine...etc)	Amélioration significative de la latence éjaculatoire Pour certains, avantages de la prise continue Bénéfice possible sur les symptômes psychologiques d'accompagnement Peut réduire l'excès de désir	Hors AMM Nécessite en général une prise quotidienne (sauf clomipramine) Stigmate du trt anti-dépresseur Effets indésirables généraux et sexuels Sd d'arrêt des sérotoninergiques Risque de suicide chez déprimés jeunes ? Impact négatif possible sur la fertilité masculine ?
Dapoxétine	Amélioration significative de la latence éjaculatoire en 5 études en double-blindé insu contre placebo dans controlled clinical trials (012 & 013, 3001, 3002 and 3003) Adapté pour une prise à la demande Seul trt à avoir une AMM pour EP	Effets indésirables modérés Pour certains patients Prise à la demande

Thérapies comportementales

- Principe: elles reposent sur un apprentissage permettant au patient de moduler le cours de son excitation sexuelle

→ *il peut conserver cette dernière à des niveaux inférieurs à celui qui déclenche le réflexe éjaculatoire et il devient alors capable de prolonger la durée de la pénétration*

- Modalités: 3 principaux protocoles
 - Le « Stop and go » ou « arrêt-départ »
 - La technique "arrêt-départ" a été décrite pour la première fois par l'urologue James Semans, en 1955.
 - Les compressions ou « Squeeze »
 - La technique de pression pénienne a été développée par Masters et Johnson.
 - La thérapie sexo-fonctionnelle
 - Développée par François De Carufel
- Difficultés: Expertise du praticien et implication de la partenaire

Les thérapies comportementales

Détails

Le « Stop and go » ou « arrêt-départ »*

- **Principe; décomposer l'excitation en paliers et s'arrêter à ces paliers**
 - 1 étape: la stimulation manuelle (seul puis à deux)
 - Deuxième étape : La technique "arrêt-départ" avec la femme au-dessus de l'homme
 - Troisième étape : Les exercices "arrêt-départ" dans les positions coïtales face à face et avec l'homme au-dessus de la femme
 - Quatrième étape : Le ralentissement au lieu de l'arrêt

*Semans J. Premature ejaculation. South Med J 1956;49: 352-8.

**Masters WH, Johnson VE. Human sexual inadequacy. Boston: Little, Brown & Co; 1970.

***De Carufel F et Trudel G. Effects of a New Functional-sexological Treatment for Premature Ejaculation. Journal of Sex and Marital Therapy, 32, 97-114, 2006.

Les compressions ou « Squeeze »**

- **Principe: Elle enseigne à l'homme à se concentrer uniquement sur ses sensations péniennes**
 - En serrant le pénis assez fort sur divers points(Base du gland ou base de la verge), le patient puis secondairement sa partenaire fait diminuer son excitation alors qu'il est sur le point d'éjaculer.

La thérapie sexo-fonctionnelle***

- **Principe: Gérer la quantité et l'intensité de la stimulation que l'homme reçoit et les modifications que l'excitation entraîne notamment la respiration et les tensions musculaires**
 - apprentissage d'habiletés corporelles, la concentration, l'exploration de la respiration

Pertinence des interventions psychosexuelles sur l'EP

- Utilisées seules, à court terme, elles peuvent être indiquées chez des patients ayant une latence éjaculatoire suffisante (> à 2 minutes). En dessous de ce seuil, il est difficile de mettre en place un apprentissage.
- Bien qu'ayant peu de données objectives sur le suivi à long terme, elles suggèrent des récives sur la brièveté du rapport sexuel (*Hawton, 1986*) bien que de nombreuses améliorations sur la sexualité soient notées.
- En fait, elles permettent souvent à des patients de mieux accepter le traitement pharmacologique
- Coupler ces thérapies à un traitement pharmacologique permet de prendre en charge la majorité des patients EP


Conclusion

- A l'ère du traitement pharmacologique de l'EP, le traitement sexologique garde sa pertinence.
- Reste que, si de nombreux médecins généralistes ou urologues ont entendu parler, par exemple, de l'existence du « Stop and go » ou du « Squeeze », des questions se posent:
 - Quand, comment et avec quel niveau de faisabilité et d'opérationnalité peuvent-ils s'en servir dans la prise en charge clinique de l'EP ?
 - De même, comment peuvent-ils en pratique gérer la dimension clinique du couple?
- C'est dire que les sexologues doivent être présents dans le réseau de soins et prêts à former les praticiens ...



Titulaire
MENARINI France
1/7, rue du Jura
Silic 528
94633 Rungis cedex

Exploitant
MENARINI France
1/7, rue du Jura
Silic 528
94633 Rungis cedex




Niveau 3
Attention, danger :
ne pas conduire.
Pour la reprise de la conduite,
demandez l'avis d'un médecin.

Priligy® 30 mg

Voie orale - Liste I

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance



3400922269269

158967436985

SN Lot: EXP

Médicament autorisé N° :
34009 222 692 6 9

Numéro de série unique imprimé sur chaque boîte

3. Renseignez les informations nécessaires à la vérification du produit.

- Choisissez le pays dans lequel vous avez obtenu le médicament
- Sélectionnez la boîte en votre possession (dosage et nombre de comprimés)
- Insérez le numéro de série qui se trouve au dos de votre boîte et qui est précédé des lettres SN.
- Insérez le code de sécurité.
- Cliquez sur "Vérifier"
- Attention : le système enregistre la première vérification effectuée. Toute autre utilisation du même numéro de série indiquera que le produit est contrefait.



Où avez-vous acheté le médicament?

Quel est le conditionnement en votre possession?

Numéro de série

SN

En synthèse

- L'éjaculation : des progrès dans la connaissance physiologique
- Priligy[®] :
 - Une action sur la sérotonine
 - Un programme de développement clinique spécifiquement dédié à l'EP
 - Unique traitement indiqué dans l'EP.

