

# Richtlijn 'Vroegtijdige zaadlozing'

Peter Leusink, Marcel Waldinger, Ellen Laan, Jacques van Lankveld, Eric Meuleman, Cobi Reisman en Luca Incrocci

In 2010 publiceerde de International Society of Sexual Medicine haar richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van vroegtijdige zaadlozing. Deze richtlijn werd door enkele leden van de Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuele Disfuncties en de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie vertaald en op enkele punten aangepast. De belangrijkste onderwerpen uit de richtlijn zijn: (a) de anamnese is het belangrijkste diagnostische hulpmiddel; (b) lichamelijk onderzoek is meestal niet noodzakelijk; (c) het vaststellen van het subtype vroegtijdige zaadlozing kan richting geven aan de behandeling; (d) medicamenteuze monotherapie is slechts op de primaire vorm van toepassing; (e) een gecombineerde therapie heeft de voorkeur bij de secundaire vorm en voor de 2 additionele subtypes is farmacotherapie gecontraïndiceerd.

In 2010 werden door de International Society for Sexual Medicine (ISSM) de nieuwste wetenschappelijke inzichten op het gebied van vroegtijdige zaadlozing (ejaculatio praecox) gebundeld in een praktische richtlijn. Op initiatief van de Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuele Disfuncties (WVSD) en de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS) werd deze richtlijn vertaald en aangepast tot de richtlijn 'Vroegtijdige zaadlozing'.<sup>1</sup>

De richtlijn is vooral bestemd voor huisartsen, urologen en seksuologen. Het doel is uniformiteit in Nederland te bewerkstelligen in diagnostiek, behandeling en verwijzing van patiënten met vroegtijdige zaadlozing. Hiermee kan onnodige medicalisering of psychologisering van het probleem worden voorkomen. De richtlijn volgt in grote lijnen de internationale ISSM-richtlijn. Daar waar mogelijk zal de graad van wetenschappelijk bewijs worden weergegeven (bewijsniveau, met graad 1 als hoogste niveau (gecontroleerd onderzoek) en graad 5 als laagste (consensus experts)).

## DEFINITIES VAN VROEGTIJDIGE ZAADLOZING

Tot voor kort bevatten de meeste definities van vroegtijdige zaadlozing de subtypes primair (levenslang) en secundair (verworven). Deze definities waren niet gebaseerd op valide onderzoek en ontbeerden specifieke operationele criteria.

Een belangrijke bijdrage aan de ontwikkeling van de definitie vormde het epidemiologisch onderzoek naar de gemiddelde intravaginale-ejaculatielatentietijd, die varieert van 5,4-6,0 min met een afkapwaarde rond het 2e percentiel van 1 min. Op grond hiervan heeft de ISSM in 2007 een definitie voor primaire vroegtijdige zaadlozing ontwikkeld die gebaseerd is op wetenschappelijke criteria. Een primaire vroegtijdige zaadlozing is 'een primaire seksuele disfunctie bij de man, die gekenmerkt wordt door (a) een ejaculatie die altijd of bijna altijd optreedt

Groene Hart Ziekenhuis, afd. Seksuologie, Gouda.

Drs. P. Leusink, huisarts en seksuoloog NVVS.

Universiteit Utrecht.

Prof.dr. M. Waldinger, neuropsychiater.

AMC, Amsterdam.

Dr. E. Laan, GZ-psycholoog en seksuoloog NVVS.

Open Universiteit Heerlen.

Prof.dr. J. van Lankveld, psycholoog en seksuoloog

NVVS.

VU medisch centrum, afd. Urologie, Amsterdam

Prof.dr. E. Meuleman, uroloog en seksuoloog NVVS.

Ziekenhuis Amstelland, afd. Urologie, Amstelveen.

Dr. C. Reisman, uroloog.

Erasmus MC, afd. Radiotherapie, Rotterdam.

