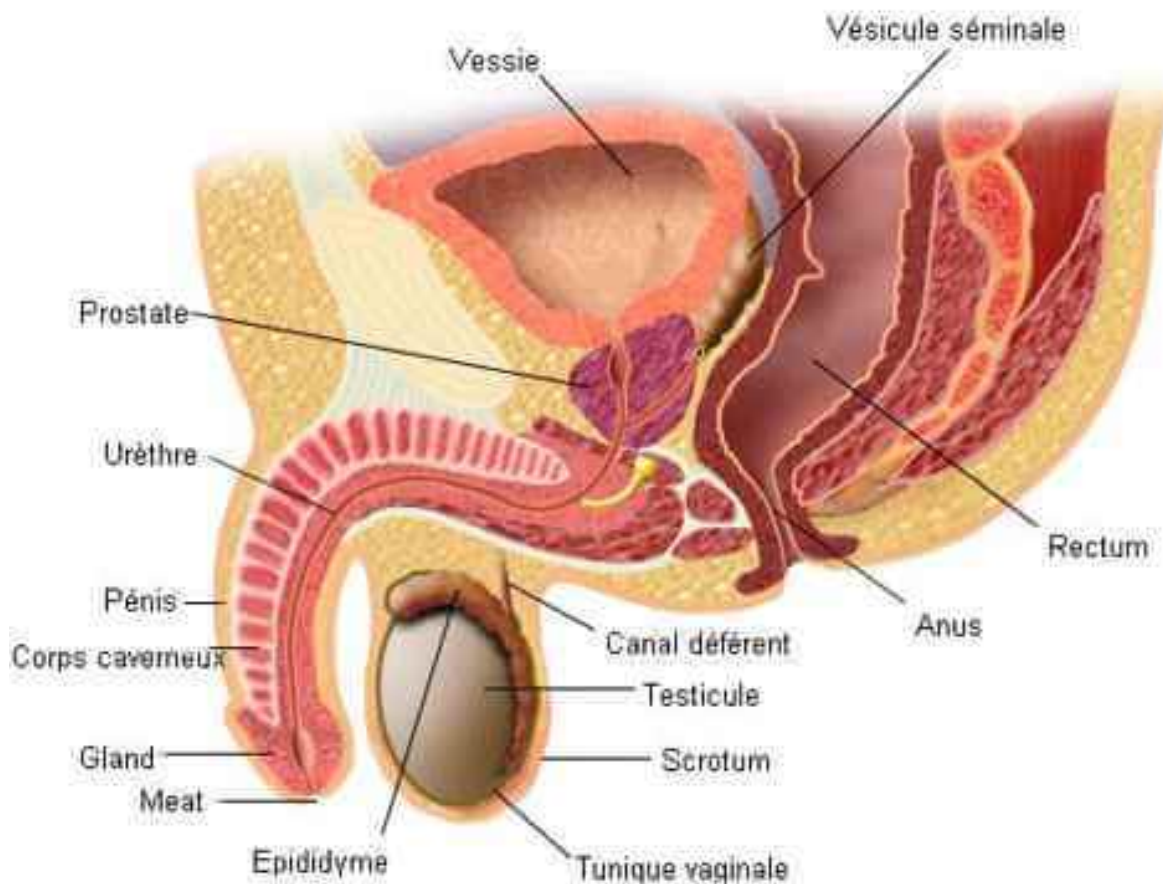


LES TROUBLES DE L'ÉJACULATION MASCULINE

I - RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES



L'éjaculation se définit comme l'ensemble des phénomènes neuromusculaires conditionnant la formation du sperme et son éjection hors de l'urètre à la fin de l'acte sexuel mâle.

C'est un phénomène complexe associant de nombreux organes :

- les testicules
- l'épididyme
- le canal déférent
- les glandes bulbo-urétrales
- les vésicules séminales
- la prostate

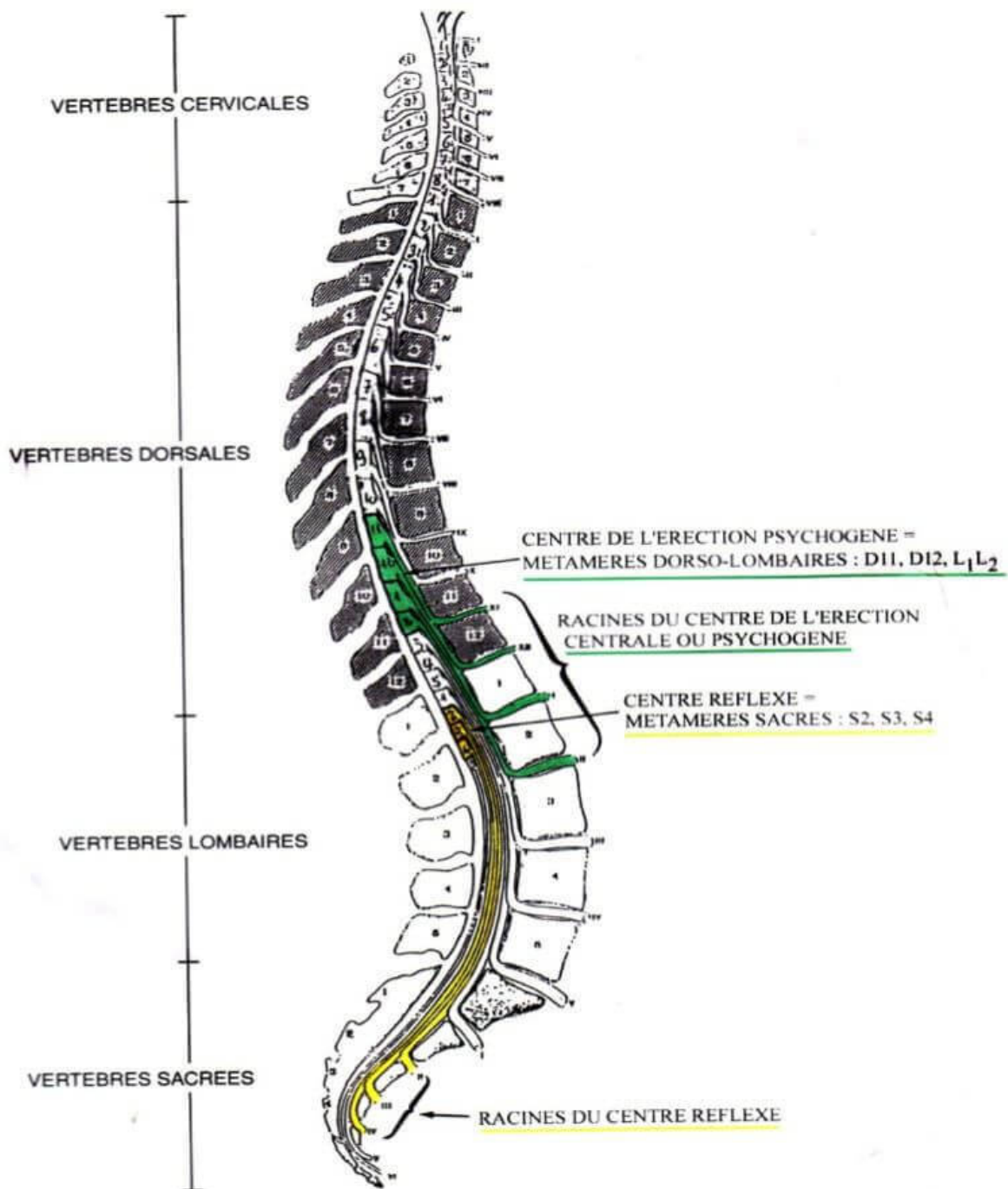
A - La chronologie de l'éjaculation

L'éjaculation se fait en 2 phases successives :

1. **L'émission** qui correspond à l'**accumulation du sperme dans l'urètre postérieur**
2. **L'expulsion** qui correspond à la **propulsion du sperme hors de l'urètre** grâce à des contractions cloniques des muscles périnéaux, de la prostate et de l'urètre.

