

# PREMATURE EJACULATIE BEHANDELD MET LOCALE VERDOVING VAN DE PENIS<sup>0</sup>

Koos Slob<sup>1</sup>, Antien van Berkel<sup>2</sup> & Koos van der Werff  
ten Bosch<sup>3</sup>

**Doel:** Het testen van de effectiviteit van lokale verdoving van de penis bij de behandeling van premature ejaculatie (PE) in een prospectief onderzoek.

**Patiënten en methode:** 15 mannen met PE participeerden. Zij moesten achtereenvolgens 2.5 gr prilocaine (25 mg/g)/lidocaine (25 mg/g) crème (Emla<sup>R</sup>) op eikel en schacht van de penis aanbrengen, een condoom omdoen, 10 minuten wachten, het condoom afdoen, de crème afvegen en met de seksuele activiteit beginnen. Patienten vulden dagelijks vragenlijsten betreffende hun seksueel functioneren in.

**Resultaten:** Er bleek een significante ( $p=0.003$ ) verlenging van het geschatte interval tussen intromissie en ejaculatie van circa 2 minuten zonder de crème tot circa 8 min na gebruik van de crème. Het gevoel van controle over ejaculatie was ook toegenomen ( $p=0.005$ ). Er bleek een significante toename ( $p=0.005$ ) in orgasme-frequentie van de vrouwelijke partner (rapportage door man). Onplezierige verschijnselen waren verminderde gevoeligheid van de penis, en een onvolledige erectie welke evenwel zelden intromissie en ejaculatie verhinderden.

**Conclusies en aanbevelingen:** Prolicaine/lidocaine crème op de penis aangebracht is een effectieve behandeling voor mannen met premature ejaculatie. Het wordt aanbevolen patienten zelf de voor hen optimale hoeveelheid crème te laten uitzoeken. Indien alleen verdoving van de eikel voldoende blijkt kan de voorhuid (indien aanwezig) het gebruik van het condoom overbodig maken.

Premature ejaculatie (PE) is waarschijnlijk de meest frequente seksuele disfunctie die naar schatting bij bijna 30% van de mannen voorkomt (Spector & Carey, 1990; Laumann, Gagnon, Michael & Michaels, 1994). Vele jaren was gedragstherapie de enig beschikbare en geaccepteerde behandeling: de start-stop methode (Semans, 1956) en de knijptechniek (Masters & Johnson, 1970). De laatste jaren zijn een aantal onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van psychofarmaca (met name antidepressiva) bij de behandeling van PE (Riley, Peet & Wilson, 1993; Crenshaw & Goldberg, 1996; Rowland & Slob, 1997; Waldinger, 1997; Rowland, Cooper & Slob, 1998). De meeste onderzochte medicamenten bleken redelijk tot zeer effectief (bv clomipramine -Anafranil<sup>R</sup>-, paroxetine -Seroxat<sup>R</sup>-) in het uitstellen van de ejaculatie (Rowland et al, 1998), zowel bij dagelijks gebruik (Waldinger, Hengeveld, Zwinderman & Olivier, 1998), als bij incidenteel gebruik, dwz circa 5 tot 24 uur voor de geplande seksuele activiteit

(Haensel, Rowland, Kallan & Slob, 1997; Strassberg, de Gouveia Brazao, Rowland, Tan & Slob, 1999).

Een andere wijze van therapie is het lokaal aanbrengen van een verdovende crème op de penis, waardoor het optreden van de ejaculatiereflex mogelijk wordt vertraagd. Er is weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de effectiviteit van zulk een behandeling. Eén voorbeeld hiervan is het Koreaanse onderzoek met de zogenaamde SS-crème, gebaseerd op de traditionele 'Chinese Royal Herb Remedy', en bestaande uit een mengsel van 9 natuurlijke producten (Xin, Choi, Lee & Choi, 1997). Het tweede voorbeeld is de beperkte studie naar de effectiviteit van een hydrofiele prilocaine/lidocaine crème (Berkovitch, Keresteci & Koren, 1995). De resultaten waren veelbelovend, doch onvoldoende gedocumenteerd ten aanzien van seksuologische details. In feite werd slechts gerapporteerd op een 4-punts schaal hoe de crème de coitus-beleving beïnvloedde (-1=minder dan gewoonlijk; 0=geen

<sup>1</sup> Prof. Dr. A.K. Slob, med. fysioloog-seksuoloog nvvs; <sup>2</sup> Drs A. van Berkel, student geneeskunde; <sup>3</sup> Emer. Prof. Dr. J.J. van der Werff ten Bosch, arts-endocrinoloog. Afdeling Endocrinologie & Voortplanting, Erasmus Universitair Medisch Centrum (EMCR), Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam.

