



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Troubles de l'éjaculation à l'exception de l'éjaculation prématurée, troubles de l'orgasme[☆]

Ejaculatory disorders except premature ejaculation, orgasmic disorders

J.-M. Rigot^a, F. Marcelli^a, F. Giuliano^{b,*}

^a Service d'andrologie, université Lille Nord-de-France, CHRU de Lille, 59037 Lille cedex, France

^b Service de médecine physique et réadaptation, département de neuro-uro-andrologie, université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, hôpital Raymond-Poincaré, AP-HP, 104, boulevard Raymond-Poincaré, 92380 Garches, France

Reçu le 31 octobre 2012 ; accepté le 14 janvier 2013

MOTS CLÉS

Éjaculation ;
Hypospermie ;
Éjaculation
rétrograde ;
Anéjaculation

Résumé

Introduction. – Les troubles de l'éjaculation et de l'orgasme en dehors de l'éjaculation prématurée sont peu fréquents.

Méthodes. – Une revue de la littérature médicale a été effectuée en considérant les articles répertoriés traitant de ces troubles. Leur sélection s'est basée sur l'avis d'experts des auteurs.

Résultats. – La séméiologie du trouble est variable et doit être parfaitement précisée : aspermie, hypospermie, éjaculation rétrograde, retardée ou anéjaculation, anorgasmie, éjaculation douloureuse. La recherche du caractère primaire ou secondaire est essentielle. Des étiologies variées sont à rechercher : iatrogénie médicamenteuse (antidépresseurs, neuroleptiques, tramadol, certains alphabloquants : tamsulosine, silodosine), iatrogénie chirurgicale, diabète, maladie neurologique en particulier sclérose en plaques, parfois l'hypogonadisme. . .

Conclusion. – Le traitement est souvent difficile en particulier dans un projet de parentalité. Quelques traitements médicamenteux hors AMM (midodrine, imipramine, pseudoéphédrine) peuvent être prescrits selon les cas. Le prélèvement chirurgical de spermatozoïdes peut permettre le recours à la procréation médicalement assistée chez ces patients dont la spermatogenèse est souvent normale. Les troubles primaires relèvent le plus souvent d'une prise en charge sexologique.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

[☆] Cet article fait partie intégrante du Rapport « Médecine Sexuelle » du 106^e congrès de l'Association française d'urologie rédigé sous la direction de Florence Cour, Stéphane Droupy et François Giuliano.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : francois.giuliano@uvsq.fr (F. Giuliano).

KEYWORDS

Ejaculation;
Hypospermia;
Retrograde
ejaculation;
Anejaculation

Summary

Introduction. — Disorders of ejaculation and orgasm apart from premature ejaculation are pretty uncommon.

Methods. — Medical literature was reviewed and combined with expert opinion of the authors. *Results.* — The semiology of these disorders is essential: aspermia, hypospermia, retrograde ejaculation, delayed or absent ejaculation with or without orgasm. Whether this is a lifelong or acquired condition, it is essential to assess the side-effects of medications i.e. psychotropic drugs, including antidepressant, neuroleptics, tramadol, alfablockers: tamsulosin and silodosin must always be surveyed.

Conclusion. — The management is often difficult, especially with a parenthood perspective. The management of lifelong disorders must rely on psychosexual therapies.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Les troubles de l'éjaculation (TE) et de l'orgasme, en dehors de l'éjaculation prématurée (EP), sont un motif peu fréquent spontané de consultation. Ces troubles sont volontiers mis en avant dans le cadre d'un projet de parentalité. Ils sont aujourd'hui probablement dans leur verbalisation à l'image de la dysfonction érectile dans les années 1980. La sous déclaration de ces troubles est sans doute également liée à l'absence de médicaments enregistrés dans ces indications.

