

Leitlinie Ejaculatio praecox

A. Jungwirth, G. Thomay, M. Scholz, C. Danner, U. Scrinzi, K. Gunzer

■ Definition der Ejaculatio praecox

Die Ejaculatio praecox (EP) ist eine sehr häufige, jedoch wenig verstandene Erkrankung. Derzeit existieren zumindest vier Definitionen. Nach ICD-10 handelt es sich um die Unfähigkeit, die Ejakulation so suffizient zu kontrollieren, um beiden Partnern einen genussvollen Geschlechtsverkehr zu ermöglichen. Die vorzeitige Ejakulation erfolgt in mehr als 75 % der Versuche bereits vor oder bei der Penetration. Die derzeit praktikabelste Definition des AUA Practice Guidelines Committee on ED definiert EP als früher als gewünscht stattfindende Ejakulation, entweder vor oder kurz nach der vaginalen Penetration, welche bei zumindest einem der Partner Unzufriedenheit auslöst.

■ Epidemiologie der Ejaculatio praecox

Die Prävalenz der EP in epidemiologischen Studien variiert stark je nach gewählter Studienpopulation und der verwendeten Definition der EP. Es besteht derzeit Konsens über eine weltweite Prävalenz von 25–30 %. Die Prävalenz der EP zeigt jedoch sehr starke regionale Unterschiede.

Die durchschnittliche „Intravaginal ejaculatory latency time“ (IVELT) beträgt 7 Minuten. Die IVELT bei EP-Patienten beträgt < 2 Minuten. Die EP verursacht zwar einen signifikanten Leidensdruck, aber nur wenige Männer mit EP suchen eine Therapie.

■ Pathophysiologie der Ejaculatio praecox

Im Gegensatz zu älteren Theorien, dass es sich bei der EP um eine psychisch erworbene Störung oder um ein pathologisch erlerntes Verhalten (z. B. zu rascher Sexualverkehr in der frühen Phase der Sexualität) handelt, sieht man die EP derzeit als neurobiologisches Phänomen, das durch eine verminderte serotonerge Neurotransmission, 5-HT_{2C}-Rezeptorhyposensitivität und/oder durch eine 5-HT_{1A}-Hypersensitivität bedingt ist. Diese Rezeptordysfunktionstheorie wäre eine Erklärung dafür, dass es eine familiäre Häufung von EP gibt.

Die Diagnostik der EP beruht auf einer genauen Sexual-, Sozial- sowie Medikamentenanamnese (vor allem Psychopharmaka, Antihypertensiva). Es ist auch wichtig, zwischen der primären und sekundären – i. e. erworbenen – EP zu unterscheiden, letztere ist häufig von einer erektilen Dysfunktion begleitet.

■ Psychotherapie der Ejaculatio praecox

Da die EP physisch wie auch psychisch verursacht sein kann, sollten physische, medikamentöse und psychotherapeutische Therapieansätze von Beginn an in Erwägung gezogen werden.

Als psychische Ursachen der EP kommen in Frage:

- Frühkindliche sexuelle Störungen
- Bedingte Reflexe aus der jugendlichen/beginnenden Sexualität
- Restriktive Sexualerziehung
- Sexuelles Leistungsdenken
- Unrealistische Vorstellung von Sexualität
- Primäre/sekundäre (Versagens-) Angst und Leistungsdruck

Aufgrund dieser Dynamik zwischen EP – Angst – EP besteht kaum eine Selbstheilungstendenz.

Psychotherapeutische Methoden der EP:

- Sexualtherapie
- Verhaltenstherapie
- Paartherapie
- Familientherapie
- Analytische Methoden? (langwierig, wenig zielorientiert)

Ziel der Psychotherapie:

- Einbeziehung der Partnerin in Gespräch und Therapiemodalitäten
- Angstabbau – Durchbrechen der Dynamik zwischen EP – Angst – EP
- Änderung von Denk-/Verhaltensmustern
- Abbau von sexuellem Leistungsdruck

■ Nicht-medikamentöse mechanische Therapie

Die so genannte Squeeze-Technik sollte einerseits durch Unterbrechung des Sexualaktes und andererseits durch den Druck auf die Glansbasis (Frenulum-Dorsum penis) die Blutfülle im Corpus cavernosum verringern. Damit versucht man, die IVEL-Zeit zu verlängern. Die praktischen Erfahrungen zeigen aber eher bescheidene Verbesserungen der EP.

■ Medikamentöse topische Therapie

Die Anwendung von anästhesierenden Gels und Cremes ist eine alte Therapieform und geht von der Hypothese aus, dass die Glans der Männer mit EP hypersensibel ist. Eine topische Therapie mit Emla-Creme oder Xylocain-Gel 2 % ist ein wenig invasiver Therapieversuch, aber sicherlich nicht mehr.

■ Medikamentöse Therapie, derzeit nicht zugelassen

1. PDE-5 Hemmer: für die Anwendung der PDE-5 Hemmer gibt es zwei Ansätze:
 - Ein zentralnervöser Mechanismus, weil nachgewiesen wurde, dass im Rahmen des Ejakulationsreflexes das

Phosphodiesterase-5-Enzym in der Signaltransduktion eine Rolle spielt.

- Ein peripherer Mechanismus, da durch die Relaxation der glatten Muskelzellen in Prostata, Samenbläschen und Ductus deferens eine verzögerte Emission der Samenflüssigkeit in die hintere Harnröhre eintritt.

Eine Studie des Arbeitskreises für Andrologie und sexuelle Funktionsstörungen konnte nachweisen, dass die Anwendung von 50 mg Sildenafil zu einer signifikanten Verlängerung der IVELT führte und dass auch nach dem Rosen-Score für EP eine signifikante Verbesserung der Kontrolle über die Ejakulation und der sexuellen Zufriedenheit feststellbar war.

2. Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI): Bisher ist noch kein Medikament für die Therapie der EP zugelassen, trotzdem hat man sich die „Nebenwirkung“ der SSRIs, nämlich die verzögerte Ejakulation, zu Nutzen gemacht und diese Substanzgruppe der Antidepressiva (Sertralin, Paroxetin etc.) „off-label“ verwendet. Der Schwerpunkt der klinischen Forschung liegt zweifelsohne

in der Entwicklung und Testung von kurzwirksamen selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern. Am weitesten in der Entwicklung kurzwirksamer SSRIs ist die Substanz Dapoxetin. Die maximale Plasmakonzentration wird bereits nach 1,5 Stunden erzielt und nach 24 Stunden sind nur mehr < 5 % der Substanz im Serum nachweisbar.

Erste Studien zeigen in der 20- und 40-mg-Dosierung eine signifikante Zunahme der IVELT von 1,35 Minuten zum Ausgangszeitpunkt auf 3,29 Minuten (Placebo 2,29 min). Die Nebenwirkungsrate liegt bei < 20 % und umfasst Kopfschmerzen, Übelkeit, Müdigkeit und Nervosität. Derzeit gibt es aber noch keinen SSRI, der lediglich für die Indikation EP zugelassen ist.

Korrespondenzadresse:

*Arbeitskreis für Andrologie und sexuelle Funktionsstörungen
der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie
A-5020 Salzburg, Müllner Hauptstrasse 48
E-Mail: h.hofer@salk.at*