<sup>o</sup> Dit artikel (geaccepteerd voor publicatie 22 september 1999) is een bewerking van A.K. Slob, A. van Berkel en J.J. van der Werff ten Bosch (2000). Premature ejaculation treated by local penile

anaesthesia in an uncontrolled clinical replication study. *J. Sex Research*, in press.

Dank is verschuldigd aan Dr. W.C.J. Hop voor zijn statistische hulp; Dr. P. Brasem van Astra Pharmaceuticals BV voor het gratis beschikbaar stellen van de Emla<sup>R</sup> crème en een kleine financiële bijdrage voor overhead kosten; en F. Julsing, directeur NVSH-middelen depot, voor de gratis levering van condooms.

Bibliotherapie voor patiënten met PE: M. Waldinger (1999). *Klaar is Kees*. De Arbeiderspers, Amsterdam.

---

*Premature ejaculatie  
behandeld met locale  
verdooving van de penis 27*

verandering; 1=beter; 2=prima): gemiddelde met crème 1.3 (spreiding 0-2). Voorts rapporteerden 5 patiënten een verbeterde ejaculatielatentie tussen 15-20 min na vaginale intromissie, bij 4 was dit 5 tot 10 min, en bij 2 was er geen verbetering (Berkovitch et al, 1995).

Dit motiveerde ons tot een uitgebreider onderzoek naar de effectiviteit van prilocaine/lidocaine crème (Emla<sup>R</sup>). Hoewel Berkovitch et al (1995) een dubbelblind, placebo gecontroleerd design voorstelden, meenden wij dat zulks moeilijk te verwezenlijken was, aangezien het effectieve preparaat overduidelijk aan de penis gevoeld zou worden, en het placebomiddel dus ook herkend zou worden vanwege het uitblijven van dat gevoel. Idealiter zou ook dit soort onderzoek dubbelblind en placebo-gecontroleerd zou moeten worden gedaan, maar hoe? Wij besloten hun gehele methodologie van crème applicatie etc over te nemen, doch het onderzoek uit te breiden met het verzamelen van specifiek seksuologische gegevens door middel van vragenlijsten.

#### Patiënten en methoden

Patiënten werden gerecruteerd via een interview met AKS in een plaatselijk dagblad, waarin zij werden uitgenodigd om zich telefonisch aan te melden voor deelname aan deze prospectieve studie. Inclusie criteria waren: 1. lijdend aan PE, dwz een ejaculatie voor of binnen 1-2 min na intromissie, 2. ontbreken van ziekten en van medicatie welke het seksueel functioneren kan beïnvloeden, 3. leeftijd tussen 20 en 70 jaar, 4. stabiele heteroseksuele

sociale, medische en seksuologische anamnese; gedetailleerde vragen over PE, en over seksuele activiteiten en eventuele disfuncties gedurende de afgelopen 4 weken. Na terugsturen van vragenlijst A ontving de patiënt een pakket bevattende 12 condooms, 5 tubes met 5 gr prilocaine (25 mg/g)/lidocaine (25 mg/g) crème (Emla<sup>R</sup>), en vragenlijst B. Patiënten werd gevraagd om in vragenlijst B te rapporteren over hun seksuele ervaringen met het gebruik van de crème, alsmede 2 of 3 keer zonder het gebruik van de crème. Patiënten dienden na elke seksuele activiteit vragenlijst B in te vullen en na 4-6 weken aan de onderzoekers terug te sturen.

Na terugsturen van vragenlijst B ontvingen de mannen tenslotte vragenlijst C met specifieke vragen over hun subjectieve ervaringen met het gebruik van condoom en crème.