Épidémiologie

Si les études épidémiologiques sur les troubles de l'érection ont été très nombreuses au cours de la dernière décennie, il n'en est pas de même pour les troubles de l'éjaculation. Il n'est pas rare que les TE en dehors de l'EP, et plus souvent encore les troubles de l'orgasme, ne soient pas individualisés dans les études épidémiologiques ayant trait à la sexualité masculine. Dans les quelques études disponibles, les retards à l'éjaculation sont évalués entre 4 et 10 % en fonction de la classe d'âge, les troubles de l'orgasme entre 7 et 10 %. À l'inverse, la prévalence de l'EP est toujours supérieure comprise entre 14 et 30 %. Le retard à l'éjaculation et les troubles de l'orgasme retentissent sur le bien-être personnel [1].

La fréquence des TE dans le contexte d'une prise en charge de l'infertilité d'origine masculine semble stable au cours du temps puisque les quelques études disponibles ont estimé ce taux à 2 % en 1971 et à 5 % une trentaine d'années plus tard en 2000 [2–4].

Diagnostic

Le diagnostic des TE, en dehors de l'EP, nécessite de connaître la physiologie de l'éjaculation (cf. Anatomie et physiologie de la sexualité).

La phase d'émission est commandée à la fois par :

- l'innervation sympathique, qui prend son origine dans la moelle thoracolombaire (segments T10 à L2), dont les axones empruntent les nerfs hypogastriques et la chaîne sympathique paravertébrale lombosacrée ;

- l'innervation parasympathique, issue des segments médullaires S1 à S3, qui empruntent les nerfs pelviens.

Une quelconque lésion de ces voies nerveuses est à risque d'altérer l'émission. La phase d'expulsion est sous la dépendance du nerf pudendal (S2–S4), qui commande les contractions rythmiques du diaphragme urogénital en particulier du muscle bulbospongieux et une relaxation intermittente du sphincter strié urétral. Ces mécanismes ont particulièrement bien été étudiés chez les traumatisés médullaires. Il faut redire ici que l'émission n'est pas un prérequis pour la survenue de l'expulsion. En l'absence de sperme, les contractions de la musculature striée périnéale surviennent à l'identique pour une stimulation sexuelle conduisant normalement à l'éjaculation. La physiologie de l'orgasme demeure mal connue. Deux faits sont cependant clairement établis :

- la survenue de l'orgasme est soumise à l'intégrité de l'innervation sensitive périnéale ;
- l'orgasme est associé temporellement aux contractions de la musculature striée périnéale responsables de l'expulsion du sperme.

L'interrogatoire devra toujours s'attacher à préciser l'existence ou non d'un orgasme et sa concomitance ou non avec l'expulsion de sperme [5–8]. L'obstacle ici est que souvent les patients confondent éjaculation et orgasme.

On distingue ainsi :

- l'aspermie ou «orgasme sec» qui correspond à un orgasme sans expulsion de sperme et sa forme dégradée, l'hypospermie lorsque le volume éjaculé est inférieur à 1,5 mL [7,8] ;
- l'éjaculation rétrograde (ER) qui associe la persistance de l'orgasme à une aspermie ou une hypospermie, associée à un reflux du sperme dans la vessie lors de la phase d'expulsion [7,8]. Le diagnostic est affirmé par la présence de sperme, parfaitement identifiable par le patient informé, dans les urines (spermaturie) lors de la miction qui fait suite au coït ou à la masturbation. L'ER peut être totale ou partielle. Elle est quantifiable par le comptage des spermatozoïdes dans les urines ;
- l'anorgasmie se définit par l'absence d'orgasme lorsque l'éjaculation est normale. L'orgasme peut également être atténué ;

Il faut noter que les éjaculations ou pollutions nocturnes ne s'accompagnent pas d'orgasme.

