

## Richtlijn

# Richtlijn Vroegtijdige zaadlozing

Peter Leusink<sup>1</sup>, Marcel Waldinger<sup>2</sup>, Ellen Laan<sup>3</sup>, Jacques van Lankveld<sup>4</sup>, Eric Meuleman<sup>5</sup>, Cobi Reisman<sup>6</sup>, Luca Incrocci<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Groene Hart ziekenhuis Gouda, <sup>2</sup> Universiteit Utrecht, <sup>3</sup> AMC, <sup>4</sup> Open Universiteit, <sup>5</sup> VU Amsterdam, <sup>6</sup> Ziekenhuis Amstelland,

<sup>7</sup> Erasmus MC

---

### Samenvatting

In 2010 publiceerde de International Society of Sexual Medicine hun Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van vroegtijdige zaadlozing. Deze richtlijn werd door enkele leden van de WVSD en NVVS vertaald en op enkele punten aangepast. De belangrijkste onderwerpen worden beschreven.

---

In de afgelopen decennia is er ten aanzien van de vroegtijdige zaadlozing veel vooruitgang geboekt op het terrein van de fysiologie en de epidemiologie, het herconceptualiseren van de definitie en de diagnostische criteria van de stoornis, het ontwikkelen van gevalideerde meetinstrumenten, en het ontwikkelen van nieuwe therapeutische strategieën. Al het onderzoek op dit terrein werd in 2010 door de International Society for Sexual Medicine (ISSM) gebundeld in een *evidence-based* praktische richtlijn (Althof et al., 2010).

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 (Waldinger et al., 2010). Het doel van de Richtlijn is uniformiteit in Nederland te bewerkstelligen in diagnostiek, behandeling en eventuele verwijzing van patiënten met vroegtijdige zaadlozing. De Richtlijn volgt in grote lijnen de internationale ISSM-richtlijn, maar op een aantal punten werd voor de Nederlandse situatie aanpassing nodig geacht. De verantwoording hiervan zal in dit artikel worden weergegeven, naast de samenvatting van de belangrijkste thema's. Daar waar mogelijk zal de graad van wetenschappelijk bewijs worden weergegeven (*level of evidence* (LOE)) met graad 1

als hoogste graad (gecontroleerd onderzoek) en graad 5 als laagste (consensus sleutelfiguren), zie tabel 1. (Oxford Centre for Evidence Based Medicine, 2001).

### Definities van Vroegtijdige Zaadlozing.

Tot voor kort bevatten de meeste definities de subtypes primaire (*lifelong*) en secundaire (*acquired*) vroegtijdige zaadlozing. Bij de primaire vroegtijdige vorm is de snelle zaadlozing aanwezig vanaf de eerste seksuele contacten (meestal in de puberteit of adolescentie), terwijl bij de secundaire vroegtijdige zaadlozing de symptomen na een periode van normale zaadlosingen beginnen. De belangrijkste kritiek op de reeds bestaande definities betreft het gegeven dat zij niet ontwikkeld zijn op basis van valide onderzoek, geen specifieke operationele criteria bevatten, buitengewoon vaag zijn, en afhankelijk zijn van de mening van de degene die de diagnose moet stellen. Niettemin liggen drie gemeenschappelijke constructen ten grondslag aan de meeste definities van vroegtijdige zaadlozing: 1) een korte ejaculatielatentietijd, 2) een onvermogen de zaadlozing te vertragen (*self-efficacy*) of een onvermogen om de timing van ejaculatie te beheersen, en 3) persoonlijke spanning en/of relationele problemen met de seksuele partner (die gerelateerd zijn aan de snelle ejaculatie). Een belangrijke bijdrage aan de ontwikkeling van de definitie vormde het epidemiologisch onderzoek naar de gemiddelde Intravaginale Ejaculatie Latentie Tijd (IELT), die varieert van 5.4 - 6 minuten met een afkapwaarde rond het 2e percentiel van 1 minuut (Waldinger et al., 2005; Waldinger, McIntosh, & Schweitzer, 2009).

Vanwege inconsistentie van de verschillende bestaande definities van vroegtijdige zaadlozing heeft de ISSM in 2007 een definitie voor primaire vroegtijdige zaadlozing ontwikkeld die gebaseerd is op wetenschappelijke criteria (McMahon et al., 2008). Een

---

Drs. P. Leusink, huisarts, seksuoloog NWS  
Prof. Dr. M.D. Waldinger, neuropsychiater, hoogleraar Seksuele Psychofarmacologie  
Dr. E. T.M. Laan, GZ-psycholoog, seksuoloog NWS  
Prof. Dr. J.J.D.M. van Lankveld, psycholoog, psychotherapeut, seksuoloog NWS, hoogleraar klinische psychologie  
Prof. Dr. E.J.H. Meuleman, uroloog, seksuoloog NWS, hoogleraar Andrologische Urologie  
Dr. Y. Reisman, uroloog  
Dr. L. Incrocci, radiotherapeut-oncoloog  
Correspondentie: leusinkp@knmg.nl

Tabel 1. Oxford-criteria van niveau van wetenschappelijk bewijs (level of evidence (LOE))

Niveau	1	2	3	4	5
Criteria	Randomized control trial of prospectieve cohort-studie met voldoende follow-up	Cohortstudie	Case-control studie	Case-studie	Meningen van experts

primaire vroegtijdige zaadlozing is “een primaire seksuele disfunctie bij de man, die gekenmerkt wordt door 1) een ejaculatie die altijd of bijna altijd optreedt voor of binnen ongeveer één minuut na vaginale penetratie, en 2) door onvermogen de zaadlozing te vertragen bij alle of bijna alle vaginale penetraties, en 3) door negatieve persoonlijke gevolgen, zoals spanning, ergernis, frustratie en/of het vermijden van seksuele intimiteit” (LOE 1). Deze definitie heeft alleen betrekking op intravaginale seksuele activiteit. Het definieert geen vroegtijdige zaadlozing in de context van andere seksuele gedragingen zoals bijvoorbeeld anale of orale seks, noch in de context van een secundaire vroegtijdige zaadlozing. Vooralsnog is er te weinig informatie beschikbaar om de definitie van primaire vroegtijdige zaadlozing uit te breiden naar andere groepen of seksuele activiteiten.