#### *Instructies gebruik condoom en crème*

Ongeveer de helft van de inhoud van een tube crème diende te worden aangebracht op eikel en schacht van de penis, waarna een condoom moest worden omgedaan. Na 10 minuten diende het condoom verwijderd te worden, moest de crème goed worden afgeveegd om een eventueel verdovend effect bij de genitalia van de partner te voorkomen, en kon met vrijen begonnen worden.

#### *Verwerking gegevens*

Voor elke patiënt werden telkens 2 gemiddelden berekend uit de 'dagboekjes' (vragenlijst B): één voor de vrijage-gegevens met, en één voor de gegevens zonder het

relatie waarbij de partner bereid was te participeren, en 5. een coitusfrequentie van minstens 1x per week. 6. Patiënten moesten in staat zijn vragenlijsten in te vullen.

Van de 27 patiënten die in eerste instantie in de studie werden opgenomen, waren er 15 die de studie voltooiden. Uitval werd veroorzaakt door bijvoorbeeld: weigering van de partner te participeren; relatieproblemen; 'er niet toe komen de crème te gebruiken'; 'onwil' de vragenlijsten in te vullen; niet willen coïteren zonder crème. Alle in dit artikel gepresenteerde gegevens zijn verkregen door vragenlijsten, welke via de post patiënten en onderzoekers bereikten. Soms was telefonisch contact nodig voor aanvulling of verduidelijking van de ingevulde vragenlijsten.

#### *Vragenlijsten*

Allereerst ontvingen de patiënten vragenlijst A over:

gebruik van de crème.

#### Resultaten

Tabel 1, de uitgangswaarden verkregen uit vragenlijst A, laat zien dat voorafgaande aan het onderzoek, alle deelnemers seksueel actief waren, dat zij leden aan PE, zonder duidelijke erectiele disfunctie (ED) (4 van de 15 rapporteerden sporadisch een iets minder dan volledige erectie bij seksuele activiteit).

Er moet op gewezen worden dat sommige van de gemiddelde waarden in tabel 1 scores aanduiden i.p.v. tijdseenheden (zie voetnoot in Tabel 1). Bijvoorbeeld de duur van het voorspel is gemiddeld ongeveer 6-10 minuten, de duur tussen intromissie en ejac/org is tussen 1 en 2 minuten, met minder dan gemiddeld 8 bekkenstoten. In gemiddeld 31% van de keren vindt er ejaculatie plaats vóór intromissie, een fenomeen dat 4 van de 15 mannen nooit ervaren.

**Tabel 1. Verschillende sociale en seksuele aspecten van 15 mannen met premature ejaculatie, voorafgaande aan het onderzoek.**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

<sup>1</sup> geschatte duur in minuten: 1=0-1 min; 2=1-2 min; 3=3-5 min; 4=6-10 min; 5=11-15 min.

<sup>2</sup> geschatte aantal: 1=0-3; 2=4-7; 3=8-12; 4=13-20.

<sup>3</sup> 1=geen; 4=matig; 7=volledige controle

Leeftijd (jaren)	Gem SD	Spreiding
Duur van de relatie (jaren)	43 11	21 - 64
Maandelijks aantal:	14.3 11.4	0.5 - 40
- ochtend erecties	13 9.5	0 - 30
- coitus	6.5 4.8	1 - 20
- masturbaties	2.1 2.5	0 - 8
Duur <sup>1</sup> voorspel	3.9 0.9	3 - 5
Duur <sup>1</sup> tot ejaculatie:	1.4 0.6	1 - 3
- tijdens coitus	1.8 0.9	1 - 4
- bij masturbatie	2.2 0.9	1 - 4
Aantal <sup>2</sup> bekkenstoten tot ejaculatie	31 33	0 - 100

Ejaculatie al vóór intro

missie (% keren)	1.3 0.5	1 - 2	Discussie
Gevoel van controle <sup>3</sup> over ejaculatie tijdens coitus	92 15	50 - 100	Dit onderzoek bevestigt het werk van de Koreaanse onderzoekers, Xin et al (1993; 1997) en van Berkovitch et al (1995), waarbij werd aangetoond dat het aanbrengen van een verdovende crème op de penis het optreden van snelle ejaculatie kon verminderen. Wij onderzochten de effectiviteit van prilocaine/lidocaine crème (Emla <sup>R</sup> ) omdat het gemakkelijk (op recept) te verkrijgen is, en wij gebruikten vragenlijsten om gedetailleerde seksuologische
Volledige erectie bij seks activiteit (% keren)			