- la définition du retard à l'éjaculation (RE), plus fréquent, n'a pas fait l'objet d'un consensus. Un délai supérieur à 20–30 minutes pour obtenir l'orgasme associé à une éjaculation dans des conditions de stimulation sexuelle satisfaisante peut être retenu [8,9] ;
- l'éjaculation douloureuse est une entité à part. Il convient de préciser si la douleur survient pendant l'éjaculation ou après celle-ci (on parle alors de douleur post-coïtale). Des revues récentes dont un chapitre très documenté dans le rapport de l'Association française d'urologie de 2010 [10,11] sont disponibles sur le sujet.

La conduite diagnostique devant un TE autre que l'EP impose l'approche suivante :

- l'histoire clinique : un antécédent d'infection génitale, de neuropathie centrale ou périphérique, de diabète, de traumatisme de la région périnéale, de chirurgie abdominale ou pelvienne, doit être recherché. Une particulière attention doit être portée à :
 - l'analyse du trouble : primaire, secondaire, total ou partiel, à l'existence de troubles mictionnels associés,
 - l'existence de facteurs de risque ou déclenchant psychosociaux, en particulier éducationnels ;
- lors de l'examen clinique indispensable, outre l'examen périnéal classique, le toucher rectal recherchera spécifiquement une douleur provoquée et doit permettre d'apprécier le tonus anal, dont l'atonie fait évoquer l'existence d'une neuropathie. La capacité du patient à commander volontairement la contraction du sphincter anal témoigne d'une bonne coordination périnéale. Un examen neurologique, en particulier de l'ensemble des réflexes ostéotendineux des membres inférieurs, doit être effectué ;
- le bilan biologique peut comprendre :
 - un dosage de la testostérone totale et biodisponible en début de journée, répété à quelques jours d'intervalle,
 - une glycémie à jeun,
 - un ECBU sur le premier et le second jet à la recherche d'une éventuelle infection génito-urinaire,
 - une recherche de spermatozoïdes dans les urines : un spermogramme, une biochimie séminale, selon les cas ;
- le bilan morphologique, essentiellement échographique (prostato-vésiculaire), parfois par IRM pelvienne, sera adapté au cas par cas et non réalisé de façon systématique ;
- l'exploration neurophysiologique, l'évaluation psychologique, seront adaptées au contexte nosologique [12,13].

Étiologie et traitement

Les présentations cliniques ne sont pas toujours tranchées et les patients ont de grandes difficultés à la fois à verbaliser à propos des TE et/ou de l'orgasme et à décrire ceux-ci.

Les étiologies sont à rechercher en fonction de la description du/des troubles par les patients.

L'aspermie et l'hypospermie [7,14]

Il s'agit de l'absence de sperme ou d'un volume de sperme inférieur à 1,5 mL. Il faut souligner que chez ces patients l'orgasme est conservé ainsi que la phase d'expulsion (même s'il s'agit d'une expulsion « sèche ») caractérisée par les contractions rythmiques de la musculature striée périnéale contemporaines de l'orgasme.

Les causes médicamenteuses

La iatrogénie médicamenteuse doit toujours être recherchée devant un trouble de l'éjaculation et/ou de l'orgasme en particulier à type d'hypo- ou d'aspermie (cf. iatrogénie médicamenteuse en médecine sexuelle). Les médicaments le plus souvent responsables d'anéjaculation, mais dans ce cas l'orgasme est le plus souvent absent, sont les antidépresseurs : inhibiteurs de recapture de la sérotonine (paroxétine, fluoxétine, citalopram, sertraline, escitalopram, fluvoxamine), tricycliques (en particulier la clomipramine). Les neuroleptiques peuvent également causer des anéjaculations le plus souvent accompagnées d'une anorgasmie. Les alphabloquants suivants, tamsulosine et silodosine, sont volontiers responsables d'anéjaculation. Dans ce cas l'orgasme est le plus souvent conservé, il s'agit d'une absence d'émission. Les autres alphabloquants sont sans effet délétère sur l'éjaculation [15]. La restauration d'une éjaculation normale à l'arrêt du traitement après quelques jours voire quelques semaines pour les antidépresseurs permet d'affirmer l'imputabilité. En cas d'impossibilité d'arrêt définitif du traitement et de désir de parentalité, il est possible de profiter d'une fenêtre thérapeutique pour réaliser une autoconservation, et en cas d'impossibilité en dernier recours de réaliser une FIV–ICSI/PCS.