Dr. L. Incrocci, radiotherapeut-oncoloog.

voor of binnen ongeveer 1 min na vaginale penetratie, en (b) door onvermogen de zaadlozing te vertragen bij alle of bijna alle vaginale penetraties, en (c) door negatieve persoonlijke gevolgen, zoals spanning, ergernis, frustratie en/of het vermijden van seksuele intimiteit (bewijsniveau 1). Deze definitie heeft alleen betrekking op intravaginale seksuele activiteit.

Sinds enkele jaren worden aanvullend 2 subtypes van vroegtijdige zaadlozing gesuggereerd voor mannen die ontevreden zijn over hun ejaculatie. Deze subtypes moeten met enige voorzichtigheid beschouwd worden: er is vooralsnog alleen sprake van klinische consensus (bewijsniveau 5). Wel is het belangrijk ze te betrekken in de diagnostiek, omdat zij precies de klachten van veel mannen beschrijven die om een behandeling vragen. Kennis van deze subtypes kan behandelaars helpen bij de counseling van deze mannen en medicalisering van het probleem voorkomen. Het ene subtype is de 'natuurlijke variabele vroegtijdige zaadlozing'. Dit wordt gekenmerkt door snelle zaadlosingen die alleen af en toe en niet consistent bij een man optreden, waarbij diegene ook een gevoel van verminderde beheersing over de zaadlozing heeft. Dit subtype wordt beschouwd als een normale variatie van seksueel functioneren. Het andere subtype, de 'vroegtijdig-achtige ejaculatoire disfunctie', wordt gekenmerkt door de subjectieve waarneming van consistente of inconsistente snelle zaadlosingen tijdens de coïtus. De man is gepreoccupeerd met het probleem. De

intravaginale-ejaculatielatentietijd is echter niet afwijkend of zelfs lang (dat wil zeggen: een ejaculatie die bijvoorbeeld pas optreedt na 5 min).

Er bestaat geen betrouwbare informatie over de prevalentie van primaire en secundaire vroegtijdige zaadlozing. De prevalentieschattingen lopen uiteen van 3 (primaire vroegtijdige zaadlozing) tot 30% (de som van de prevalenties van alle typen vroegtijdige zaadlozing).

#### ETIOLOGIE

Bij de meerderheid van de mannen met vroegtijdige zaadlozing is op dit moment een biologische oorzakelijke factor niet aangetoond. Wel toont recent onderzoek aan dat neurobiologische en genetische variaties kunnen predisponeren tot primaire vroegtijdige zaadlozing. Serotoninedisregulatie verklaart slechts een klein percentage (2-5%) van de klachten van vroegtijdige zaadlozing in de algemene bevolking.

Hyperthyreoïdie, chronische bekkenbodempijn en erectiele disfunctie worden in de literatuur als oorzakelijke factoren voor secundaire vroegtijdige zaadlozing genoemd. De pathofysiologie van de relatie tussen deze aandoeningen en vroegtijdige zaadlozing is echter onbekend (bewijsniveau 3).

Psychologische factoren kunnen aanleiding kunnen geven tot een vroegtijdige zaadlozing of in stand houden. Het gaat om predisponerende factoren (seksueel misbruik, houding in de huiselijke kring ten aanzien van