Tabel 2 bevat de data verkregen tijdens het onderzoek (vragenlijsten B en C). De verdovende crème veroorzaakte een zeer significante verlenging van de tijd tussen penis-intromissie en ejaculatie, van minder dan 2 minuten (gemiddeld 115 sec) zonder de crème, tot 8 minuten (gemiddeld 489 sec) met de crème. Ook was het controle-gevoel over ejaculatie (het gevoel de ejaculatie te kunnen tegenhouden) zeer sterk toegenomen. Hoewel de mate van seksuele opwinding niet was veranderd door de crème, was de mate van erectie wél enigszins afgenomen ( $p=0.051$ ). Gemiddeld (2.9 op 4-punts schaal) was de tevredenheid van de man met het vrijen toegenomen met het gebruik van de crème; 10 mannen rapporteerden 'beter' of 'prima', 3 'gelijk' of 'beter', 1 'gelijk', en 1 'slechter'.

Het is opvallend dat de mannen rapporteerden dat hun vrouwelijke partners tijdens coitus significant ( $p=0.005$ ) vaker een orgasme hadden: van 29%

zonder de crème, naar 69% met het gebruik van de crème.

Onprettige effecten, cq bijwerkingen, van de crème werden gemeld door 10 van de 15 mannen. De

---

## ***Premature ejaculatie behandeld met locale verdoving van de penis 29***

gegevens te verwerven. Bij onze patiënten veroorzaakte de crème een significante verlenging van de geschatte tijd tussen intromissie en ejaculatie van circa 2 tot circa 8 minuten. Tevens was het gevoel van controle over de ejaculatie significant verbeterd, terwijl de vrouwelijke partners (volgens de mannen) significant vaker een orgasme kregen. Achteraf betreuren we het dat we in dit onderzoek geen informatie aan de vrouwelijke partner hebben gevraagd. Dat zou ongetwijfeld interessante gegevens hebben opgeleverd, en wellicht afwijkend van de man.

Een van de onprettige aspecten van deze studie bleek het verplicht gebruik van een condoom, om zowel eikel als schacht te verdoven. Sommige patiënten rapporteerden dat het aanbrengen van de crème enkel en alleen op de eikel zeer effectief was. Achteraf gezien hadden we dit misschien kunnen verwachten op grond van de

bracht, waardoor het gebruik van een condoom niet meer noodzakelijk is. Dit geldt te meer voor mannen met een intacte voorhuid.

Het optreden van geringe erectiele disfunctie bij PE-patiënten kan misschien worden voorkomen door de hoeveelheid crème te verminderen. Patiënten moeten zelf hun optimale hoeveelheid crème gaandeweg ontdekken. Bovendien is de kans op erectiele disfunctie waarschijnlijk minder wanneer alleen de eikel wordt ingesmeerd.

Het zou interessant zijn te weten wat de effectiviteit van de crème is bij langdurig gebruik, bijvoorbeeld gedurende een jaar. Misschien is het in het begin wel effectief, doch op de lange duur niet (meer). Wellicht dat na stoppen van de therapie bij een aantal mannen de disfunctie is verdwenen, zoals we zien optreden na stoppen met autoinjectietherapie bij patiënten met erectiele disfunctie



publicatie van Xin et al (1995). Deze onderzoekers lieten zien dat latentietijd van somatosensorische evoked potentials bij PE-patiënten significant langer werd na aanbrengen van hun SS-creme op de eikel, terwijl de latentietijd van de penisschacht niet werd beïnvloed door de crème. In hun klinisch onderzoek (Xin et al, 1997) brachten hun patiënten de SS-crème alleen aan op de eikel. Wellicht kan de prilocaine/lidocaine crème alleen op de eikel worden aange

(Rowland, Boedhoe, Dohle & Slob, 1999).

In een vervolgstudie (idealiter dubbelblind en placebogecontroleerd) dienen de vrouwelijke partners te participeren met aparte vragenlijsten om in te vullen.