Sinds enkele jaren worden twee “subtypes” van vroegtijdige zaadlozing gesuggereerd voor mannen die ontevreden zijn over hun ejaculatie maar niet voldoen aan de ISSM-criteria van primaire vroegtijdige zaadlozing (Waldinger, 2008a). Deze subtypes moeten met enige voorzichtigheid beschouwd worden, er is vooralsnog alleen sprake van klinische consensus (LOE 5). Wel is het belangrijk deze te betrekken in de diagnostiek omdat zij precies de klachten van de vele mannen beschrijven die om een behandeling vragen. Kennis van deze subtypes kan behandelaars helpen bij de counseling van deze mannen en kan medicalisering van het probleem voorkomen. De twee subtypes worden “Natuurlijke Variabele Vroegtijdige Zaadlozing” en “Vroegtijdige Zaadlozing-achtige Ejaculatoire Disfunctie” genoemd. Natuurlijke Variabele Vroegtijdige Zaadlozing wordt gekenmerkt door snelle zaadlosingen die alleen af en toe en niet consistent bij een man optreden waarbij degene ook een gevoel van verminderde beheersing over de zaadlozing heeft. Dit subtype wordt niet beschouwd als een seksuele disfunctie noch als psychopathologie maar wordt gezien als een normale variatie van seksueel functioneren. Vroegtijdige Zaadlozing-achtige Ejaculatoire Disfunctie wordt gekenmerkt door: 1) de subjectieve waarneming van consistente of inconsistente snelle zaadlosingen tijdens de coïtus, 2) preoccupatie met een vermeende snelle zaadlozing of gebrek aan beheersing van de zaadlozing, 3) een onvermogen de zaadlozing te beheersen (d.w.z. de zaadlozing tegen te houden op het moment van een ophanden zijnde snelle zaadlozing) met daarbij een normale of zelfs lange IELT (d.w.z. een ejaculatie die bijvoorbeeld pas optreedt na vijf minuten) en 4)

een preoccupatie die niet verklaard wordt door een andere psychische stoornis (Waldinger, 2008a ; Serefoglou, Cimen, Atmaca, & Balbay, 2010).

### Prevalentie

Er bestaat geen betrouwbare informatie over de prevalentie van primaire en secundaire vroegtijdige zaadlozing. De gevonden variaties in prevalentie moeten beoordeeld worden in de context van verschillende culturele, religieuze, en politieke invloeden en kan variëren vanwege verschillende demografische factoren zoals geografie, etniciteit en sociale status (Waldinger et al., 2005). De prevalentieschattingen lopen uiteen van 3% (prevalentie van primaire vroegtijdige zaadlozing) tot 30% (prevalentie van de som van de prevalenties van de vier typen vroegtijdige zaadlozing) (Nicolosi et al., 2004; Laumann, Nicolosi, & Glasser 2005; Waldinger et al., 2005; Brock et al., 2009). In de literatuur die veelal uitgaat van zelfrapportage door de patiënt wordt vroegtijdige zaadlozing beschouwd als de meest voorkomende mannelijke seksuele disfunctie. De prevalentiecijfers die afgeleid worden van deze zelfrapportage zijn aanzienlijk hoger dan de prevalentieschattingen die gebaseerd zijn op de klinische diagnostiek die gebaseerd is op de meer strikte definitie van vroegtijdige zaadlozing van de ISSM.

Zeer weinig mannen (9%) die lijden aan vroegtijdige zaadlozing zoeken daarvoor hulp. Van degenen die hulp zoeken, rapporteert 91.5% weinig tot geen verbetering door de geboden zorg. En in de meeste gevallen (81.9%) is het degene die zelf lijdt onder vroegtijdige zaadlozing die het gesprek hierover begint (Porst et al., 2007).

### Etiologie

De etiologie van vroegtijdige zaadlozing is onbekend. Op dit moment is een biologische oorzakelijke factor bij de meerderheid van de mannen met vroegtijdige zaadlozing niet aangetoond. Wel toont recent onderzoek aan dat neurobiologische en genetische variaties kunnen predisponeren tot primaire vroegtijdige zaadlozing en dat psychologische en omgevingsfactoren de aandoening in stand houden en versterken (Jern et al., 2007; Waldinger & Schweitzer, 2008b). Serotoninedisregulatie als een etiologische hypothese voor vroegtijdige zaadlozing die binnen één minuut optreedt, kan slechts een klein percentage (2-5%) van de klachten van vroegtijdige zaadlozing in de algemene bevolking verklaren (Waldinger & Schweitzer, 2008b).

De rol van hormonen bij de ejaculatiereflex is nog

niet helemaal duidelijk (Corona et al., 2011). Carani et al. rapporteren dat 50% van mannen met een hyperthyreoïdie een vroegtijdige zaadlozing heeft en dat de prevalentie van vroegtijdige zaadlozing daalt tot 15% na behandeling van hun hyperthyreoïdie (Carani et al., 2005). Niet goed is onderzocht hoeveel mannen met een secundaire vorm van vroegtijdige zaadlozing eveneens hyperthyreoïdie heeft.

Vanwege de rol van de prostaat bij het ejaculeren, lijkt een directe invloed van locale ontsteking in de pathogenese van sommige gevallen van secundaire vroegtijdige zaadlozing aannemelijk (Lotti et al. 2009). De pathofysiologie van de relatie tussen chronische prostatitis/ chronisch urogenitaal pijnsyndroom, erectiestoornis en vroegtijdige zaadlozing is echter onbekend (LOE 3).

Er is een reeks van psychologische factoren waarvan verondersteld wordt dat die aanleiding kunnen geven tot een vroegtijdige zaadlozing of deze in stand kunnen houden. Deze factoren kunnen onderverdeeld worden in predisponerende factoren (bijv. seksueel misbruik, houding thuis ten aanzien van seks), individueel-psychologische factoren (bijv. negatief lichaamsbeeld, depressie, faalangst, alexithymie), of relationele factoren (bijv. gebrek aan/angst voor intimiteit, woede) (McCabe, 1991; Althof et al., 2004). Er is weinig onderzoek gedaan naar de relatie tussen bovenstaande variabelen en vroegtijdige zaadlozing. De meeste studies zijn cross-sectioneel waarbij de gevonden correlaties tussen de variabelen niet als causale relaties kunnen worden bevestigd. Vanuit klinisch perspectief is het waarschijnlijk dat er een reciproke relatie bestaat, waarin een toestand geleid heeft tot problemen in andere gebieden, die vervolgens weer tot een verergering aanleiding hebben gegeven in de oorspronkelijke toestand. In deze vicieuze cirkel kunnen prestatiedruk en faalangst leiden tot vroegtijdige zaadlozing, die dan weer de oorspronkelijke faalangst kan verergeren (LOE 5).

### **Kwaliteit van leven van de man en zijn partner**

Tussen 1997 en 2007 zijn elf observationele studies gedaan naar de impact van vroegtijdige zaadlozing op psychosociale aspecten en kwaliteit van leven van de man, zijn vrouwelijke partner en hun relatie (Rosen & Althof, 2008; Patrick, Althof, & Pryor, 2005). Ofschoon zij verschillende methoden en uitkomstmaten gebruikten, toonden al deze zowel kwalitatieve als kwantitatieve studies een hoge mate van persoonlijk lijden aan van zowel de man als diens partner (LOE 1-3).