Les causes congénitales

La plus fréquente est l'absence congénitale bilatérale des canaux déférents. De diagnostic facile devant un tableau associant une absence de déférents, un volume testiculaire normal, une azoospermie associée à une hypospermie avec un pH inférieur à 7,2 et un fructose indosable. Ces constatations imposent un bilan génétique à la recherche d'une anomalie du gène *CFTR* présente dans 80% des cas. La prise en charge en vue de procréation consiste à réaliser un prélèvement épидidymaire et dans un second temps une fécondation in vitro par ICSI à partir du sperme prélevé chirurgicalement (FIV–ICSI/SPC).

Plus rares sont les anomalies des canaux mullériens et des canaux éjaculateurs. Le tableau clinique est le même que celui d'une agénésie congénitale des déférents, mais les déférents sont présents. Le diagnostic morphologique est fait sur l'échographie prostatique par voie transrectale, et plus encore par l'IRM pelvienne voire prostatique. Le traitement relève soit d'une résection des canaux éjaculateurs, d'un kyste prostatique, qui permet d'augmenter le volume de l'éjaculat dans 50% des cas. Cette amélioration n'étant parfois que transitoire, cela justifie en cas de souhait de parentalité une autoconservation du sperme.

Iatrogénie chirurgicale

Si les antécédents de traumatisme chirurgical à l'âge adulte sont souvent faciles à retrouver, il n'en est pas de même pour des interventions réalisées dans la très petite enfance, voire néonatales. Les interventions rétro-péritonéales, voire pelviennes sont à risque d'aspermie par lésion de l'innervation sympathique (nerfs hypogastriques, chaîne sympathique paravertébrale lombosacrée) et/ou parasympathique (nerfs pelviens) ou de l'ensemble de l'innervation végétative du tractus séminal (plexus déférentiel). Il s'agit essentiellement des curages ganglionnaires lombo-aortiques, des cures chirurgicales d'anévrismes de l'aorte, de la cure des prolapsus rectaux. Beaucoup plus fréquentes sont les séquelles de la chirurgie prostatique. Tout d'abord la chirurgie de l'adénome prostatique, quelles que soient les techniques utilisées, est plus souvent cause d'aspermie que d'hypospermie. Il faut distinguer l'absence d'émission, liée à une électrocoagulation ou une obstruction post-résection des canaux éjaculateurs, de l'ER totale ou partielle par la réalisation si possible d'un spermogramme et une recherche de spermatozoïdes dans les urines. La fréquence de l'ER après traitement chirurgical quel qu'il soit de l'hypertrophie bénigne de prostate est sans doute très surestimée. Le trouble le plus fréquent est l'absence d'émission. Après prostatectomie totale, si la dysfonction érectile est au premier plan, il y a toujours une aspermie avec une modification éventuelle de l'orgasme. Dans certains cas, l'orgasme est associé avec une fuite urinaire plus ou moins importante (cf. Dysfonctions sexuelles induites par les traitements du cancer de prostate localisé). Il n'y a pas stricto sensu de prévention possible de ces troubles éjaculatoires post-chirurgicaux. Seule la proposition d'une autoconservation avant l'acte opératoire peut préserver une demande de paternité ultérieure. En dernier recours, en l'absence d'autoconservation, la FIV-ICSI/SPC reste toujours possible. Il n'existe pas de traitement médical permettant de retrouver une éjaculation dans ce contexte.

La prise en charge des séquelles des traumatismes du bassin, de l'urètre, reste affaire de cas particuliers. Il faudra toujours chercher à faire la part de ce qui relève de la correction du trouble éjaculatoire et de ses conséquences, d'une part, et, d'un éventuel désir de paternité, d'autre part.