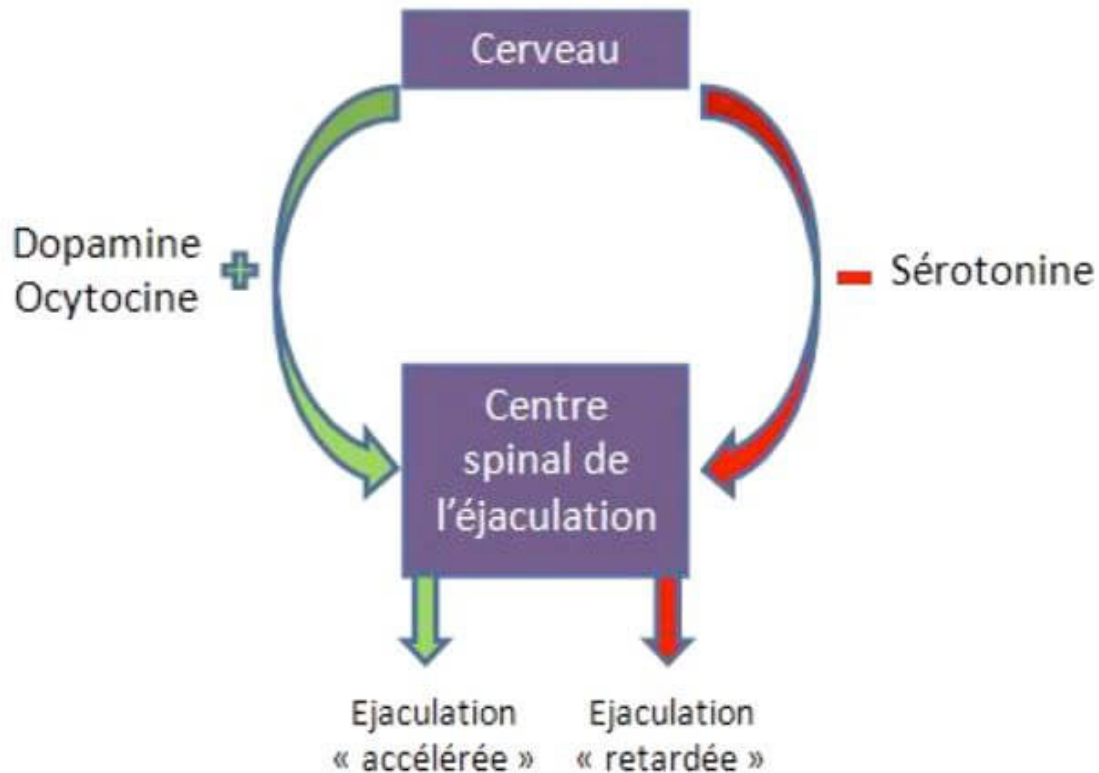
Le **déclenchement** se fait par un **stimuli** provenant des zones érogène, principalement du gland et d'une **stimulation psychogène** qui est l'excitation sexuelle.

La **synchronisation** se fait par le **générateur spinothalamique lombaire**.



COUPE DE LA COLONNE VERTEBRALE

La **régulation** est gérée plus particulièrement par la **sérotonine** qui joue un rôle clé en se chargeant de retarder l'éjaculation par un effet **inhibiteur**.



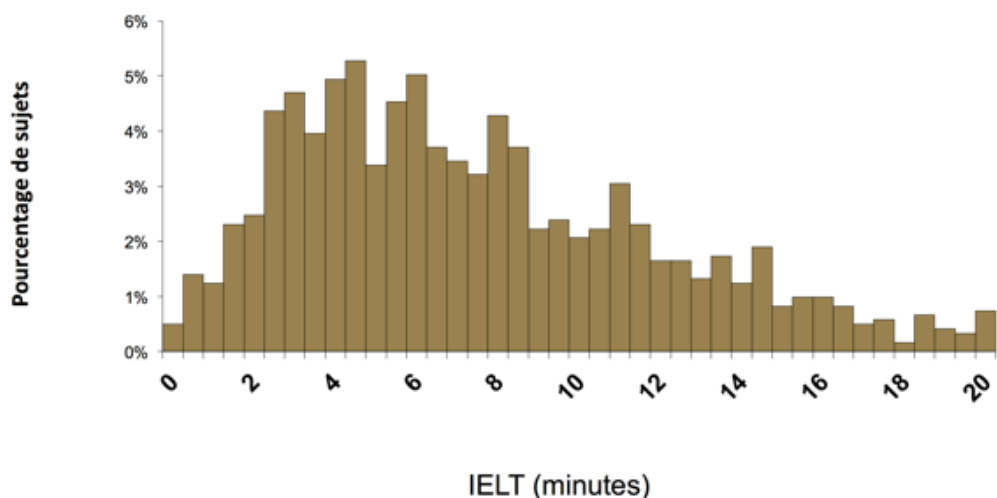
Giuliano F., J Sex Med. 2011 Oct;8 Suppl 4:310-5.

- Au dessus il y a le **cerveau**
- En dessous les **centres spinaux de l'éjaculation**
- Entre les deux il y a des cellules qui vont sécréter de la **dopamine**, de l'**ocytocine** et de la **sérotonine** permettant la **synchronisation**.

B - Les données scientifiques sur l'éjaculation

En clinique (surtout pour les laboratoires), on mesure le **temps de latence intra vaginal (IELT)** qui est le temps entre la pénétration vaginale et l'éjaculation. Il est généralement mesuré par la partenaire à l'aide d'un chronomètre. C'est une mesure reconnue et très utilisée pour évaluer les troubles de l'éjaculation dans les études cliniques ¹.

(n=1215)



Chez les hommes qui ne se plaignent de rien, la moyenne est entre 4 et 10 minutes.

II – L'ÉJACULATION PRÉMATURÉE

A – Définitions

Cette pathologie plus connue du grand public sous le terme d'éjaculation précoce a connu plusieurs noms, notamment celui d'éjaculation rapide.

Prématurée = avant que le sujet ne le souhaite et c'est pour cela qu'on emploie ce terme plutôt que rapide.

1 – Définition de l'éjaculation prématurée selon la Société Internationale de Médecine Sexuelle (ISSM)

L'éjaculation prématurée primaire est un trouble sexuel masculin caractérisé par **3 critères** :

1. – Une éjaculation qui survient toujours ou presque toujours avant, ou au plus, environ une minute après la pénétration vaginale; ET
2. – Une incapacité à retarder l'éjaculation lors de toutes ou presque toutes les pénétrations vaginales; ET
3. – Des conséquences négatives personnelles, telles que souffrance, tracas, frustration et/ou évitement de l'intimité sexuelle.

2 – Définition de l'éjaculation prématurée selon l'Association Américaine de Psychiatrie

Selon le DSM IV (2000) :

Trouble de l'éjaculation permanent ou récurrent qui survient :

1. Après un stimulus sexuel minime,
2. Avant ou peu après la pénétration,
3. Avant que le sujet ne souhaite éjaculer

Il n'y a donc pas de notion de temps par rapport à la définition ISSM. De plus les couples homosexuels ont désormais le droit de souffrir de cette pathologie puisque le rapport vaginal n'est plus une condition...

Selon le DSM V (2013) :

C'est un trouble de l'éjaculation permanent ou récurrent qui survient lors d'un rapport sexuel avec partenaire approximativement dans la minute qui suit la pénétration vaginale

- et avant que l'individu ne le souhaite
- et depuis au moins 6 mois
- et qui doit être présent dans plus de 75% des rapports, dans certaines situations identifiées ou non
- et qui entraîne une souffrance individuelle marquée
- et qui n'est pas dû à un trouble mental non sexuel, aux conséquences d'une conjugopathie, aux effets d'une substance, d'un médicament ou d'un autre problème médical.