De negatieve impact van vroegtijdige zaadlozing op de kwaliteit van leven van de man die geen partner heeft lijkt over het algemeen groter te zijn dan van de man met een relatie omdat vroegtijdige zaadlozing hem belemmert een relatie aan te gaan (Symonds, Roblin, Hart, & Althof, 2003). De mannen tonen lagere scores op zelfwaardering en zelfvertrouwen en 33 procent rapporteert angst voor seksuele situaties (Row-

land, Patrick, Rothman, & Gagnon 2007). Bovendien heeft vroegtijdige zaadlozing een negatieve invloed op de seksuele beleving/satisfactie van de vrouw. Het kernprobleem daarbij is niet de korte IELT, maar het vermijden van intimiteit en het onbespreekbaar zijn van seksualiteit (Porst et al., 2007; Hobbs, Symonds, Abraham, May, & Morris, 2008).

### **Diagnostiek**

#### *Anamnese*

Er zijn een minimaal aantal vragen van belang om in de anamnese aan de orde te stellen, zie tabel 2 (LOE 5). De vragen zijn in de oorspronkelijke ISSM-richtlijn gedifferentieerd in aanbevolen en optionele vragen. In de WVSD-NVVS-richtlijn zijn enkele vragen toegevoegd en is consensus bereikt dat alle vragen worden aanbevolen maar verschillende doelen kennen. Deze doelen zijn:

- Het maken van een inschatting van de impact van de vroegtijdige zaadlozing op de man, zijn partner en hun relatie;
- Het classificeren van de vroegtijdige zaadlozing en op grond daarvan opstellen van een behandelplan;
- Het in kaart brengen van somatische en psychosociale comorbiditeit.

#### *Stopwatchmeting van ejaculatielatentietijd (IELT)*

Recent is aangetoond dat de door de patiënt of zijn partner gerapporteerde ejaculatie-latentietijd relatief goed correleert met de objectieve stopwatchlatentietijd en derhalve gebruikt kan worden als een "bij benadering" maat van de IELT (Rosen et al., 2007; Pryor, Broderick, Ho, Jamieson, & Gagnon, 2005; Althof, 1998). Stopwatchmetingen van de ejaculatielatentietijd worden niet aanbevolen voor klinisch gebruik (LOE 2).

#### *Lichamelijk Onderzoek*

Sommige patiënten vinden het geruststellend wanneer een arts hen lichamelijk onderzoekt. De oorspronkelijke ISSM-richtlijn raadt lichamelijk onderzoek zeer sterk aan bij de primaire vorm en stelt het verplicht bij de secundaire vorm. De argumenten hiervoor zijn niet sterk. De WVSD-NVVS-richtlijn stelt dat routinematig bloedonderzoek en neurofysiologisch onderzoek moeten worden vermeden omdat de prevalentie van somatische factoren in de etiologie erg laag is en daarom niet leidt tot een voldoende positieve predictieve waarde. Alleen indien bij secundaire vroegtijdige zaadlozing de anamnese aanleiding geeft tot vermoeden van verhoogde schildklierfunctie (hartkloppingen, gejaagdheid, afvallen), chronische prostatitis/ chronisch urogenitaal pijnsyndroom (pijn bij plassen en/of gevoel van loze aandrang) of erectiele disfunctie is bloedonderzoek en een gericht lichamelijk onderzoek (conform de daarvoor geldende richtlijnen) wel vereist (LOE 5).

Tabel 2: Anamnesevragen die de classificatie en de context van Vroegtijdige Zaadlozing verhelderen

Diagnostiek Algemeen	Hoeveel tijd na de penetratie krijgt u een zaadlozing (komt u klaar)? Kunt u uw zaadlozing vertragen? Bent u geïrriteerd en/of gefrustreerd door uw snelle zaadlozing?
Differentiatie tussen VZ-achtig en Natuurlijk Variabele VZ	Varieert de tijd waarop u een zaadlozing heeft na penetratie? Is het soms erg snel en anders weer gewoon? Heeft u het gevoel controle te hebben over het moment van zaadlozing?
Differentiatie tussen Primaire en Secundaire VZ	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?
Co-morbiditeit: Bepalen van erectiel functioneren	Is uw erectie hard genoeg om te penetreren? Heeft u problemen uw erectie vast te houden totdat u een zaadlozing krijgt bij gemeenschap?
Bepalen van prostatitis	Haast u zich wel eens bij gemeenschap om een verlies van de erectie te voorkomen? Zijn er plasklachten? Gaan deze gepaard met pijn?
Bepalen van de impact op de relatie	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?
Impact op kwaliteit van leven	Vermijdt u uit schaamte het hebben van gemeenschap? Voelt u zich angstig, somber of schaamt u zich vanwege uw vroegtijdige zaadlozing?
Behandeling	Heeft u eerder een of andere behandeling gehad tegen vroegtijdige zaadlozing? Wat verwacht u en/of uw partner van een behandeling?

### Gebruik van vragenlijsten

In het algemeen kunnen vragenlijsten nuttig zijn, maar zij zijn geen vervanging van een gedetailleerde afname van de seksuele anamnese door een hiertoe gekwalificeerde hulpverlener (LOE 2). Op dit moment zijn er twee vragenlijsten die tegemoet komen aan de meeste criteria van testontwikkeling en -validatie: De Premature Ejaculation Profile (PEP) en de Index of Premature Ejaculation (IPE) (Althof et al., 2006; Patrick et al., 2008). Een derde korte diagnostische maat (de PEDT) is ook ontwikkeld, en is beschikbaar voor klinisch gebruik (Symonds, Perelman, & Althof., 2007). Bovengenoemde vragenlijsten zijn echter niet in het Nederlands vertaald en gevalideerd.

### Medicamenteuze behandeling

*Selectieve serotonineheropnameremmers (SSRIs) en tricyclische antidepressiva (TCAs)*

Het dagelijks gebruik van een SSRI (paroxetine, sertraline, fluoxetine, of citalopram), dan wel het TCA clomipramine vertraagt de zaadlozing meestal effectief (LOE 1)(Althof et al., 1995; Atmaca, Kuloglu, Tezcan, & Semercioz, 2002; Goodman, 1980; Kara et al., 1996; McMahon, 1998; Waldinger, Hengeveld, & Zwinderman, 1994). Een meta-analyse van studies die met deze SSRIs zijn gedaan, heeft aangetoond dat paroxetine de sterkste vertraging van de zaadlozing veroorzaakt, waarbij de IELT circa 8.8-voudig langer is dan de baseline IELT (Waldinger, Zwinderman, Schweitzer, & Olivier, 2004a).

De ejaculatievertraging ontstaat meestal binnen 5-10 dagen na het begin van de behandeling, maar het kan 2-3 weken duren voordat er een volledig therapeutische effect is; deze blijft doorgaans aanwezig op de langere termijn (McMahon, 2002). Bijwerkingen zijn dikwijls van lichte aard, ontstaan in de eerste week van behandeling en kunnen geleidelijk verdwijnen binnen 2-3 weken. Deze bijwerkingen betreffen meestal moeheid, gapen, milde misselijkheid, dunnere ontlasting of

versterkte transpiratie. Verminderd seksueel verlangen of erectiestoornissen worden niet vaak gerapporteerd en lijken een lagere incidentie te hebben bij niet-depressieve mannen met vroegtijdige zaadlozing vergeleken met depressieve mannen die behandeld worden met SSRIs (Waldinger, 2007).