Les causes neurologiques

En dehors des TE dans les suites d'un traumatisme médullaire (cf. Le patient neurologique), toutes les affections neurologiques peuvent s'accompagner de TE. Une prévalence globale de 30% est avancée en cas de sclérose en plaques, de diabète, de maladie de Parkinson ou de toute autre pathologie neurologique périphérique ou centrale. Le délai d'apparition des TE diffère néanmoins selon les pathologies. Dans la sclérose en plaques, les TE peuvent être inauguraux ou faire partie du tableau évolutif. En revanche chez les diabétiques, les TE marquent un tournant dans l'évolution de la maladie, c'est-à-dire l'apparition de complications neurologiques et plus particulièrement d'une neuropathie pelvienne. Une fois installés, ces troubles sont malheureusement le plus souvent définitifs. Leur prise en charge ne peut se concevoir que dans le cadre d'un projet de parentalité.

Il n'y a pas de médicament ayant l'AMM pour corriger ces troubles. En cas d'ER, un test thérapeutique avec l'imipramine, antidépresseur tricyclique, peut être effectué, hors AMM, à la posologie de 25 mg deux fois par jour. En cas d'ER liée au diabète, des résultats encourageants ont été rapportés en combinant l'imipramine 25 mg deux fois par jour et la pseudoéphédrine 120 mg également deux fois par jour [16]. En dernier recours, la FIV-ICSI/PCS peut permettre l'aboutissement d'un projet de parentalité. La proposition d'une éventuelle autoconservation devant l'apparition de signes précurseurs, en particulier modification de l'orgasme, diminution du volume spermatique, peut éviter un tel recours.

Les causes endocriniennes

La puberté est nécessaire au développement de l'appareil génital profond dont l'intégrité est requise pour l'émission et l'expulsion de sperme. Ainsi, toute pathologie du développement de l'appareil génital ainsi qu'un hypogonadisme acquis, est responsable de TE. L'impubérisme, le retard pubertaire primaire sont associés à une absence d'émission de sperme. Le diagnostic est clinique. La prise en charge est celle de l'hypogonadisme ou du retard pubertaire. Le diagnostic d'hypogonadisme acquis doit faire suspecter une iatrogénie médicamenteuse. Au premier rang figure la castration chimique du cancer de prostate. La correction de l'hypogonadisme acquis, lorsque celle-ci est possible, se traduit par une augmentation du volume spermatique, en règle générale en six à 12 mois [17]. Des anéjaculations ont été rapportées avec les inhibiteurs de la 5-alpha-réductase lorsqu'ils sont prescrits pour le traitement des troubles mictionnels associés à l'hypertrophie bénigne de prostate mais également pour le traitement de l'alopecie. Le mécanisme de ces anéjaculations n'est pas élucidé.

Les infections urogénitales

Les infections urogénitales ont été longtemps une cause fréquente de TE et plus spécifiquement d'hypospermie. Aujourd'hui, la prise en charge des infections urogénitales avec des antibiothérapies adaptées de façon précoce et la modification de l'écologie de ces infections (évolution du gonocoque vers les infections à *Chlamydiae trachomatis*) ont rendu ces situations plus rares.

Il n'en est pas de même lors des infections plus spécifiques, comme la tuberculose. Toute la difficulté est d'en faire le diagnostic. L'origine géographique des patients, la notion de voyage, sont des éléments déterminants.

L'éjaculation rétrograde [7, 14, 18, 19]

L'ER se rapproche pour son diagnostic et sa prise en charge de l'aspermie. Rappelons que l'existence d'une éjaculation rétrograde n'empêche pas l'orgasme. Chez les sujets jeunes, l'ER doit être prévenue chaque fois que cela est possible.