Si on compare DSMIV et V, on réintroduit le concept de rapport **inférieur à une minute** qui devient même un **critère principal** et qui va permettre de classer la **sévérité** du trouble :

- IELT entre **30 secondes et une minute** : éjaculation prématurée **peu sévère** (mild)
- IELT entre **15 et 30 secondes** : éjaculation prématurée **modérée** (moderate)
- IELT **inférieur à 15 secondes** ou éjaculation **ante portas** (avant même la pénétration) : éjaculation prématurée **sévère** (severe)

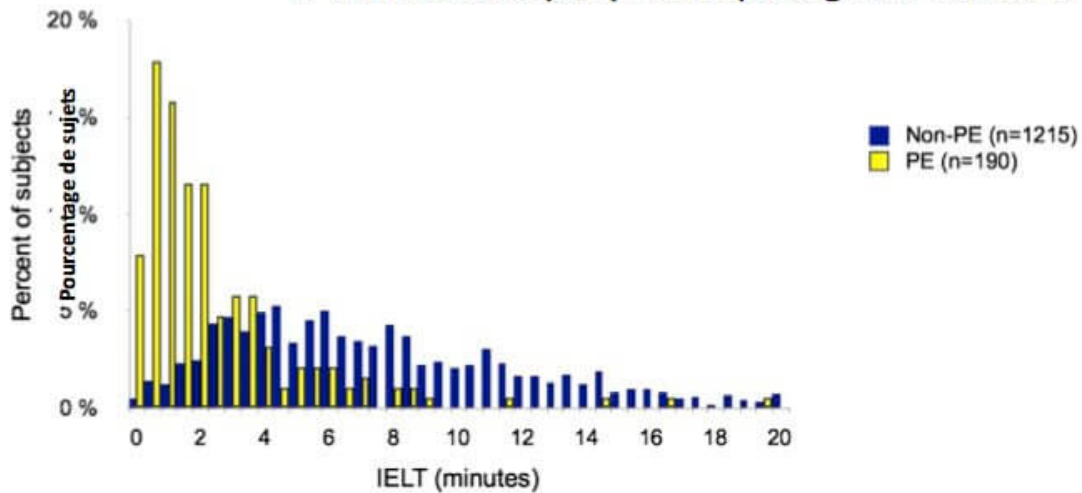
Dans la nouvelle définition de 2013 apparaissent également la notion de **durée** (6 mois). Les notions de **contrôle** et de **souffrance individuelle** restent présentes.

Disparition en revanche de la notion de souffrance interpersonnelle (impact sur le couple).

Mais on a aussi des patients qui durent 2 minutes et qui se plaignent...

Distribution de l' IELT chez des hommes avec et sans EP selon le DSM-IV-TR

L' IELT ne suffit pas pour départager EP et non EP



Chevauchement significatif entre populations avec et sans EP

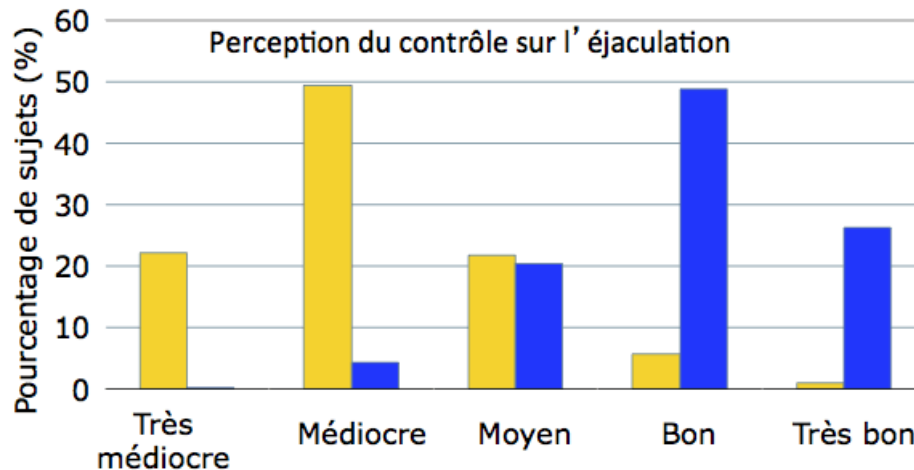
Patrick DL et al (2005) J Sex Med. 2: 358-367

L'IELT ne suffit pas pour départager EP et non.

3 - Le contrôle de l'éjaculation

Le contrôle départage mieux que l'IELT les hommes avec et sans éjaculation précoce

(Etude observationnelle américaine)



$p < 0.001$ (test bilatéral - comparaison des moyennes EP vs. non-EP)

■ EP (n=198)
■ Non-EP (n=1355)

Patrick DL et al 2005 J Sex Med. 2: 358-367

Le problème principal c'est le **contrôle** ou non de l'éjaculation.

L'éjaculation est un **réflexe qui ne peut être contrôlé lorsqu'il est déclenché**, mais l'homme peut **moduler son excitation** de manière à ce que ce réflexe se déclenche plus ou moins rapidement dans le jeu amoureux.

4 - Les différents profils d'EP

Selon la Société Internationale de Médecine Sexuelle ² il y a **4 profils** pour l'éjaculation prématurée

1. L'éjaculation prématurée primaire ou innée

- Ce sont des hommes qui depuis toujours ont éjaculé trop rapidement.
- En général l'éjaculation est très rapide, quasi systématique, pour tous les rapports sexuels, avec toutes les partenaires, depuis le début de l'activité sexuelle ³.
- Elle peut survenir avant la pénétration ou très peu de temps après.
- Elle a tendance à persister au fil de la vie chez 70% des hommes, pouvant même s'aggraver au fil des années.
- Elle est assez difficile à traiter.

2. L'éjaculation prématurée secondaire ou acquise

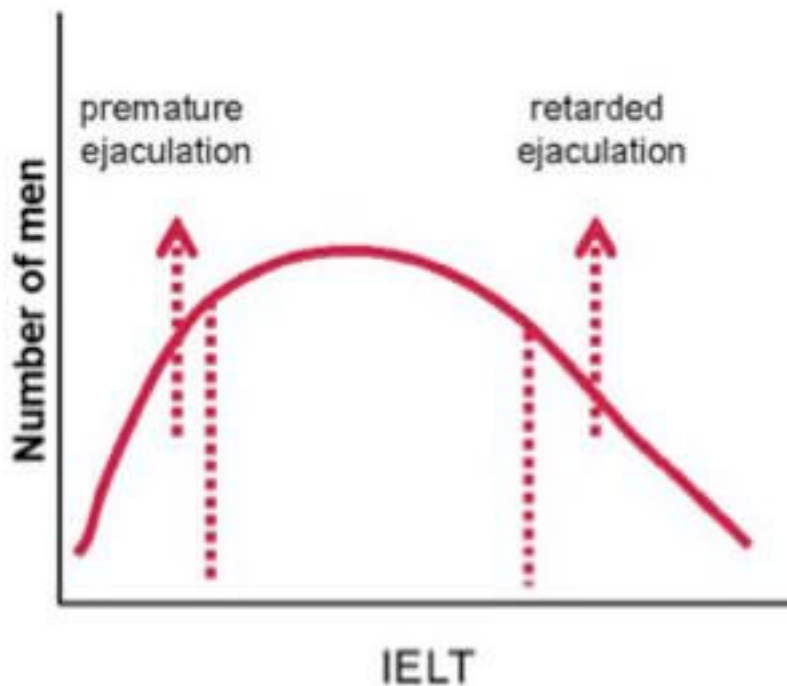
L'éjaculation survient précocement après des relations sexuelles à latence d'éjaculation normale, et ce pendant au moins 6 mois.

Il faut rechercher le **déclencheur** : cela peut être secondaire à une dysfonction érectile etc...