Uit een meerderheid van studies blijkt dat *on-demand* (zo nodig) inname van clomipramine, paroxetine, sertraline en fluoxetine 3-6 uur voor de coïtus slechts matig effectief is, maar wel goed wordt verdragen. Zij geven bij *on-demand* gebruik aanzienlijk minder ejaculatievertraging dan wanneer deze antidepressiva dagelijks worden ingenomen (Kim & Paick, 1999; McMahon & Touma, 1999; Strassberg et al., 1999; Waldinger, Zwinderman, & Olivier, 2004b). *On-demand*-behandeling kan gecombineerd worden met hetzij een eerste behandeling van dagelijkse inname hetzij met een gelijktijdige lage dagelijkse dosering van hetzelfde middel (McMahon & Touma, 1999). Aangezien deze SSRIs en clomipramine niet officieel geregistreerd zijn voor de behandeling van vroegtijdige zaadlozing is voorschrijven hiervan bij deze indicatie *off-label*. Voor een overzicht zie tabel 3.

### Dapoxetine

Dapoxetine is een snel werkende SSRI met een korte halfwaardetijd. Vanwege dit farmacokinetisch profiel kan het middel gebruikt worden voor *on-demand* gebruik bij vroegtijdige zaadlozing (LOE 1)(Buvat, Tesfaye, Rothman, Rivas, & Giuliano, 2009; Hellstrom, Althof, & Gittelman, 2005; McMahon et al., 2010; Pryor et al., 2006). In placebogecontroleerde studies is dapoxetine 30 mg of 60 mg, ingenomen 1-2 uur voor de coïtus, effectiever gebleken dan placebo, vanaf de eerste dosis. Dit leidde tot een 2.5 tot 3-voudige toename in de IELT, toegenomen beheersing van de zaadlozing, verminderde spanning en toegenomen satisfactie. Dapoxetine was in gelijke mate effectief bij mannen met pri-

Tabel 3: Samenvatting van aanbevolen farmacologische behandelingen van Vroegtijdige Zaadlozing

Medicijn	Dagelijkse Dosis / On-Demand	Dosering	IELT -voudige toename	Bijwerkingen	Status	LOE
<i>Orale behandelingen</i>						
Dapoxetine	On-demand 1-2 uur tevoren	30-60 mg	2.5-3	misselijkheid, diarree, hoofdpijn, duizeligheid  Vooraf in week 1-3: moeheid, gapen, misselijkheid, dunne ontlasting, transpireren,  Soms: verminderd seksueel verlangen, erectiele disfunctie	registratie in aantal landen; niet in NL en België	1a
Paroxetine	Dagelijks	10-40 mg	8		Off-label	1a
Clomipramine	Dagelijks	12.5-50 mg	6		Off-label	1a
Sertraline	Dagelijks	50-200 mg	5		Off-label	1a
Fluoxetine	Dagelijks	20-40 mg	5		Off-label	1a
Citalopram	Dagelijks	20-40 mg	2		Off-label	1a
Paroxetine	Dagelijkse gedurende 30 dagen en daarna On-demand	10-40 mg	11.6		Off-label	1a
Paroxetine	On-demand 3-6 uur tevoren	10-40 mg	1.4		Off-label	1a
Clomipramine	On-demand 3-6 uur tevoren	12.5-50 mg	4		Off-label	1a
<i>Locale behandeling</i>						
Lidocaine/ Prilocaine	On-demand 5-10 min tevoren	25 mg/g Lidocaine + 25 mg/g Prilocaine	4-6	ongevoeligheid penis ongevoeligheid genitaal van partner, huid-irritatie, erectiele disfunctie	Off-label	1b

maire en secundaire vroegtijdige zaadlozing (Porst et al., 2010). Het middel zal voornamelijk niet in Nederland en België op voorschrift verkrijgbaar zijn (persoonlijke mededeling producent) ondanks dat recent is gebleken dat registratie van de 60 mg tablet dapoxetine in alle EU-landen is toegestaan (European Medicines Agency, 2011).

#### Lokale anaesthetica

Het *off-label on-demand* gebruik van lokale anaesthetica zoals lidocaine en/of prilocaïne als een crème, gel, of spray is voor de behandeling van primaire vroegtijdige zaadlozing zeer bekend en is matig effectief in het vertragen van de zaadlozing (LOE 1) (Dinsmore, Hackett, & Goldmeier, 2007; Berkovitch, Keresteci, & Koren 1995; Busato & Galindo, 2004).

#### Fosfodiesterase-type-5-remmers

De fosfodiesterase-type-5-remmers (PDE5-remmers) sildenafil, tadalafil en vardenafil zijn effectieve middelen voor erectiele disfunctie. Er is slechts niveau-4-bewijs ten aanzien van de effectiviteit en veiligheid van *on demand* of dagelijkse dosering van PDE5-remmers in de behandeling van primaire vroegtijdige zaadlozing bij mannen met normale erectiele functies. Behandeling van primaire vroegtijdige zaadlozing met PDE5-remmers bij mannen met een normale erectiele functie wordt daarom niet aanbevolen (Aversa, Pili, & Francomano, 2009; McMahon, Stuckey, & Andersen, 2005; Salonia, Maga, & Colombo, 2002).

#### Andere medicamenteuze behandelingen

Er is eveneens slechts niveau-2-bewijs ten aanzien van de effectiviteit en veiligheid van *on demand* behande-

ling met tramadol, een centraal werkend analgeticum, of intracaverneuze injectie van vasoactieve geneesmiddelen (Cavallini, 1995; Fein, 1990; Safarinejad & Hosseini, 2006). Het gebruik van deze middelen als behandeling voor vroegtijdige zaadlozing wordt daarom niet aanbevolen.

#### Overwegingen bij een medicamenteuze behandeling

De ISSM-richtlijn beveelt dapoxetine als eerste-keuzemiddel aan omdat dit middel specifiek voor vroegtijdige zaadlozing is geregistreerd (*on-label*). De WVSD-NVVS richtlijn beveelt SSRI's behalve dapoxetine als eerste keuze aan omdat dapoxetine, ondanks Europese registratie, voornamelijk niet in Nederland en België op voorschrift verkrijgbaar zal zijn. Overigens kan dapoxetine wel met een zogenaamde artsverklaring uit het buitenland worden betrokken. Een bijkomend voordeel van andere SSRI's boven dapoxetine is de grotere toename van de IELT (zie tabel 2). Een kanttekening daarbij is dat tot op heden nog geen enkele SSRI in een dubbelblinde gerandomiseerde studie met dapoxetine vergeleken is.

De beslissing om vroegtijdige zaadlozing te behandelen met hetzij *on-demand* dosering of dagelijkse dosering dient gebaseerd te zijn op de inschatting van de behandelende arts in overleg met de patiënt. Hoewel veel mannen met vroegtijdige zaadlozing die niet frequent seksueel actief zijn een voorkeur kunnen hebben voor een *on-demand* behandeling, hebben veel mannen in vaste relaties een voorkeur voor het gemak van dagelijkse inname.