Iatrogénie chirurgicale

Les interventions rétro-péritonéales, en particulier curage lombo-aortique, cure chirurgicale d'un anévrisme de l'aorte abdominale, voire pelviennes peuvent être responsables d'une ER partielle ou complète par lésion souvent définitive

des fibres sympathiques, contrôlant le tonus de la musculature lisse du col vésical. Le traitement chirurgical de l'adénome prostatique, quelle que soit la technique utilisée, expose également à l'ER même si sa fréquence est sans doute beaucoup plus faible que cela est rapporté classiquement, le trouble postopératoire le plus fréquent étant l'anéjaculation par absence d'émission. Des techniques ont été décrites en particulier pour le curage lombo-aortique pour diminuer la survenue de cette complication. L'ER totale ou partielle peut s'améliorer avec le temps, un délai de récupération éventuelle de 12 à 18 mois peut être évoqué à titre indicatif. L'autoconservation du sperme avant la réalisation d'une chirurgie à risque doit être systématiquement proposée lorsqu'existe un désir potentiel de paternité. Quoi qu'il en soit, l'information préopératoire du patient sur la survenue potentielle d'un TE doit toujours être délivrée.

Iatrogénie médicamenteuse

Les alphabloquants sont fréquemment cités en particulier dans les documents émanant des autorités sanitaires, résumé des caractéristiques produit en France. En réalité, seuls la tamsulosine et la silodosine indiqués dans le traitement des troubles mictionnels liés à une hypertrophie bénigne de prostate sont essentiellement responsables d'anéjaculation et non d'ER [20]. Le mécanisme exact de cette dysfonction n'est pas connu. Le changement de molécule, en particulier en faveur de l'alfuzosine, avec laquelle l'absence de TE induits a été documentée, permet en général de régler le problème.

Causes neurologiques

Les neuropathies tant centrales (séquelles de traumatisme médullaire, scléroses en plaques) que périphériques (diabète essentiellement) peuvent être cause d'ER.

La question de la prise en charge de l'ER se pose essentiellement dans le contexte d'un projet de parentalité. Le but essentiel est d'obtenir une quantité suffisante de spermatozoïdes pour permettre une fécondation lors d'un rapport sexuel, ou lorsque cela s'avère impossible, dans le cadre d'une aide médicale à la procréation. La méthode la plus simple à proposer dans un premier temps, lorsqu'elle est possible, est la réalisation d'une masturbation debout, vessie pleine. Cette manœuvre facilite la fermeture du col vésical et l'obtention d'une éjaculation antégrade au moins partielle. Cela permet la prise en charge du problème en dehors de toute médicalisation. En cas d'échec, le recueil des urines alcalinisées après masturbation et leur optimisation au laboratoire peuvent permettre de réaliser une insémination intra-utérine dans un deuxième temps, voire une autoconservation du sperme. Ces approches sont complexes, contraignantes et répétitives mais aboutissent à un résultat favorable dans bon nombre de cas. Hors AMM, deux molécules peuvent être utilisées dans la période périovulatoire ou ponctuellement afin de réaliser une autoconservation de sperme en vue de prise en charge en AMP. Il s'agit de la midodrine en prise unique 30 à 60 minutes avant la tentative d'éjaculation à des posologies variant de 5 à 30 mg et l'imipramine 25 mg deux à trois fois par jour [21]. La plus grande prudence doit être de mise lors de la prescription de ce type d'aide à l'éjaculation en particulier avec la midodrine. Il s'agit en effet d'un médicament hypertenseur

indiqué dans le traitement de l'hypotension orthostatique. Il est recommandé de tester sa bonne tolérance hémodynamique par enregistrement continu de la pression artérielle dans un environnement médicalisé avant de le prescrire pour un usage à domicile. Lorsque ces prescriptions sont à visée d'usage ambulatoire, il existe un risque que les patients les utilisent non plus dans un contexte de projet de parentalité, mais pour une aide de type sexologique.