Il y a des patients souffrant d'éjaculation prématurée qui, jeunes, arrivaient à le faire 2 x de suite et du coup ça satisfaisait leur femme. En vieillissant ces hommes ont de manière physiologique une phase réfractaire qui va augmenter et du coup ces patients n'arriveront plus à faire le 2ème coup. C'est un piège diagnostique car ils consultent en général en disant qu'ils ont un trouble de l'érection.

3. L'éjaculation prématurée variable naturelle

Si on regarde la courbe de distribution des temps de latence intra-vaginaux de la population générale des hommes, on remarque qu'il y a une partie qui éjacule plus rapidement et une partie qui éjacule plus lentement.



Hypothetical distribution of the intravaginal ejaculation latency times in men, with on either side of the "Gaussian" distribution men suffering from premature ejaculation (left) and retarded ejaculation (right) (Olivier et al., 2005).

D'où la question de savoir si l'éjaculation prématurée est réellement un trouble sexuel ou si ce n'est pas plutôt une interprétation par rapport aux critères sociaux de la population qui se situe à gauche de cette courbe de Gauss ?

4. L'éjaculation prématurée subjective

Par exemple des hommes qui étaient dans un premier couple avec une partenaire qui acceptait la minute de coït et avec une nouvelle partenaire ça pose problème.

Il y a une époque où plus l'homme éjaculait rapidement et plus cela signifiait qu'il était viril.

Aujourd'hui il y a une évolution de la société vers une relation sexuelle fondée sur le plaisir partagé, et c'est donc une légitime revendication du plaisir féminin que de faire en sorte que l'homme contrôle et retarde son éjaculation jusqu'au moment où les 2 partenaires on eu suffisamment de plaisir.

5 - Les formes cliniques

- L'EP **primaire permanente**
- L'EP **secondaire** ou acquise
- L'EP **subjective**
- L'EP **variable naturelle**
- L'EP **émotionnelle** : souvent chez les garçons très amoureux de leur partenaire avec un rapport très hétérocentré uniquement sur le plaisir de la partenaire
- L'EP **révélée** par une dysfonction érectile
- L'EP **masquant** une dysfonction érectile

→ Il y a celui qui a une éjaculation prématurée qui du coup n'a plus d'érection mais il y a aussi celui qui a une éjaculation prématurée et qui va éjaculer tellement vite que ça va masquer la DE.

B - Épidémiologie

C'est la dysfonction sexuelle **la plus fréquente chez l'homme** et ça quelque soit l'âge contrairement à la dysfonction érectile.

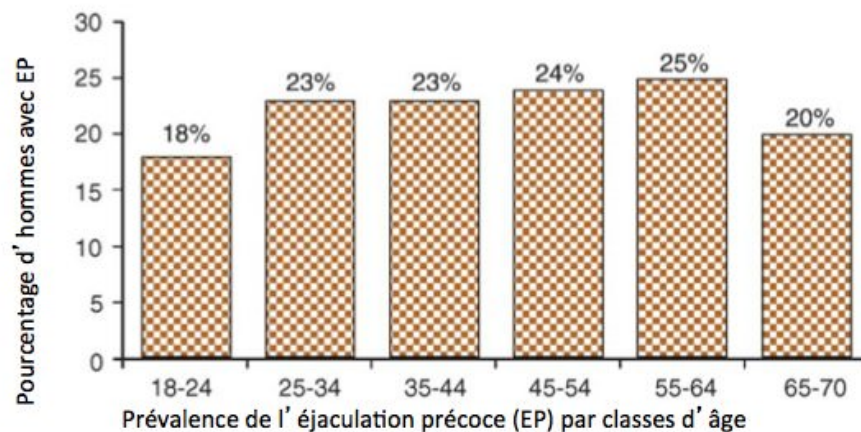
Selon l'enquête ACSF de 1993 (France) ^{4 5}:

- L'éjaculation **ante portas** « souvent ou parfois » concerne **21%** des hommes interrogés (souvent : 5%, parfois : 16%)
- L'éjaculation **prématurée** pendant ou après la pénétration vaginale « souvent ou parfois » concerne **37%** des hommes interrogés (souvent : 10%, parfois : 27%)

L'éjaculation prématurée « souvent » concerne quand même au total **15% de la population masculine** et « parfois » 43%.

Selon l'étude PEPA de 2007 (Italie, Allemagne et USA auprès de 12133 hommes âgés de 18 à 70 ans) ⁶

- Un homme sur 5 est concerné par l'EP (**22,7%**)

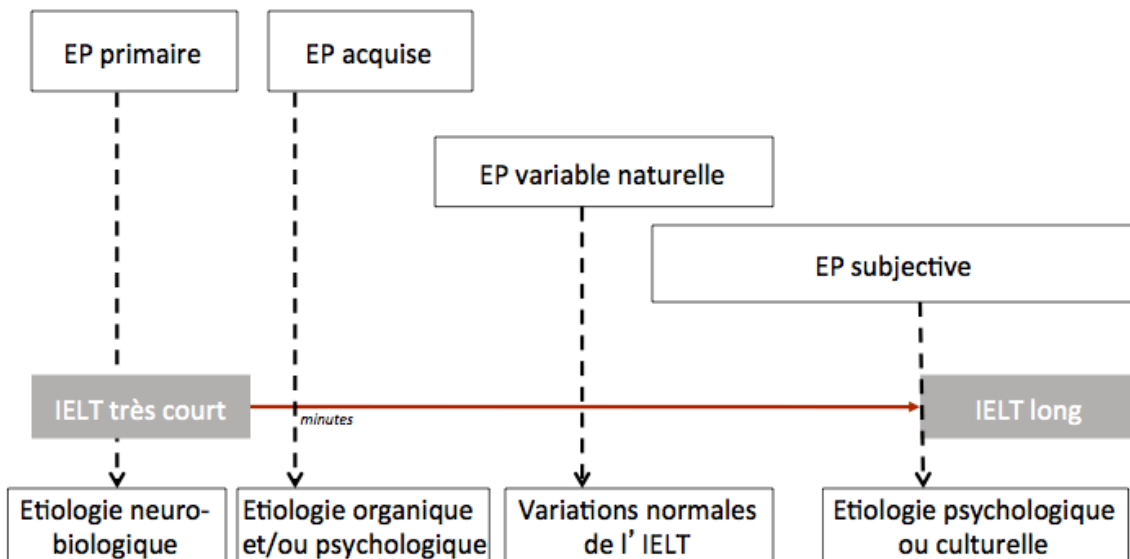


1 Porst H, et al., Eur Urol 2007;51:816–24

C – Les étiologies de l'éjaculation prématurée

On va avoir des causes :

- Relationnelles : **stress**, problèmes relationnels du couples, **anxiété de performance**, événements de vie...
- Organiques : prostatite, hyperthyroïdie, **phimosi**s, frein trop court...
 - → importance de décalotter les hommes afin de dépister un phimosi. Ces hommes se masturbent sans décalotter. Si ça décalotte au moment de la pénétration le gland est hyper sensible et ça entraîne une EP.
- Pharmacologiques : **sevrage** aux opiacés
- Sexuelles : **dysfonction érectile**
- Génétiques : en général responsable des EP primaires