Ten aanzien van alle behandelingen, zowel dagelijks als *on-demand*, kan worden verwacht dat de IELT van de patiënt 3 tot 8-voudig kan toenemen vergeleken

met de baseline-IELT. Ook het door de patiënt ervaren gevoel van beheersing van de timing van ejaculatie kan significant verbeteren door behandeling. Vanuit het perspectief van de patiënt is de ervaren beheersing van de zaadlozing een belangrijker variabele dan alleen de IELT (Patrick, Rowland, & Rothman, 2007).

De behandeling van vroegtijdige zaadlozing met SSRIs of TCAs heeft ook een duidelijke beperking. De vroegtijdige zaadlozing komt terug wanneer de medicatie wordt gestopt. Hierdoor kunnen sommige patiënten van mening zijn dat het geen zin heeft om SSRIs in te nemen (Salonia, Rocchini, & Sacca, 2009).

### Psychologische behandeling

Een breed scala aan psychologische interventies zijn ontwikkeld voor de behandeling van vroegtijdige zaadlozing. De belangrijkste, de stop-start-methode, is ontwikkeld om mannen hun fases van opwindning te doen herkennen. Door middel van een serie gefaseerde oefeningen die beginnen met zelfstimulatie, opbouwend naar stimulatie door de hand van de partner, dan coïtus zonder beweging en vervolgens met beweging van de heup, leert de man controle te krijgen over zijn opwindning. Slechts in één gecontroleerde studie werd een 8-voudige toename in de IELT gevonden bij mannen die behandeld waren met gedragstherapie vergeleken met een wachtlijstcontrolegroep (De Carufel & Trudel, 2006). Het merendeel van de psychotherapeutische behandelingsstudies bestaan echter uit niet-gecontroleerde trials en er is tot op heden matig bewijs voor de effectiviteit van gedragstherapie (LOE 2). Dit werd zeer recent in een Cochrane *review* opnieuw bevestigd (Melnik et al., 2011).

Psychologische interventies hebben een ander doel dan alleen een toename van de IELT. De focus ligt hierbij op de man, zijn partner en hun relatie. In het bijzonder gaat het hierbij om 1) een toename in het zelfvertrouwen van de man ten aanzien van zijn seksuele functioneren, als ook van zijn algehele zelfvertrouwen, 2) een vermindering van faalangst en vermijding, 3) een toename in communicatie met de partner, 4) een oplossing van problemen die voorafgegaan zijn aan dan wel de vroegtijdige zaadlozing in stand hebben gehouden en 5) voorlichting over de seksuele respons en het ontkrachten van mythes daarover.

Mannen met een Natuurlijke Variabele Vroegtijdige Zaadlozing (irregulair en inconsistente snelle zaadlozing met een verminderd gevoel van subjectieve beheersing van de zaadlozing) moeten goed voorgelicht en gerustgesteld worden. Mannen met Vroegtijdig-achtige Ejaculatoire Disfunctie (d.w.z. diegenen wier IELT binnen de normale range ligt, maar die gepreoccupeerd zijn met hun beheersing van de zaadlozing) kunnen cognitieve gedrags- of psychotherapie nodig hebben. Ondanks dat de effectiviteit van psychologische behandeling bij deze twee additionele subtypes nog niet goed is onderzocht, dient onnodige medicalisering bij hen vermeden te worden.

### Medicamenteuze en psychologische combinatie-therapie

Aangezien primaire vroegtijdige zaadlozing waarschijnlijk een organische oorzaak heeft, wordt een medische interventie met psychoeducatie als eerste aanbevolen (Waldinger, 2008a). Echter, indien de vroegtijdige zaadlozing geleid heeft tot psychologische en relationele problemen, dan kan counseling van de patiënt of het paar nuttig zijn als aanvulling op de medische interventie (Perelman, 2006) (LOE 1). In drie studies blijkt een gecombineerde behandeling beter te zijn dan alleen farmacotherapie (Tang, Ma, Zhao, Liu, & Chen 2004; Li, Zhy, Xu, Sun, & Wang 2006; Yuan, Dai, Yang, Guo, & Liang, 2008).

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

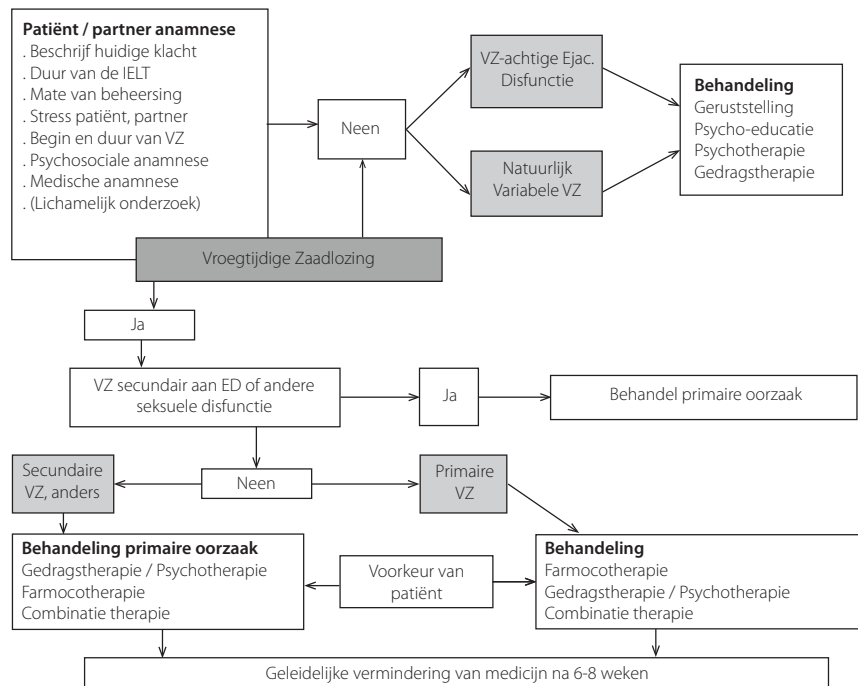
Voor een algoritme voor de diagnostiek en behandeling van vroegtijdige zaadlozing zie figuur 1 (Rowland, McMahon, & Abdo, 2010).

### Vroegtijdige zaadlozing en comorbide erectiele disfunctie

Van de mannen met erectiele disfunctie heeft 30-50% ook vroegtijdige zaadlozing (Laumann et al., 2005; Porst et al., 2007). Sommige mannen met erectiele disfunctie hebben krachtige manuele stimulatie nodig om een erectie te krijgen en sommigen zullen bewust hun coïtusactiviteit versnellen om vroegtijdige verslapping van de penis te voorkomen, hetgeen kan uitmonden in een vroegtijdige zaadlozing. Dit kan nog eens verergerd worden door de aanwezigheid van ernstige faalangst die te maken heeft met de erectiele disfunctie welke de vroegtijdige zaadlozing kan versterken.