**TABEL 1** Anamnesevragen voor de classificatie en de verheldering van de context van vroegtijdige zaadlozing

achtergrond	vraag
algemene diagnostiek	hoeveel tijd na de penetratie krijgt u een zaadlozing (komt u klaar)? kunt u uw zaadlozing vertragen?
differentiatie tussen 'vroegtijdig-achtige' en 'natuurlijk variabele' vroegtijdige zaadlozing	bent u geïrriteerd of gefrustreerd door uw snelle zaadlozing? varieert de tijd waarop u een zaadlozing heeft na penetratie?
differentiatie tussen primaire en secundaire vroegtijdige zaadlozing	is de zaadlozing het soms erg snel en anders weer gewoon? heeft u het gevoel controle te hebben over het moment van zaadlozing?
co-morbiditeit en erectiel functioneren	wanneer had u voor het eerst last van een snelle zaadlozing? heeft u vroegtijdige zaadlozing sinds uw eerste seksuele contacten? heeft u vroegtijdige zaadlozing bij alle of bijna alle pogingen tot gemeenschap en bij elke partner?
impact op de relatie	is uw erectie hard genoeg om te penetreren? heeft u problemen uw erectie vast te houden totdat u een zaadlozing krijgt bij gemeenschap? haast u zich wel eens bij gemeenschap om een verlies van de erectie te voorkomen? zijn er plasklachten en zo ja, gaan deze gepaard met pijn?
impact op kwaliteit van leven	hoe erg vindt uw partner het dat u een vroegtijdige zaadlozing heeft? vermijdt uw partner het hebben van gemeenschap? heeft uw vroegtijdige zaadlozing een effect op uw algehele relatie met uw partner?
behandeling	vermijdt u uit schaamte het hebben van gemeenschap? voelt u zich angstig, somber of schaamt u zich vanwege uw vroegtijdige zaadlozing? heeft u eerder een behandeling gehad tegen vroegtijdige zaadlozing? wat verwachten u en uw partner van een behandeling?

seks), individuele psychologische factoren (negatief lichaamsbeeld, depressie, faalangst, onvermogen om gevoelens te ervaren of te uiten), of relationele factoren (gebrek aan of angst voor intimiteit, woede). Vanuit klinisch perspectief is het waarschijnlijk dat diverse factoren elkaar kunnen versterken. In een vicieuze cirkel kunnen prestatiedruk en faalangst leiden tot vroegtijdige zaadlozing, die dan weer de oorspronkelijke faalangst kan verergeren (bewijsniveau 5).

## DIAGNOSTIEK

### ANAMNESE

Een minimaal aantal vragen is van belang in de anamnese (bewijsniveau 5) (tabel 1). Alle vragen worden aanbevolen en hebben verschillende doelen. Deze zijn: (a) het inschatten van de impact van de vroegtijdige zaadlozing op de man, zijn partner en hun relatie; (b) het classificeren van de vroegtijdige zaadlozing en het op grond daarvan opstellen van een behandelplan; (c) het in kaart brengen van somatische en psychosociale comorbiditeit.

### LICHAMELIJK ONDERZOEK

De WVSD-NVVS-richtlijn stelt dat routinematig bloedonderzoek en neurofysiologisch onderzoek moeten worden vermeden, omdat de prevalentie van somatische factoren erg laag is en daarom niet leidt tot een voldoende positieve voorspellende waarde. Alleen indien de anamnese bij secundaire vroegtijdige zaadlozing aanleiding geeft tot vermoeden van verhoogde schildklierfunctie, chronische prostatitis, bekkenbodempijnsyndroom of erectiele disfunctie, zijn bloedonderzoek en een gericht lichamenlijk onderzoek conform de daarvoor geldende richtlijnen wel vereist (bewijsniveau 5).

## BEHANDELING

### MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Verschillende medicamenten kunnen ingezet worden bij de behandeling van vroegtijdige zaadlozing.

Antidepressiva Het dagelijks gebruik van een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI) (paroxetine, sertraline, fluoxetine, of citalopram), dan wel het tricyclische antidepressivum (TCA) clomipramine vertraagt de zaadlozing meestal effectief (bewijsniveau 1). Een meta-