Conclusies

Prilocaine/lidocaine crème (Emla<sup>R</sup>) aangebracht op de penis is een effectieve behandeling van man

**Tabel 2. Verschillende coitale aspecten van 15 mannen met premature ejaculatie, met en zonder het gebruik van een verdovende crème aangebracht op de penis.**

Aantal coitus	Coitus met crème	Coitus zonder crème	Wilcoxon signed
Mate van seksuele opwinding <sup>1</sup>	Gem SD	Gem SD	ranks test
Mate van erectie <sup>1</sup>	3.9 2.0	2.2 0.9	n.s.
Controle over ejaculatie <sup>1</sup>	6.9 2.1	7.6 2.1	p = 0.051
Duur van coitus tot ejaculatie (sec)	7.9 2.0	8.8 1.5	p = 0.005
	4.7 3.1	2.5 2.2	p = 0.003
Subjectief beleven van coitus met gebruik van crème <sup>2</sup>	489 465	115 142	
	2.9 0.8		

<sup>1</sup> 1=minimaal; 10=maximaal

<sup>2</sup> 1=slechter dan gewoonlijk; 2=gelijk, geen verandering; 3=beter; 4=prima

---

## **30 K. Slob, A. van Berkel & K. van der Werff ten Bosch**

nen met premature of snelle ejaculatie. Patiënten dienen zelf hun optimale hoeveelheid te ontdekken, waarschijnlijk tussen 1 en 2.5 gr. Als alleen verdooving van de eikel voldoende is, kan de voorhuid, indien aanwezig, het gebruik van een condoom overbodig maken.

### **Summary**

#### ***Premature ejaculation treated by local penile anaesthesia***

**Purpose: To test the efficacy of local penile anaesthesia in the treatment of premature ejaculation (PE) in a prospective study.**

**Patients and Methods: 15 men with PE (no co-morbidity) participated. Patients were to apply 2.5 g prilocaine/lidocaine cream to the penis, to put on a condom, wait**

Crenshaw, T.L. en J.P. Goldberg (1996). *Sexual Pharmacology*. Norton, New York.

Haensel, S.M., D.L. Rowland, K.T.H.K. Kallan en A.K. Slob (1997). Clomipramine and sexual function in men with premature ejaculation and controls. *Journal of Urology*, 156: 1310-1315.

Laumann, E., J. Gagnon, R. Michael en S. Michaels (1994). *The social organization of sexuality: sexual practices in the United States*. University of Chicago Press, Chicago.

Masters, W.H. en V.E. Johnson (1970). *Human sexual inadequacy*. Little, Brown & Co, Boston.

Riley, A.J., M. Peet en C. Wilson (eds) (1993). *Sexual Pharmacology*. Clarendon Press, Oxford.

Rowland, D.L., S.E. Cooper en A.K. Slob (1998). The treatment of premature ejaculation: psychological and biological strategies. *Drugs of Today*, 34: 879-899.

Rowland, D.L. en A.K. Slob (1997). Premature ejaculation: Psychophysiological considerations in theory, research, and treatment. *Annual Review of Sex Research*, 8: 224-253.

Rowland, D.L., H.S.M. Boedhoe, G. Dohle en A.K. Slob (1999). Intracavernosal self-injection therapy in men with erectile dysfunction: satisfaction and attrition in 119 patients. *International Journal of Impotence Research*, 11: 145-151.

Semans, J.H. (1956). Premature

**10 min, remove the condom, wipe off cream and start sexual activity. Various sexual data were collected through postal questionnaires.**

**Results: There was a significant ( $p=0.003$ ) prolongation in the time between penile intromission and ejaculation from about 2 min without the cream to 8 min with the cream. The sense of control over ejac/orgasm had also increased ( $p=0.005$ ). There was significant ( $p=0.005$ ) increase in the occurrence of female's orgasm during intercourse. Unpleasant effects were numbness of the penis, and less than full erection which rarely impeded intromission and orgasm.**

**Conclusions and**

ejaculation: a new approach. *Southern Medical Journal*, 49: 353-357.

Spector, I.P. en M.P. Carey (1990). Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the empirical literature. *Archives of Sexual Behavior*, 19: 389- 403.