Er is niveau 1 bewijs ten aanzien van de behandeling van vroegtijdige zaadlozing en comorbide erectiele disfunctie door middel van het medicamenteus behandelen van de erectiele disfunctie. Er is niveau 3 bewijs ten aanzien van de behandeling van vroegtijdige zaadlozing en comorbide erectiele disfunctie met farmacotherapie van de erectiele disfunctie in combinatie met farmacotherapie van vroegtijdige zaadlozing (Li, Zhang, Cheng, & Zhang, 2003; Sommer, Klotz, & Mathers, 2005). Bij mannen met vroegtijdige zaadlozing

Figuur 1. Algoritme voor de diagnostiek en behandeling van Vroegtijdige Zaadlozing (naar Rowland, 2010)



en comorbide erectiele disfunctie kan combinatiebehandeling helpen de psychosociale aspecten van deze seksuele disfuncties te verbeteren (LOE 2).

Voor erectiele disfunctie hebben gecombineerde behandelingen meer effect dan alleen medische of psychologische behandelingen (Steggall, Fowler, & Pryce, 2008; Abdo, Afif-Abdo, Otani, & Machado, 2008; Aubin et al., 2009). Factoren die met alleen farmacotherapie niet behandeld kunnen worden en door middel van een psychologische benadering wel kunnen worden aangesproken zijn: 1) patiëntfactoren (faalangst, zelfvertrouwen), 2) partnerfactoren (seksuele disfunctie van de partner), 3) relatiefactoren (conflicten, gebrekkige communicatie), 4) seksuele factoren in de relatie (seksuele scripts, seksuele satisfactie) en 5) contextuele factoren (*life stressoren*).

### Conclusie

De WVSD-NVVS Richtlijn Vroegtijdig Zaadlozing geeft de seksuologische hulpverlener praktische handvatten voor het behandelen van mannen die zich presenteren met klachten van een te vroege zaadlozing. De Richtlijn voldoet aan het biopsychosociale model dat binnen de Nederlandse seksuologie als uitgangspunt is aanvaard. De Richtlijn is ten opzichte van de oorspronkelijke ISSM-richtlijn op enkele punten aangepast waardoor meer recht is gedaan aan de wijze waarop in Nederland wordt gewerkt: meer aandacht voor de anamnese, en lichamelijk onderzoek alleen indien noodzakelijk. Tevens is als eerste keuze geneesmiddel bij de behandeling van de primaire vorm, gekozen voor een middel met een groter effect op de IELT.

Het introduceren van twee subtypes is nog maar matig onderbouwd door onderzoek maar is wel herkenbaar voor de clinicus. We menen dat de kans bestaat dat de groep mannen die zich presenteert met de klacht vroegtijdige zaadlozing door slechte differentiatie in diagnostiek teveel kan worden gemedicaliseerd of gepsychologiseerd. Deze Richtlijn kan helpen bij de differentiaaldiagnostiek en het geven van een adequate behandeling. De effectiviteit van een medicamenteuze behandeling is goed onderbouwd maar is slechts voor de primaire vorm van toepassing als monotherapie. Een gecombineerde therapie heeft de voorkeur bij de secundaire vorm en voor de twee additionele subtypes is farmacotherapie gecontraïndiceerd.

De Richtlijn biedt voor de komende jaren een houvast, maar nodigt ook uit om verder te verfijnen. Op diverse punten is er te weinig evidentie. Welke etiologische factoren spelen bij de diverse vormen een rol? Hoe kan de diagnostiek verder worden verbeterd? Zijn de additionele subtypes als aparte entiteit houdbaar, wat is voor deze subtypes een effectieve behandelstrategie? Wat is de invloed van de partner op het in stand houden van het probleem, op welke wijze kan de partner bij de behandeling worden betrokken? Wat is de voorkeur van mannen en hun partner voor de wijze van behandeling? Verschillen mannen en hun partners in het doel van de behandeling? Verder onderzoek zal mogelijk antwoorden geven en een revisie van de Richtlijn over vijf jaar is dan ook gewenst.