**TABEL 2** Kenmerken van aanbevolen farmacologische behandelingen van vroegtijdige zaadlozing

medicijn	tijdstip van inname	dosering	toename IELT*	bijwerkingen	status	bewijsniveau*
orale behandeling						
dapoxetine	zo nodig, 1-2 h voor gemeenschap	30-60 mg	2,5-3	misselijkheid, diarree, hoofdpijn, duizeligheid	geregistreerd in een aantal landen; niet in Nederland en België	1a
paroxetine	dagelijks	10-40 mg	8	bekende bijwerkingen bij SSRI's†	off-label	1a
clomipramine	dagelijks	12,5-50 mg	6	idem	off-label	1a
sertraline	dagelijks	50-200 mg	5	idem	off-label	1a
fluoxetine	dagelijks	20-40 mg	5	idem	off-label	1a
citalopram	dagelijks	20-40 mg	2	idem	off-label	1a
paroxetine	dagelijkse gedurende 30 dagen en daarna zo nodig	10-40 mg	11,6	idem	off-label	1a
paroxetine	zo nodig, 3-6 h voor gemeenschap	10-40 mg	1,4	idem	off-label	1a
clomipramine	zo nodig, 3-6 h voor gemeenschap	12,5-50 mg	4	idem	off-label	1a
lokale behandeling						
lidocaïne/ prilocaïne	zo nodig, 5-10 min voor gemeenschap	25 mg/g lidocaïne + 25 mg/g prilocaïne	4-6	ongevoeligheid penis, ongevoeligheid genitaal van partner, huid-irritatie, erectiele disfunctie	off-label	1b

IELT = intravaginale-ejaculatielatentietijd

\* Vermenigvuldiging van de IELT ten opzichte van de IELT zonder medicamenteuze behandeling.

† Vooral in week 1-3: moeheid, gapen, misselijkheid, dunne ontlasting, transpireren; soms verminderd seksueel verlangen en erectiele disfunctie.

analyse van studies met deze SSRI's toonde aan dat paroxetine de sterkste vertraging van de zaadlozing veroorzaakt, waarbij de intravaginale-ejaculatielatenstijd circa 9 maal verlengd was ten opzichte van de uitgangswaarde.

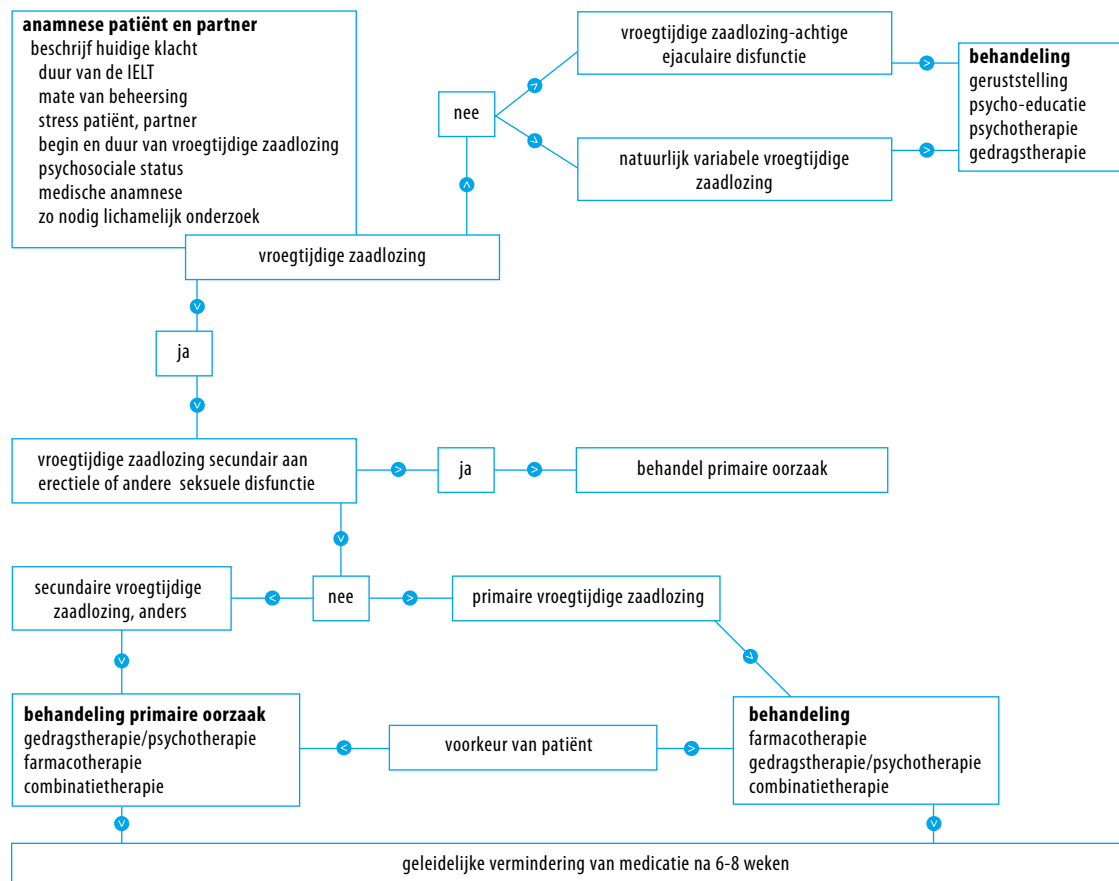
Uit een meerderheid van gepubliceerde studies blijkt dat behandeling zo nodig ('on demand') met clomipramine, paroxetine, sertraline en fluoxetine 3-6 h voor de coïtus slechts matig effectief is, maar wel goed wordt verdragen. Deze antidepressiva geven bij gebruik zo nodig aanzienlijk minder ejaculatievertraging dan wanneer deze dagelijks worden ingenomen. Behandeling zo nodig kan gecombineerd worden met hetzij een eerste behandeling van dagelijkse inname, hetzij met een gelijktijdige lage dagelijkse dosering van hetzelfde middel. Aangezien de genoemde SSRI's en clomipramine niet officieel geregistreerd zijn voor de behandeling van vroegtijdige zaadlozing, is voorschrijven hiervan bij deze indicatie 'off-label' (tabel 2).