Waldinger, J Sex Med 2008;5:1079–1087

Etiologies en fonction des profils d'éjaculation prématurée selon l'ISSM

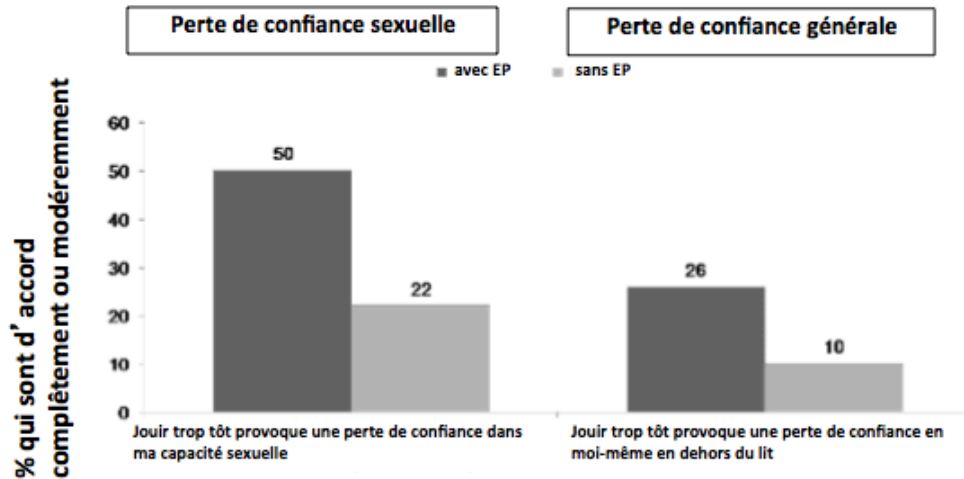
Les facteurs de risque d'EP :

- La phobie sociale
- L'inaptitude à la communication émotionnelle
- Une dysthyroïdie
- La dépression
- Une lésion du cône terminal de la moelle (syndrome de la queue de cheval)
- La dysfonction érectile (DE)
- La prostatite chronique, les douleurs pelviennes chroniques, le phimosis serré (il faut poser la question)

D – Les conséquences de l'EP

1 – Impact sur l'homme

- Des conséquences délétères sur **l'estime de soi** et la **confiance**

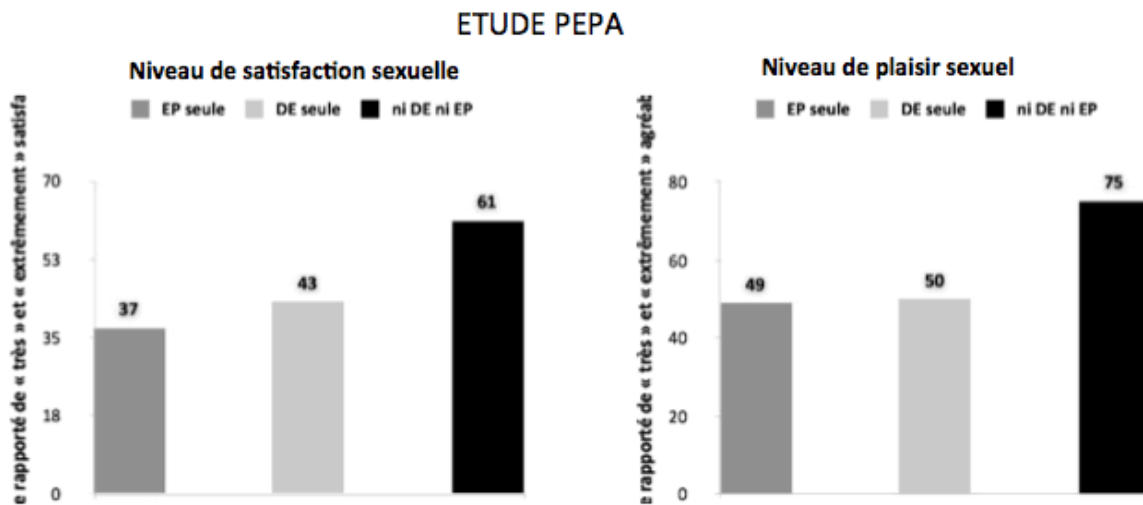


“Veuillez indiquer si vous êtes d’ accord ou en désaccord avec les affirmations suivantes ? :”
 “complètement en désaccord” / “modérément en désaccord” / “Ni en accord et ni en désaccord” / “Modérément d’ accord” / “Complètement d’ accord”

PEPA study

Montorsi (2004) J Sex Med 2(suppl 1):8. Abstract PS-3-1.

- Des conséquences délétères sur la qualité de vie et le plaisir sexuel



D’ une façon générale, quel est le niveau de votre satisfaction quant à votre qualité de vie ?
 Pas du tout satisfait/légèrement satisfait/modérément satisfait/très satisfait/extrêmement satisfait

Si vous repensez aux récentes fois où vous avez eu une activité sexuelle avec votre dernière partenaire, comment qualifiez vous votre niveau de plaisir?
 Pas du tout /léger /modéré/très fort/extrêmement fort

Shabsigh and Perelman (2005) Poster presented at World Congress of Sexology

2 – Impact sur la partenaire

Le problème de l'homme va également retentir sur la sexualité de sa partenaire avec une fréquence de dysfonctions sexuelles plus importantes chez ces femmes que chez les partenaires d'hommes qui ne sont pas éjaculateurs précoces ⁷

Dans une étude observationnelle américaine ⁸ portant sur 1587 hommes atteints d'EP, on met en évidence une souffrance chez la partenaire avec :

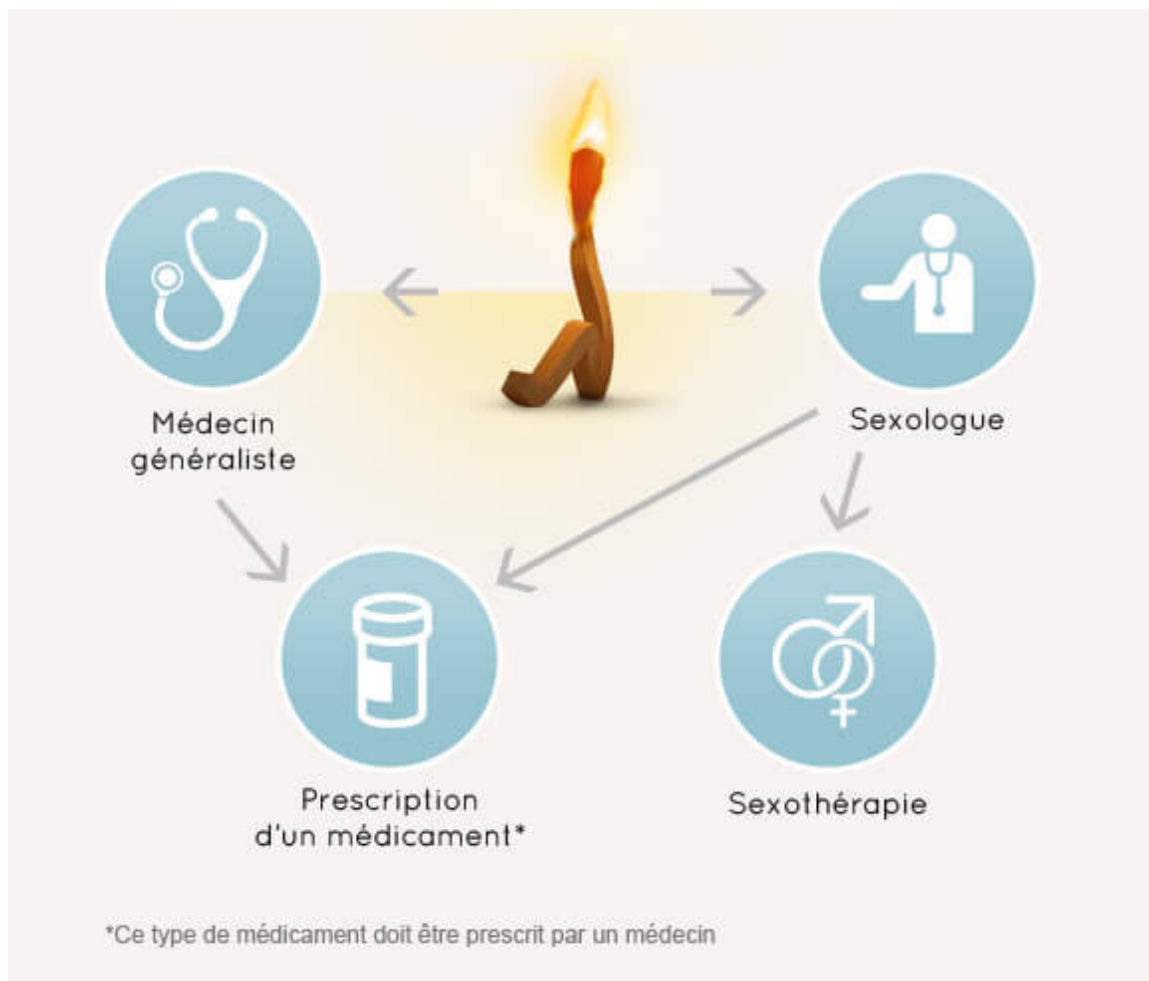
- **44%** des partenaires avec une **souffrance modérée à très forte** (versus 3% dans le groupe contrôle)
- **38% de satisfaction sexuelle** bonne ou très bonne (versus 90% dans le groupe contrôle)