## Literatuur

- Abdo, C.H., Afif-Abdo, J., Otani, F., & Machado, A.C. (2008). Sexual satisfaction among patients with erectile dysfunction treated with counseling, sildenafil, or both. *Journal of Sexual Medicine*, 5,1720-26.
- Althof, S., Levine, S., Corty, E., Risen, C., Stern, E., & Kurit, D. (1995). Clomipramine as a treatment for rapid ejaculation: A double-blind crossover trial of fifteen couples. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56,402-07.
- Althof, S.E. (1998). Evidence based assessment of rapid ejaculation. *International Journal of Impotence Research*, 10 Suppl 2, S74-6, discussion S77-9.
- Althof, S., Leiblum, S., Chevret, M., Hartmann, U., Levine, S.B., McCabe, M., ...Wylie K. (2004). Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. : Lue, T., Basson, R., Rosen, R., Giuliano, F., Houry, S., Montorsi, F., (Eds.). *Sexual Medicine: Sexual Dysfunctions in Men and Women*. Paris: Edition 2004.
- Althof, S., Rosen, R., Symonds, T., Mundayat, R., May, K., & Abraham, L. (2006). Development and validation of a new questionnaire to assess sexual satisfaction, control and distress associated with premature ejaculation. *Journal of Sexual Medicine*, 3, 465-75.
- Althof, S. E., Abdo, C. H., Dean, J., Hackett, G., McCabe, M., McMahon C.G., ... Tan, H.M. (2010). International Society for Sexual Medicine's Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 2947-69
- Atmaca, M., Kuloglu, M., Tezcan, E., & Semercioz, A. (2002). The efficacy of citalopram in the treatment of premature ejaculation: a placebo-controlled study. *International Journal of Impotence Research*, 14, 502-5.
- Aubin, S., Heiman, J., Berger, R., Murallo, A., & Yung-Wen, L. (2009). Comparing sildenafil alone vs. sildenafil plus brief couple sex therapy on erectile dysfunction and couples' sexual and marital quality of life: A pilot study. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 35,122-43.
- Aversa, A., Pili, M., & Francomano, D. (2009). Effects of vardenafil administration on intravaginal ejaculatory latency time in men with lifelong premature ejaculation. *International Journal of Impotence Research*, 21, 221-27.
- Berkovitch, M., Keresteci, A.G., & Koren, G. (1995). Efficacy of prilocaine-lidocaine cream in the treatment of premature ejaculation. *Journal of Urology*, 154, 1360-61.
- Brock, G., Benard, F., Casey, R., Elliott, S., Gajewski, J., & Lee, J. (2009). Canadian male sexual health council survey to assess prevalence and treatment of premature ejaculation in Canada. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 2115-23.
- Busato, W., & Galindo, C.C. (2004). Topical anaesthetic use for treating premature ejaculation: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *British Journal of Urology, International*, 93,1018-21.
- Buvat, J., Tesfaye, F., Rothman, M., Rivas, D.A., & Giuliano, F. (2009). Dapoxetine for the treatment of premature ejaculation: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial in 22 countries. *European Urology*, 55, 957-67.
- Carani, C., Isidori, A.M., Granata, A., Carosa, E., Maggi, M., Lenzi, A., & Jannini, E.A. (2005). Multicenter Study on the Prevalence of Sexual Symptoms in Male Hypo- and Hyperthyroid Patients. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 90, 2-6479.
- Cavallini, G. (1995). Alpha-1 blockade pharmacotherapy in primitive psychogenic premature ejaculation resistant to psychotherapy. *European Urology*, 28, -30.
- Corona, G., Jannini, E.A., Lotti, F., Boddi, V., De Vita, G., Forti, G., ... Maggi M.. (2011). Premature and delayed ejaculation: two ends of a single continuum influenced by hormonal milieu. *International Journal of Andrology*, 34, 41-48.
- De Carufel, F., & Trudel, G. (2006). Effects of a new functional sexological treatment for premature ejaculation. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 32,97-114.
- Dinsmore, W.W., Hackett, G., & Goldmeier, D. (2007). Topical eutectic mixture for premature ejaculation (TEMPE): a novel aerosol-delivery form of lidocaine-prilocaine for treating premature ejaculation. *British Journal of Urology, International*, 99, 369-375.
- European Medicines Agency. (2011). *Questions and answers on Priligy (dapoxetine, 30 mg and 60 Mg tablets). Outcome of a procedure under Article 29 of Directive 2001/83/EC as amended*. Retrieved from [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Referals\\_document/Priligy\\_29/WC500116880.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Referals_document/Priligy_29/WC500116880.pdf)
- Fein, R.L. (1990). Intracavernous medication for treatment of premature ejaculation. *Urology*, 35,301-303.
- Goodman, R.E. (1980). An assessment of clomipramine (Anafranil) in the treatment of premature ejaculation. *Journal of International Medical Research*, 8,53-9.
- Hellstrom, W.J., Althof, S., & Gittelman, M. (2005). Dapoxetine for the treatment of men with premature ejaculation (PE):dose-finding analysis. *Journal of Urology*, 173,238 -abstract 877.
- Hobbs, K., Symonds, T., Abraham, L., May, K., & Morris, M.F. (2008). Sexual dysfunction in partners of men with premature ejaculation. *International Journal of Impotence Research*, 20, 512-7.
- Jern, P., Santtila, P., Witting, K., Alanko, K., Harlaar, N., Johansson, A., ... Sandnabba, K. (2007). Premature and delayed ejaculation: Genetic and environmental effects in a population-based sample of Finnish twins. *Journal of Sexual Medicine*, 4,1739-49.
- Kara, H., Aydin, S., Yucel, M., Agargun, M.Y., Odabas, O., & Yilmaz, Y. (1996). The efficacy of fluoxetine in the treatment of premature ejaculation: a double-blind placebo controlled study. *Journal of Urology*, 156, 1631-2.
- Kim, S.W., & Paick, J.S. (1999). Short-term analysis of the effects of as needed use of sertraline at 5 PM for the treatment of premature ejaculation. *Urology*, 54,544-7.
- Laumann, E.O., Nicolosi, A., Glasser, D.B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E., & Wang T. (2005). Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Impotence Research*, 17,39-57.
- Li, P., Zhy, G., Xu, P., Sun, J., & Wang, P. (2006). effect of behavioral psychotherapy on patients with premature ejaculation [Chinese]. *Zhonghua Nan Ke Xue*, 12,717-19.
- Li, X., Zhang, S.X., Cheng, H.M., & Zhang, W.D. (2003) [Clinical study of sildenafil in the treatment of premature ejaculation complicated by erectile dysfunction]. *Zhonghua Nan Ke Xue*, 9,266-9.
- Lotti, F., Corona, G., Mancini, M., Biagini, C., Colpi, G.M., Innocenti, S.D.,... Maggi M.(2009). The association between varicocele, premature ejaculation and prostatitis symptoms: possible mechanisms. *Journal of Sexual Medicine*, 6,2878-87.
- McCabe, M. (1991). The development and maintenance of sexual dysfunction: An explanation based on cognitive theory. *Sex and Marital Therapy*, 6,254-60.
- McMahon, C.G. (1998). Treatment of premature ejaculation with sertraline hydrochloride: a single-blind placebo controlled crossover study. *Journal of Urology*, 159,1935-8.
- McMahon, C.G., & Touma, K. (1999). Treatment of premature ejaculation with paroxetine hydrochloride as needed: 2 single-blind placebo controlled crossover studies. *Journal of Urology*, 161, -30.
- McMahon, C.G. (2002). Long term results of treatment of premature ejaculation with selective serotonin re-uptake inhibitors. *International Journal of Impotence Research*, 14,S19.
- McMahon, C.G., Stuckey, B., & Andersen, M.L. (2005). Efficacy of Viagra:Sildenafil Citrate in Men With Premature Ejaculation. *Journal of Sexual Medicine*, 2,368-75.