Dapoxetine is een snelwerkende SSRI met een korte half-

waardetijd. Vanwege dit farmacokinetisch profiel kan het middel bij vroegtijdige zaadlozing gebruikt worden vóór de coïtus (bewijsniveau 1). In placebogecontroleerde studies bleek vanaf de eerste dosis dapoxetine 30 mg of 60 mg, ingenomen 1-2 h voor de coïtus, effectiever dan placebo. Dit leidde tot een 2,5- tot 3-voudige toename van de intravaginale-ejaculatielatenstijd, tot toegenomen beheersing van de zaadlozing, verminderde spanning en toegenomen satisfactie.

Lokale anesthetica Het off-labelgebruik van lokale anesthetica zoals lidocaïne en prilocaïne als een crème, gel of spray is voor de behandeling van primaire vroegtijdige zaadlozing zeer bekend. Deze middelen zijn matig effectief in het vertragen van de zaadlozing (bewijsniveau 1).

Fosfodiësterase 5-remmers De fosfodiësterase 5-remmers (PDE-5-remmers) sildenafil, tadalafil en vardenafil zijn effectieve middelen voor het behandelen van erectiele disfunctie. Er is slechts bewijs van niveau 4 ten aanzien van de effectiviteit en veiligheid van het gebruik bij gemeenschap of dagelijkse dosering van PDE-5-rem-



**FIGUUR** Algoritme voor de diagnostiek en behandeling van mannen met vroegtijdige zaadlozing. IELT = intravaginale-ejaculatielatenstijd

mers in de behandeling van primaire vroegtijdige zaadlozing bij mannen met niet-afwijkende erectiele functies. Behandeling van primaire vroegtijdige zaadlozing met PDE-5-remmers bij mannen met een niet-afwijkende erectiele functie wordt daarom niet aanbevolen.

#### OVERWEGINGEN BIJ EEN MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

De ISSM-richtlijn beveelt dapoxetine als middel van eerste keuze aan, omdat dit middel specifiek voor vroegtijdige zaadlozing is geregistreerd. De WVSD-NVVS richtlijn beveelt SSRI's – maar niet dapoxetine – als eerste keuze aan. Een voordeel van de andere SSRI's boven dapoxetine is de grotere toename van de intravaginale-ejaculatielatentietijd (zie tabel 2). Een kanttekening daarbij is dat tot op heden nog geen enkele SSRI in een dubbelblinde gerandomiseerde studie met dapoxetine vergeleken is. Daarnaast is dapoxetine, ondanks Europese registratie, vooralsnog niet in Nederland op recept verkrijgbaar.