Strassberg, D.S., C.A. de Gouveia Brazao, D.L. Rowland, P. Tan en A.K. Slob (1999). Clomipramine in the treatment of rapid (premature) ejaculation. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 25: 89-101.

Waldinger, M.D. (1997). *When seconds count. Selective serotonin reuptake inhibitors and ejaculation*. PhD-thesis, University of Utrecht, The Netherlands.

Waldinger, M.D., M.W. Hengeveld, A.H. Zwinderman en B. Olivier (1998). Effect of SSRI antidepressants on ejaculation: A double-blind, randomized, placebo-controlled study with fluoxetine, fluvoxetine, paroxetine, and sertraline. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 18: 274-281.

Xin, Z.C., Y.D. Choi, S.H. Lee en H.K. Choi (1997). Efficacy of a topical agent SS-cream in the treatment of premature ejaculation: preliminary clinical studies. *Yonsei Medical Journal*, 38: 91-95.

Xin, Z.C., Y.D. Choi, D.H. Seong en H.K. Choi (1995). Sensory evoked potential and effect of SS-cream in premature ejaculation. *Yonsei Medical Journal*, 36:397-401.

**Recommendations:  
Prilocaine/lidocaine  
cream applied to the  
penis is an effective  
treatment for men  
with PE. It is  
recommended to  
advise patients to  
titrate their own  
optimal effective  
amount of cream,  
usually less than 2.5 g.  
When anaesthesia of  
the glans penis  
suffices, the foreskin,  
if present, may obviate  
the use of condom to  
allow the active  
substances to  
penetrate the skin.**

#### Literatuur

Berkovitch, M., A.G. Keresteci en G. Koren (1995). Efficacy of prilocaine-lidocaine cream in the treatment of premature ejaculation. *Journal of Urology*, 154: 1360-1361.

Choi, H.K., Z.C. Xin en I.R. Cho (1993). The local therapeutic effect of SS-cream on premature ejaculation. *Korean Journal of Andrological Science*, 11: 99-106.

---

---

*Premature ejaculatie  
behandeld met locale  
verdoving van de penis 29*

## **Literatuur**

de Jong, T. (1999). *Man of Vrouw - Min of Meer. Gesprekken over een niet-gangbare sekse*. Thesis Publishers/Schorer Boeken, Amsterdam.

Maasen, T. (1999). Groepspsychotherapie voor homoseksuele mannen; in: Berk, T., M. Bolten en E. Gans (red., 1995): *Handboek Groepspsychotherapie*, hoofdstuk L7. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

Olthof, J. en E. Vermeulen (1994). *De mens als verhaal. De tijdstroom*, Utrecht.

Schippers, J. (1997). *Liever mannen - Theorie en praktijk van de hulpverlening aan homoseksuele mannen*. Thesis Publishers/Schorer Boeken, Amsterdam.

## **Samenvatting**

Homoseksuele vrouw-naar-man transseksuelen hebben moeite een geschikte therapeut te vinden. Met dit gegeven als uitgangspunt werpt de auteur een blik op de discussie over de maatschappelijke positie van deze groep. In samenwerking met ervaringsdeskundigen vertelt de auteur vanuit een narratieve en homovriendelijke benadering, elementen uit het collectieve zelfverhaal van deze groep. Voor de hulpverlening belangrijke

aspecten zijn de transseksualiteitsbehandeling bij het genderteam van de Vrije Universiteit in Amsterdam; gender-identiteit versus seksuele voorkeur; het dubbele mannelijkheidsbewijs; afweerstrategieën en identiteitsvorming en seksualiteit. De beschouwing eindigt met aandachtspunten voor methodische hulpverlening en een casus ter illustratie.

### **Summary**

It is difficult for homosexual women-to-men transsexuals to find a qualified therapist. With this in mind, the author takes a brief look on the discussion of this group's position in society. In cooperation with experienced experts, the author retells elements of this group's collective self-tale, using narrative and gay affirmative perspective. Important aspects for therapy concern the transformation treatment at the Free University of Amsterdam, gender-identity versus sexual preference, the double-proof of masculinity, defence strategies to identity formation, and sexuality. The reflection ends with comments on the methodology of therapy with homosexual women-to-men transsexuals. Finally, a case is presented for