- McMahon, C.G., Althof, S.E., Waldinger, M.D., Porst, H., Dean, J., Sharlip, I., ... Segraves R (2008). An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: report of the International Society for Sexual Medicine (ISSM) ad hoc committee for the definition of premature ejaculation. *Journal of Sexual Medicine*, 5,1590-1606.
- McMahon, C.G., Kim, S.W., Park, N.C., Chang, C.P., Rivas, D., Tesfaye, F., ... Aquilina, J. (2010). Treatment of premature ejaculation in the Asia-Pacific region: results from a phase III double-blind, parallel-group study of dapoxetine. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 256-68.
- Melnik T, Althof S, Atallah AN, Puga ME, Glina S, & Riera R. (2011). Psychosocial interventions for premature ejaculation. *Cochrane Database Systematic Reviews*;8:CD008195.
- Nicolosi, A., Laumann, E., Glaser, D., Moreira, E., Paik, A., & Gingell, C. (2004). Global study of sexual attitudes and behaviors investigator's group. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology*, 64,991-97.
- Oxford Centre for Evidence Based Medicine Levels of Evidence. (2001). Opgehaald van <http://www.cebm.net>
- Patrick, D.L., Althof, S.E., & Pryor, J.L.(2005). Premature ejaculation: an observational study of men and their partners. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 358-67.
- Patrick, D.L., Rowland, D., & Rothman, M. (2007). Interrelationships among measures of premature ejaculation: The central role of perceived control. *Journal of Sexual Medicine*, 4,780-88.
- Patrick, D.L., Giuliano, F., Ho, K.F., Gagnon, D.D., McNulty, P., & Rothman, M. (2008). The Premature Ejaculation Profile: Validation of self-reported outcome measures for research and practice. *British Journal of Urology, International*, 103, 358-67.
- Perelman, M. (2006). A new combination treatment for premature ejaculation. A sex therapist's perspective. *Journal of Sexual Medicine*, 3,1004-12.
- Porst, H., Montorsi, F., Rosen, R.C., Gaynor, L., Grupe, S., & Alexander, J. (2007). The premature ejaculation prevalence and attitudes (PEPA) survey: Prevalence, comorbidities and professional help-seeking. *European Urology*, 51,816-24.
- Porst, H., McMahon, C., Althof, S., Sharlip, I., Bull, S., & Rivas, D.A. (2010). Baseline characteristics and treatment outcomes for men with acquired or lifelong premature ejaculation with mild or no erectile dysfunction: Integrated analysis of two phase III dapoxetine trials. *Journal of Sexual Medicine*, , 2231-42.
- Pryor, J.L., Broderick, G.A., Ho, K.F., Jamieson, C., & Gagnon, D. (2005). Comparison of estimated versus measured intravaginal ejaculatory latency time in men with and without premature ejaculation. *Journal of Sexual Medicine*, 3,54.
- Pryor, J.L., Althof, S.E., Steidle, C., Rosen, R.C., Hellstrom, W.J., Shabsigh, R., ...Kell S. (2006). Efficacy and tolerability of dapoxetine in treatment of premature ejaculation: an integrated analysis of two double-blind, randomised controlled trials. *Lancet*, 368, 929-37.
- Rosen, R., McMahon, C., Niederberger, C., Broderick, G., Jamieson, C., & Gagnon, D.D. (2007). Correlates to the clinical diagnosis of premature ejaculation: Results from a large observational study of men and their partners. *Journal of Urology*, 177, 1059-64.
- Rosen, R., & Althof, S. (2008). Impact of premature ejaculation: The psychological quality of life and sexual relationship consequences. *Journal of Sexual Medicine*, 5,1296-307.
- Rowland, D., Patrick, D., Rothman, M., & Gagnon, D. (2007). The psychological burden of premature ejaculation. *Journal of Urology*, 177,1065-70.
- Rowland D., Mc Mahon, C., & Abdo, C. (2010). Disorders of orgasm and ejaculation in men. *Journal of Sexual Medicine*, 7,-86.
- Safarinejad, M.R., & Hosseini, S.Y. (2006). Safety and efficacy of tramadol in the treatment of premature ejaculation: a double-blind, placebo-controlled, fixed-dose, randomized study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 26,27-31.
- Salonia, A., Maga, T., & Colombo, R. (2002). A prospective study comparing paroxetine alone versus paroxetine plus sildenafil in patients with premature ejaculation. *Journal of Urology*, 168, -69.
- Salonia, A., Rocchini, L., & Sacca, A. (2009). Acceptance of and discontinuation rate from paroxetine treatment in patients with lifelong premature ejaculation. *Journal of Sexual Medicine*, 6, -77.
- Serefoglu, E.C., Cimen, H.I., Atmaca, A.F., & Balbay, M.D. (2010). The Distribution of Patients Who Seek Treatment for the Complaint of Ejaculating Prematurely According to the Four Premature Ejaculation Syndromes. *Journal of Sexual Medicine*, 7,810-15.
- Sommer, F., Klotz, T., & Mathers, M.J. (2005). Treatment of premature ejaculation: A comparative vardenafil and SSRI crossover study. *Journal of Urology*, 173,202:abstract 741.
- Steggall, M., Fowler, C., & Pryce, A. (2008). Combination therapy for PE: Results of a small-scale study. *Sex and Relationship Therapy*, 23,365-76.
- Strassberg, D.S., de Gouveia Brazao, C.A., Rowland, D.L., Tan, P., & Slob, A.K. (1999). Clomipramine in the treatment of rapid (premature) ejaculation. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 25,89-101.
- Symonds, T., Roblin, D., Hart, K., & Althof, S. (2003). How does premature ejaculation effect a man's life. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 29,361-70.
- Symonds T., Perelman, M., & Althof, S. (2007). Development and validation of a premature ejaculation diagnostic tool. *European Urology*, 52,565-73.
- Tang, W., Ma, L., Zhao, L., Liu, Y., & Chen, Z. (2004). Clinical efficacy of viagra with behavior therapy against premature ejaculation [Chinese]. *Zhonghua Nan Ke Xue*, 10, 366-67.
- Waldinger, M.D., Hengeveld, M.W., & Zwinderman, A.H. (1994). treatment of premature ejaculation: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 151,1377-9.
- Waldinger, M.D., Zwinderman, A.H., Schweitzer, D.H., & Olivier, B. (2004a). Relevance of methodological design for the interpretation of efficacy of drug treatment of premature ejaculation: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Impotence Research*, 16,369-81.
- Waldinger, M.D., Zwinderman, A.H., & Olivier, B. (2004b). On-demand treatment of premature ejaculation with clomipramine and paroxetine: a randomized, double-blind fixed-dose study with stopwatch assessment. *European Urology*, 46,510-15.
- Waldinger, M.D., Quinn, P., Dilleen, M., Mundayat, R., Schweitzer, D., & Boolell M. (2005). A multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 292-97.
- Waldinger, M.D. (2007). Premature ejaculation: definition and drug treatment. *Drugs*, 547-68.
- Waldinger, M.D. (2008a). Premature ejaculation: Different pathophysiologies and etiologies determine its treatment. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 34,1-13.
- Waldinger, M.D., & Schweitzer, D.H. (2008b). The use of old and recent DSM definitions of premature ejaculation in observational studies: a contribution to the present debate for a new classification of PE in the DSM-V. *Journal of Sexual Medicine*, 5, -87.
- Waldinger, M.D., McIntosh, J., & Schweitzer, D.H. (2009). A five-nation survey to assess the distribution of the intravaginal ejaculatory latency time among the general male population. *Journal of Sexual Medicine*, 2888-95.
- Waldinger, M.D., Incrocci, L., Kropman, R., Laan, E., van Lankveld, J., Meuleman, E., ... Leusink, P. (2010). *De WVSD en NVVS Richtlijn voor de diagnose en behandeling van vroegtijdige zaadlozing*. Opgehaald van [http://www.seksueledefuncties.nl/Richtlijn\\_Vroegtijdige\\_zaadlozing.pdf](http://www.seksueledefuncties.nl/Richtlijn_Vroegtijdige_zaadlozing.pdf)
- Yuan, P., Dai, J., Yang, Y., Guo, J., & Liang, R. (2008). comparative study on treatment for premature ejaculation: citalopram used in combination with behavioral therapy versus either citalopram or behavioral therapy alone [Chinese]. *Chinese Journal of Andrology*, 22, 35-38.

**Belangenconflict**

Prof. dr. M.D. Waldinger heeft onderzoek verricht voor de firma Dong-A Pharmaceuticals en GlaxoSmithKlein. De overige auteurs hadden geen relatie met bedrijven in het kader van onderzoek naar de behandeling van vroegtijdige zaadlozing.

**Summary****Guideline Premature Ejaculation**

In 2010 the International Society of Sexual Medicine published their Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation. This guideline was translated and adapted in some respects by a committee consisting of members of two Dutch sexological societies. A summary of the main issues is given.

**Keywords:** premature ejaculation, sexual dysfunction, guideline

**Trefwoorden:** vroegtijdige zaadlozing, ejaculatio praecox, seksuele disfunctie, richtlijn