3 – Impact sur le couple

L'éjaculation précocée entraîne une difficulté de communication à l'intérieur du couple ^{9 10} car les deux partenaires ont du mal à aborder le problème.



E – Traitements de l'EP

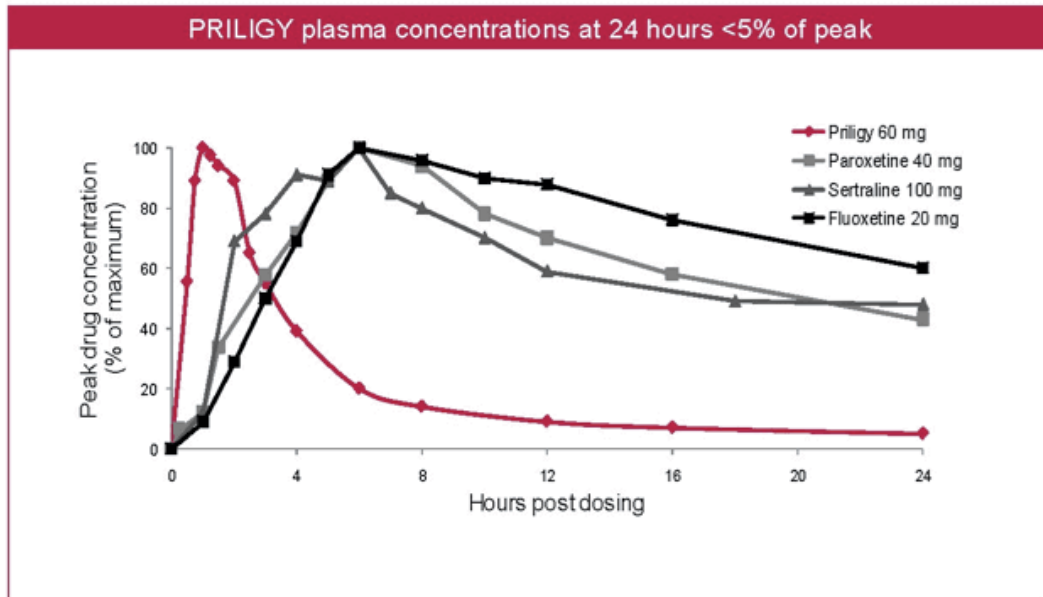


Source : <http://www.garderlecontrôle.fr/solutions-ejaculation-precoce/>

1 - Les traitements pharmacologiques

On utilise les Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS). Ceux-ci sont tous hors AMM sauf la **dapoxetine (Priligy®)** qui est le seul ISRS à action rapide et courte, par rapport aux autres qui mettent du temps à faire effet et qui agissent sur le long terme.

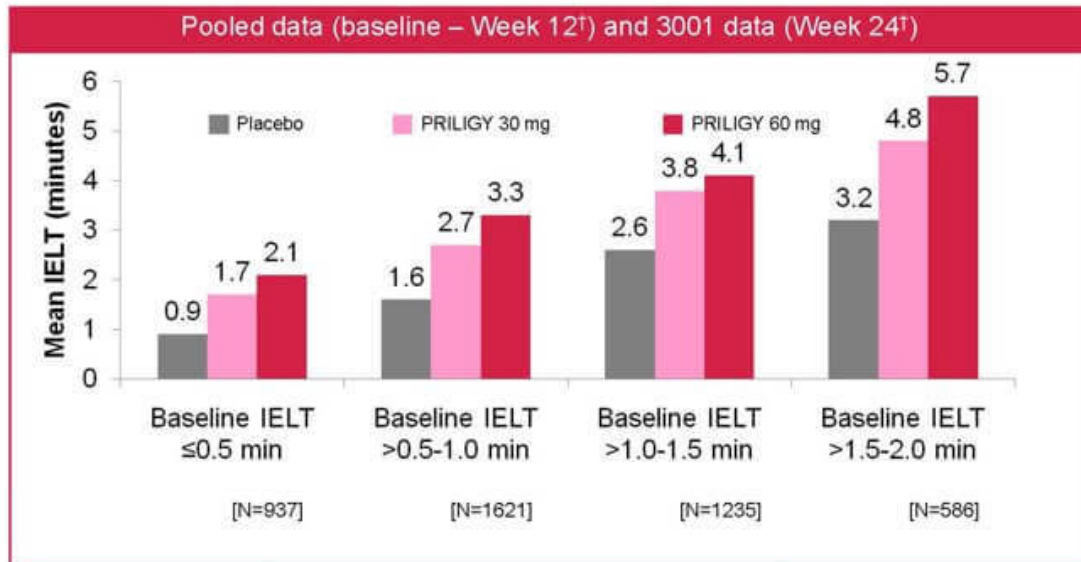
PRILIGY is absorbed and eliminated faster than antidepressant SSRIs



Andersson et al. (2006) BJU Int. 97(2):311-315

Demi-vie du Priligy par rapport aux autres ISRS

Mean IELT results stratified by baseline IELT



[†]Week 12 (012, 013, 3001, 3003) or Week 24 (3001) last observation carried forward

Brock et al. J Urology 2009;181(4):529

Effet du Priligy sur la durée du temps de latence intra-vaginal

80% des gens qui consultent éjaculent en moins de 30 secondes...

Hors seulement 10% des gens qui consultent repartent avec un traitement !

2 - La prise en charge psychologique

En principe on commence par les médicaments pour calmer le jeu mais il faudra quand même proposer une thérapie dont le principe est de permettre d'apprendre au patient à gérer le niveau de son excitation sexuelle.

Deux protocoles principaux sont proposés :

- **Le stop and go**¹¹ : on essaie de repérer le point de non retour et on s'arrête juste avant pendant 45 s. On peut essayer avec la masturbation mais souvent ça ne marche plus quand on passe au rapport.
- **Le squeeze**¹² : on presse le gland pour faire tomber l'érection. A part chez les couples SM c'est pas une technique très appréciée...

On aura également :

- La rééducation du bulbo-caverneux par biofeedback

- Les sexothérapies : suivant chaque patient, chaque couple et en fonction des outils du thérapeutes on utilisera
- Les techniques sexocorporelles : consistent à apprendre de nouvelles aptitudes corporelles, grâce à des techniques et mouvements adéquats qui permettent de contrôler l'excitation et donc l'éjaculation. Les éjaculations précoces primaires sont traitées avec beaucoup de succès grâce à ce protocole.
- Les Thérapies Cognitivo-comportementales (TCC)
- La musicothérapie
- La relaxation
- L'hypnose

En cas d'échec, il est impératif de repérer et évaluer une étiologie névrotique, la cure analytique sera alors à envisager.

S'il existe un conflit de couple sous-jacent expliquant l'origine de l'éjaculation prématurée, une thérapie de couple sera alors à envisager.