L'anéjaculation anorgasmique et l'éjaculation retardée [8,9]

Le traitement de ces troubles reste difficile. Deux contextes doivent être mis en avant :

- lorsque l'origine est psychogénique, une prise en charge sexologique est indispensable ;
- lorsque l'un de ces troubles accompagne un projet de parentalité empêché, la plus grande attention est de mise afin d'éliminer un trouble psychiatrique potentiellement grave sous-jacent.

Au plan séméiologique, différencier l'éjaculation anorgasmique et l'ER primaire et secondaire est essentiel. Le caractère secondaire du trouble devra toujours faire rechercher une iatrogénie médicamenteuse ou un conflit intrapsychique.

Concernant la iatrogénie, il s'agit essentiellement des psychotropes : antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (et ou tricycliques et des neuroleptiques déjà cités plus haut), de tous les composés analgésiques contenant du tramadol [22], exceptionnellement de l'alphaméthyl dopa (Aldomet®), antihypertenseur d'action centrale. L'intoxication alcoolique aiguë et tous les stupéfiants sont volontiers responsables d'ER secondaire. Enfin, l'hypogonadisme en particulier pharmacologique par blocage androgénique voire les inhibiteurs de la 5-alpha-réductase peuvent être associés à un retard à l'éjaculation voire à une anorgasmie.

Un antihistaminique, la cyproheptadine, augmente la concentration centrale de sérotonine. Quelques études non contrôlées ont suggéré un bénéfice de sa prescription à la demande ou de manière quotidienne à des posologies comprises entre 2 et 16 mg, pour le traitement de l'anorgasmie associée à un traitement par inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine [16]. De même l'amantadine, un stimulant indirect des circuits dopaminergiques, à la demande cinq à six heures avant le rapport à la posologie de 100 mg a été rapportée comme bénéfique dans le même contexte de iatrogénie [16].

Le tableau clinique du retard à l'éjaculation, voire de l'anorgasmie primaire est totalement différent. En dehors de l'hypogonadisme primitif associé à un impubérisme, un bilan psychosexologique s'impose. Il s'intéressera aux méthodes éducatives, aux pratiques religieuses, à d'éventuelles psychopathologies associées, à l'existence de troubles du désir associés. L'existence d'éjaculation à la masturbation, voire de pollutions nocturnes doivent être recherchées. Il est extrêmement important de savoir si ces troubles sont constants, avec toutes les partenaires. Une attention particulière devra être portée à la partenaire, à son vécu de la situation, à sa souffrance devant ces