De beslissing om vroegtijdige zaadlozing te behandelen met hetzij medicatie vóór gemeenschap, hetzij dagelijkse dosering dient gebaseerd te zijn op de inschatting van de behandelend arts in overleg met de patiënt. Veel mannen met vroegtijdige zaadlozing die niet frequent seksueel actief zijn, kunnen een voorkeur hebben voor behandeling zo nodig; veel mannen in vaste relaties hebben een voorkeur voor het gemak van dagelijkse inname.

De behandeling van vroegtijdige zaadlozing met SSRI's of TCA's heeft ook een duidelijke beperking. De vroegtijdige zaadlozing komt terug wanneer de medicatie wordt gestopt, de oorzaak wordt niet weggenomen. Hierdoor kunnen sommige patiënten van mening zijn dat het geen zin heeft om SSRI's in te nemen.

#### PSYCHOLOGISCHE BEHANDELING

Een breed scala aan psychologische interventies is ontwikkeld voor de behandeling van vroegtijdige zaadlozing. De belangrijkste, de stop-start-methode, is ontwikkeld om mannen de fases van hun opwinding te leren herkennen. Door middel van een serie gefaseerde oefeningen van zelfstimulatie tot coïtus zonder beweging en vervolgens met beweging van de heup, leert de man controle te krijgen over zijn opwinding. Slechts in 1 gecontroleerde studie werd een 8-voudige toename in de intravaginale-ejaculatielatentietijd gevonden bij mannen die behandeld waren met gedragstherapie vergeleken met een wachtlijst-controlegroep. Er is tot op heden matig bewijs voor de effectiviteit van gedragstherapie (bewijsniveau 2). Dit werd zeer recent in een Cochrane-review opnieuw bevestigd.

Psychologische interventies hebben andere doelen naast een toename van de intravaginale-ejaculatielatentietijd. De interventies zijn gericht op de man, zijn partner en

hun relatie. In het bijzonder zijn de doelen hierbij (a) een toename in het zelfvertrouwen van de man ten aanzien van zijn seksueel functioneren, als ook van zijn algehele zelfvertrouwen; (b) een vermindering van faalangst en vermijding; (c) een toename in communicatie met de partner; (d) een oplossing van problemen die voorafgegaan zijn aan de vroegtijdige zaadlozing dan wel in stand hebben gehouden; (e) voorlichting over de seksuele respons en het ontkrachten van mythes daarover.

Mannen met een natuurlijke variabele vroegtijdige zaadlozing moeten goed voorgelicht en gerustgesteld worden. Mannen met vroegtijdig-achtige ejaculatoire disfunctie kunnen cognitieve gedrags- of psychotherapie nodig hebben. Ondanks dat de effectiviteit van psychologische behandeling bij deze 2 additionele subtypes nog niet goed is onderzocht, dient onnodige medicalisering ervan vermeden te worden.

#### COMBINATIE VAN MEDICAMENTEUZE EN PSYCHOLOGISCHE THERAPIE

Aangezien primaire vroegtijdige zaadlozing waarschijnlijk een organische oorzaak heeft, wordt een medische interventie met psycho-educatie als eerste aanbevolen. Indien de vroegtijdige zaadlozing echter geleid heeft tot psychologische en relationele problemen, dan kan counseling van de patiënt of het paar nuttig zijn als aanvulling op de medische interventie (bewijsniveau 1). In 3 studies blijkt een gecombineerde behandeling beter te zijn dan alleen farmacotherapie.