3 - Divers

Les anesthésiques de contact

La **xylocaine** en gel ou pommade à appliquer sur le gland qui ne marche que sur ceux qui ont une hypersensibilité du gland. Durée d'action 5 min. Précautions d'usage : Ne pas tartiner mais mettre des petits points de xylo, essayer le gland pour le pas anesthésier madame et ne pas faire de pratique orale.

Les Garrots péniens

Attention à ne pas s'endormir avec surtout chez les patients qui ont un trouble de la sensibilité et qui ne sentent pas la douleur (par exemple les diabétiques, les lésés médullaires etc)



II - LES ANÉJACULATIONS

A - Définition

L'anéjaculation est **l'impossibilité d'obtenir une émission de sperme par le méat urétral** en dépit d'une érection normale et de stimuli appropriés (va-et-vients intravaginaux supérieurs à 15 minutes) Dans cette pathologie, le problème supplémentaire qui va se poser est celui de la **procréation**.

On va distinguer différentes sortes d'anéjaculation :

- **L'anéjaculation rétrograde** : c'est l'éjection du sperme dans la vessie du fait d'un défaut de fermeture d'un sphincter interne de la vessie (col vésical). La sensation orgasmique est conservée mais amoindrie.
- **L'anéjaculation sans orgasme/anorgasmique** : c'est souvent une origine psychogène. Il n'y a ni orgasme ni éjaculation. C'est une variante plus sévère de l'éjaculation retardée (qui est définie par une éjaculation après un temps de va-et-vients intravaginaux supérieurs à 20 minutes)
- **L'orgasme sans éjaculation** ou **orgasme sec** ou **aspermie** : Il est dû à la suppression élective de la phase d'émission de sperme, avec conservation des

contractions « expulsives » de la musculature pelvienne. C'est la variante la plus sévère de l'hypospermie (définie par l'émission d'un volume de sperme < 1,5 mL).

- **L'éjaculation asthénique** ou « **éjaculation baveuse** » : c'est un écoulement de sperme sans expulsion par altération élective des contractions « expulsives » de la musculature pelvienne.
- **L'éjaculation sans orgasme** (Anorgasmie) n'est pas un trouble de l'éjaculation mais un trouble de l'orgasme.

B – Épidémiologie

L'Enquête ACSF de 1993 en France ^{13 14} retrouvait les chiffres suivants :

- Anéjaculation « souvent » (2%) ou « parfois » (5%) soit un total de 7%

C – Étiologies des anéjaculations

1 – L'orgasme sans éjaculation (aspermie)

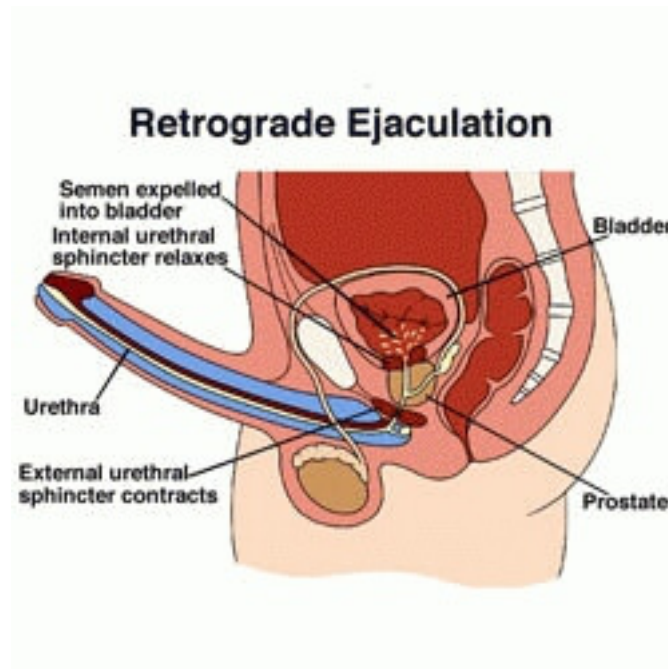
- Anomalies congénitales de l'appareil urinaire : agénésie bilatérale des canaux déférents, kystes Mullériens, sclérose des canaux éjaculateurs....
- Curages ganglionnaires lombo-aortiques
- Chirurgie de l'aorte
- Chirurgie rectale
- Chirurgie prosataitque : adénome, prostatectomie totale
- Traumatismes de bassin
- Pathologie neurologique centrale ou périphérique : Sclérose en plaques (SEP), Diabète, Maladie de Parkinson, lésions médullaires
- Hypogonadisme
- Médicaments : psychotropes (antidépresseurs neuroleptiques qui entraînent souvent une anéjaculation anorgasmique), certains alpha-bloquants (tamsulosine)

Etiologies des anéjaculations. Kamischke & Nieschlag. Hum Reprod Update 1999;5:448-474. Méta-analyse de 220 articles

Explication donnée pour l'anéjaculation	Nbre de patients	%
Traumatisme médullaire	1952	85.8
Lymphadenectomie rétro-péritonéale	137	6
Idiopathique	131	5.8
Diabète sucré	17	0.7
Sclérose en plaque	3	0.1
Chirurgie rectale	3	0.1
Traumatisme	2	0.1
Myélite	1	0.1
Inconnue	29	1.3
Total	2275	100

2 - L'éjaculation rétrograde

- Interventions rétropérinéales : curage lombo-aortiques, chirurgie de l'aorte abdominale
- Chirurgie de l'adénome prostatique
- Neuropathies centrales (séquelles de traumatisme médullaire, SEP) ou périphériques (neuropathie diabétique)



Méta-analyse de 220 articles ¹⁵

Explication donnée pour l'éjaculation rétrograde	Nbre de patients	%
Lymphadenectomie rétropéritonéale	100	29,2
Idiopathique	68	19,9
Diabète sucré	46	13,5
Chirurgie du col de la vessie	35	10,2
Réséction transurétrale de la prostate	29	8,5
Congénitale	9	2,6
Sténose urétrale	8	2,3
Traumatisme médullaire	6	1,8
Insuffisance du col de la vessie	5	1,5
Chirurgie rétropéritonéale	4	1,2
Epispadias	3	0,9
Traumatisme	3	0,9
Chirurgie génitale	1	0,3
Organique	1	0,3
Médicamenteuse (Thioridazine)	1	0,3
Kyste de la vésicule séminale	1	0,3

Inconnue	22	6,4
Total	342	100

3 – L’anéjaculation anorgasmique

- Souvent **Psychogène et primaire** : éducation rigide, hypercontrôle
- Peut être **neurogène** : lésions des voies nerveuses post-chirurgie, lésions médullaires (paraphégies)
- **Hormonal** : hypogonadisme
- **Médicamenteux** : psychotropes
- **Toxiques** : alcool, cocaïne, morphine

D – Prise en charge des troubles anéjaculatoires

1 – Interrogatoire

Bien faire préciser les troubles car il est fréquent pour les gens de confondre éjaculation et orgasme :

- Ejaculation = sortie du sperme (faire préciser si l’expulsion est rythmée ou l’écoulement retardé)
- Orgasme : contractions rythmées de la musculature pelvienne avec sensation de plaisir
- Douleurs associées ? Pendant, après ?
- Troubles mictionnels associés ?

Et enfin comme dans chaque trouble sexuel il faut praire préciser si celui-ci est :

- Primaire ou secondaire ?
- Total ou partiel ?
- Dans quel circonstances
 - éjaculations nocturnes ?
 - Lors du coït uniquement : anéjaculation anorgasmique coïtale
 - Lors de la masturbation uniquement ?
 - Lors du spermogramme uniquement ?