Bij de secundaire vroegtijdige zaadlozing wordt aanbevolen een combinatie van medicamenteuze en psychologische behandeling in te zetten. Een medicamenteuze behandeling en het verbeteren van een onderliggende aandoening zoals een erectiele disfunctie kunnen goed helpen bij mannen die direct effect van een behandeling willen zien. Informatie geven over vroegtijdige zaadlozing, mannen helpen hun beheersing over de zaadlozing te verbeteren met gedragsoefeningen, stereotiepe seksuele gedragspatronen bespreken en persoonlijke problemen oplossen zijn waarschijnlijk van groot belang bij mannen met secundaire vroegtijdige zaadlozing. Wanneer het zelfvertrouwen en gevoel van beheersing van de man is verbeterd, kan de medische interventie verminderd of gestopt worden (bewijsniveau 5).

In de figuur staat een algoritme voor de diagnostiek en behandeling van vroegtijdige zaadlozing.

#### VROEGTIJDIGE ZAADLOZING EN COMORBIDE ERECTIELE DISFUNCTIE

Van de mannen met erectiele disfunctie heeft 30-50% ook vroegtijdige zaadlozing. Er is bewijs van niveau 1 voor de behandeling van vroegtijdige zaadlozing en comorbide erectiele disfunctie door medicamenteuze behandeling van de erectiele disfunctie. Er is bewijs van niveau 3 voor de behandeling van vroegtijdige zaadlozing

en comorbide erectiele disfunctie met farmacotherapie voor de erectiele disfunctie in combinatie met farmacotherapie voor vroegtijdige zaadlozing. Bij mannen met vroegtijdige zaadlozing en comorbide erectiele disfunctie kan een combinatie van een farmacologische en een psychologische behandeling helpen de psychosociale aspecten van deze seksuele disfunctie te verbeteren (bewijsniveau 2).

## CONCLUSIE

De richtlijn 'Vroegtijdig zaadlozing' van de Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuele Disfuncties en de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie geeft de arts praktische handvatten voor de diagnostiek en behandeling van mannen die zich presenteren met klachten van een te vroege zaadlozing. De uroloog, de huisarts of andere seksuologisch geïnteresseerde artsen moeten vooral een goede anamnese afnemen en lichamelijk onderzoek alleen op indicatie uitvoeren. In het gesprek heeft de arts ook aandacht voor psychologische en relationele factoren die het probleem helpen in stand houden.

Een algoritme (zie de figuur) kan helpen de juiste behandeling te starten. Deze behandeling kan in de eerste lijn plaatsvinden, alleen bij comorbide urologische problemen kan verwezen worden naar de uroloog. Indien psychologische of relationele behandeling noodzakelijk is, kan naar een seksuoloog van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie worden verwezen.

Belangenconflict: het instituut waarvoor E. Laan werkzaam is, ontving subsidie van Trimel Biopharma. Het instituut waarvoor E. Meuleman werkzaam is, ontving financiële vergoeding van GSK voor het ontwikkelen van postdoctorale training voor huisartsen. P. Leusink ontving financiële vergoeding voor het geven van lezingen. Het instituut waarvoor C. Reisman werkzaam is, ontving financiële vergoeding van Eli Lilly voor consultancywerkzaamheden en het geven van lezingen. Financiële ondersteuning voor dit artikel: geen gemeld.

Aanvaard op 2 augustus 2012

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;156:A5344

[▶ Meer op www.ntvg.nl/klinischepraktijk](http://www.ntvg.nl/klinischepraktijk)

## LITERATUUR

- 1 Waldinger MD, Incrocci L, Kropman R, Laan E, Lankveld J van, Meuleman E, Reisman Y, Leusink P. De WVSD en NVVS Richtlijn voor de diagnose en behandeling van vroegtijdige zaadlozing.

Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuele Disfuncties en Nederlandse Vereniging voor Seksuologie; 2010. [www.seksueledisfuncties.nl/Richtlijn Vroegtijdige zaadlozing.pdf](http://www.seksueledisfuncties.nl/Richtlijn_Vroegtijdige_zaadlozing.pdf), geraadpleegd op 22 augustus 2012 .