Antécédents :

- infection génitale,
- neuropathie centrale ou périphérique,
- diabète,
- traumatisme périnéal,
- chirurgie abdominale ou pelvienne

2 – Examen clinique :

- Périné,
- toucher rectal (prostate, tonus anal),
- examen neurologique

3 – Examens complémentaires :

- Biologie : **testostéronémie** biodisponible, **glycémie**, **ECBU** (à la recherche d'éjaculation rétrograde), **spermogramme** avec biochimie séminale
- Imagerie : **échographie** prostatovésiculaire, **IRM** pelvienne
- Exploration neurophysiologique

4 – Traitement des anéjaculations

Anejaculation sans orgasme

Une **approche psychologique** est nécessaire pour cerner les différents facteurs se conjuguant pour donner le symptôme, qu'on peut coupler à une **prise en charge organique** par l'utilisation d'un **vibromasseur** posé sur le gland plus ou moins associé à la prise d'une **drogue sympathomimétique alpha** comme le midodrin (*Gutron® 2,5 mg*) mais qui a lui seul est peu efficace pour obtenir des éjaculations antérogrades permettant d'espérer une grossesse naturelle.



En cas d'échec, l'utilisation de **l'électrostimulation endorectale** sous AG pour les hommes ayant une sensibilité normale est possible même si elle reste toutefois la solution ultime.



Éjaculation rétrograde et orgasme sans éjaculation

1. supprimer une éventuelle **cause médicamenteuse**
2. nécessité de définir les **facteurs psychogènes** et les prendre en charge
3. faire un **spermogramme** pour évaluer la qualité du sperme
4. les **traitements chirurgicaux** sont rares (prélèvement chirurgical de spermatozoïdes MESA-ICSI, TESE-ICSI)
5. les **traitements pharmacologiques** permettent de rendre **antérograde** les éjaculations dans **50% des cas** et donnent un taux de réussite de **grossesse de 34%**
 - Milodrin (Gutron® cp 2,5 mg, Nycomed) 5-40 mg per os
 - Milodrin (Gutron® sol 5mg/2ml, Nycomed) 5-40 mg iv
 - Imipramine (Tofranil®, Novartis) 25-75 mg/j per os
 - Chlorpheniramine + phenylpropanalamine (Ornade, SmithKline Beesham) 50 mg/j per os
 - Bromopheniramine (Diametane®;Robins)
 - On commence le traitement en prenant 2 puis 4 puis 6 puis 8 comprimés de Gutron entre 1 et 4 heures avant une masturbation ou un rapport. La dose efficace est trouvée lors de l'apparition de signes d'effets sympathomimétique, palpitations, frissons, érection pilaire...
6. Si le traitement ne suffit pas à rendre l'éjaculation antérograde on peut faire un **recueil des spermatozoïdes dans les urines** suivi d'une aide médicale à la procréation (AMP)

- Alcalinisation des urines afin d'avoir des urines à un pH compris entre 7 et 8 de manière à ce que les spermatozoïdes puissent y survivre
 - NaHCO₃ (1,2 – 16 g) per os 1-3 jours précédents
 - Eau de Vichy Célestin, les 3 jours précédents
- Recueil des urines après masturbation ou orgasme
- Centrifugation rapide des urines pour isolement des spermatozoïdes
- Centrifugation sur gradient de densité pour AMP
- Type d'AMP selon les caractéristiques des spermatozoïdes : Insémination intra-utérine ou ICSI

III- L'ÉJACULATION RETARDÉE

A – Définition

C'est une éjaculation qui ne survient qu'après un temps de stimulation anormalement prolongé

B – Épidémiologie

Enquête ACSF de 1993 en France ^{16 17} retrouvait les chiffres suivants :

- Éjaculation tardive « souvent » (4%) ou « parfois » (16%) soit un total de 20%

C – Prise en charge

- Différencier ER **primaire ou secondaire** (Le caractère secondaire du trouble devra toujours faire rechercher une iatrogénie médicamenteuse, un hypogonadisme en particulier pharmacologique par blocage androgénique, la prise de toxiques ou un conflit intrapsychique.
- La prise en charge privilégiera les **thérapies sexologiques** auxquelles on associera éventuellement une aide **pharmacologique**. La **demande de parentalité**, affirmée ou sous-jacente, devra toujours être recherchée car elle peut constituer un **facteur d'échec** de la prise en charge, mais aussi pose la question de la **place d'un enfant à naître** dans un tel contexte.

LIVRES POUR ALLER PLUS LOIN



La mécanique sexuelle des hommes



Enquête sur la sexualité en France

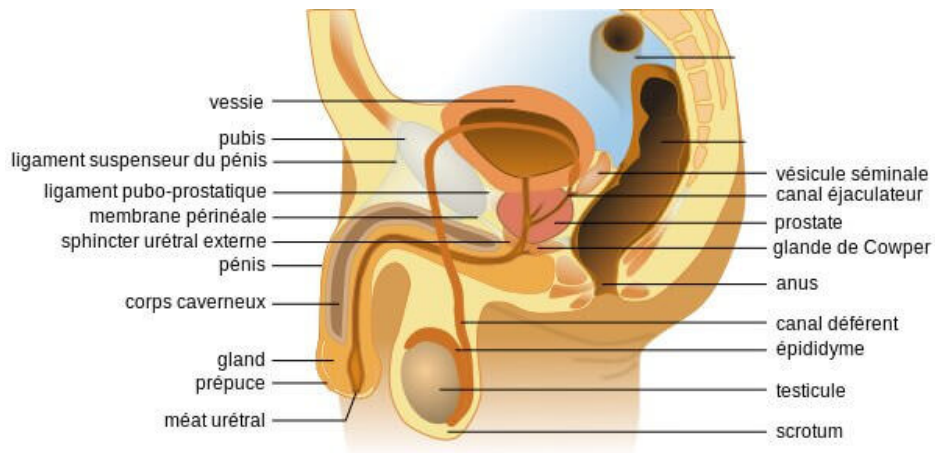
BIBLIOGRAPHIE

1. Patrick DL, Althof SE, Pryor JL, Rosen R, Rowland DL, Ho KF, McNulty P, Rothman M, Jamieson C. *Premature ejaculation: an observational study of men and their partners*. J Sex Med. 2005 May;2(3):358-67. ↵
2. Ege Can Serefoglu, M.D.1, Chris G. McMahon. An Evidence-Based Unified Definition of Lifelong and Acquired Premature Ejaculation: Report of the International Society for Sexual Medicine (ISSM) Second Ad Hoc Committee for the Definition of Premature Ejaculation, Journal of sexual Medicine ↵
3. Waldinger MD et al., J Sex Med 2008;5:1079–1087 ↵
4. Spira A et al., Les comportements sexuels en France, La documentation Française, Paris, 1993, 352p. ↵
5. Bejin A. Andrologie 1997;7:336-342. ↵
6. Porst H, et al., Sur Urol 2007; 51:816-24 ↵
7. Hobbs K. et al., International Journal of Impotence Research (2008) 20,512–517; ↵
8. Patrick et al. (2005) J Sex Med 2(3):358-367 ↵
9. Revicki D. et al., Health and Quality of Life Outcomes 2008, 6:33 ↵
10. Buvat (2011), J Sex Med;8(suppl)4:316-27 ↵
11. Semans J. Premature ejaculation. Southern Medical Journal. 49(4):353-357, April 1956 ↵
12. Masters WH, Johnson VE. Human sexual inadequacy. Boston: Little, Brown & Co; 1970 ↵
13. Spira A et al., Les comportements sexuels en France, La documentation Française, Paris, 1993, 352p. ↵
14. Bejin A. Andrologie 1997;7:336-342. ↵
15. Kamischke & Nieschlag. Hum Reprod Update 1999;5:448-474 ↵
16. Spira A et al., Les comportements sexuels en France, La documentation Française, Paris, 1993, 352p. ↵
17. Bejin A. Andrologie 1997;7:336-342. ↵

Partager :

- Facebook
- Twitter
- Pinterest
- Google
- Tumblr
- LinkedIn

- Skype
- Reddit
- Pocket
-



Anatomie et physiologie de l'appareil sexuel masculin