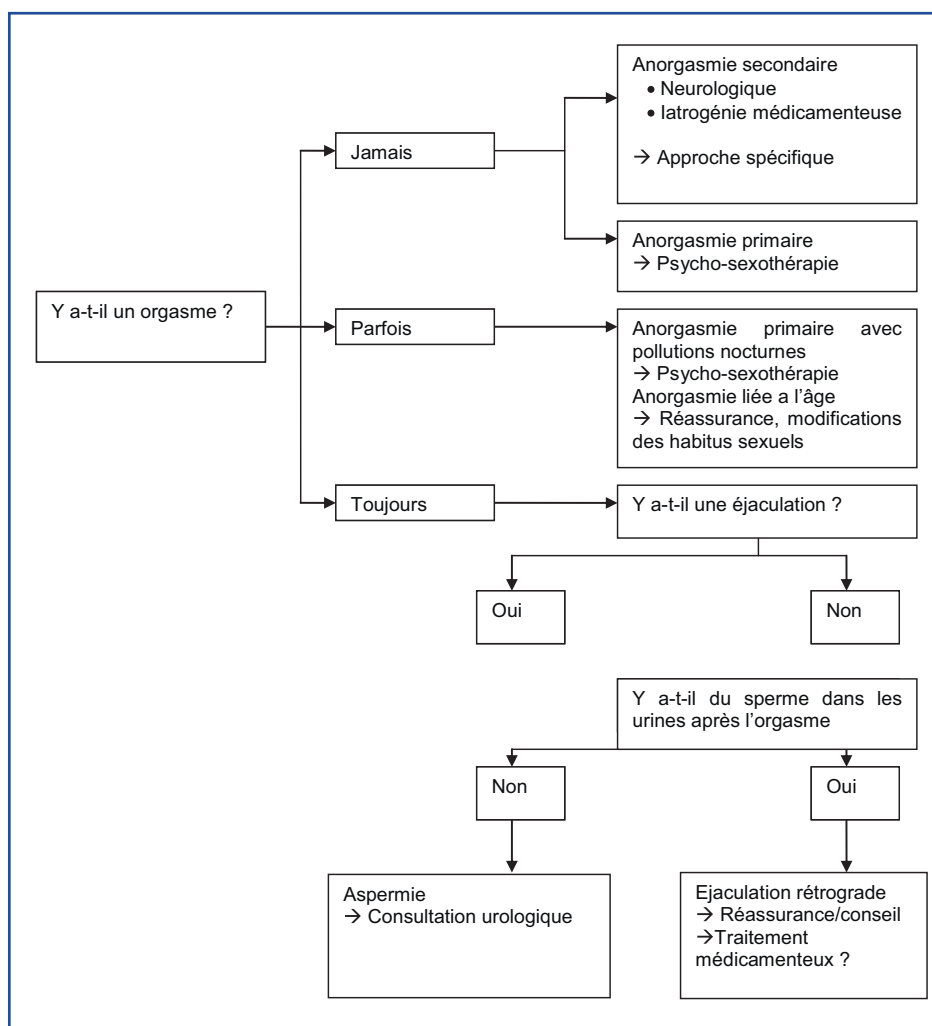


Figure 1. Algorithme pour la prise en charge d'une anéjaculation. D'après [23].

troubles, mais aussi éventuellement à ses propres difficultés sexuelles.

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.

Conclusion [23,24]

Les troubles de l'éjaculation et de l'orgasme chez l'homme sont relativement peu fréquents. La distinction s'appuyant sur l'interrogatoire entre troubles primaires et secondaires est déterminante pour l'enquête étiologique et la prise en charge. Si la prise en charge des troubles acquis est parfois possible, en revanche les troubles primaires restent d'approche difficile et ne sont souvent accessibles qu'à une prise en charge longue de type psychosexologique (Fig. 1).

Déclaration d'intérêts

François Giuliano : consultant : Lilly, Ménarini, GSK, Bayer, Allergan ; orateur : Lilly, Pfizer, Vivus ; investigateur : Lilly, Johnson & Johnson, GSK.

François Marcelli et Jean-Marc Rigot : aucun.

Références

- [1] Lewis RW, Fugl-Meyer KS. Definitions, classification, and epidemiology of sexual dysfunction. In: Lue TF F., Basson R, Rosen R, Giuliano F, Khoury S, Montorsi F, editors. Sexual medicine, sexual dysfunctions in men and women. Health publications: Paris; 2004. p. 37–72.
- [2] Dubin L, Amelar RD. Etiologic factors in 1294 consecutive cases of male infertility. *Fertil Steril* 1971;22:469–74.
- [3] Lejeune H, Benchaib M, Bied V, Boucher A, Douliou D, Czyba JC, et al. Place des troubles de la spermatogenèse dans l'hypofertilité masculine. *Andrologie* 2000;10:243–53.
- [4] Sigman M, Larry I, Lipshultz L, Stuart S, Howard S. Evaluation of the subfertile male. In: Lipshultz L, Howard S, Niederberger C, editors. *Infertility in the male*. Cambridge: Cambridge University Press.; 1997. p. 173–93.

- [5] Master VA, Turek PJ. Ejaculatory physiology and dysfunction. *Urol Clin North Am* 2001;28:363–75.
- [6] Giuliano F. Neurophysiology of erection and ejaculation. *J Sex Med* 2011;8:310–5.
- [7] Robin G, Marcelli F, Mitchell V, Marchetti C, Lemaitre L, Dewailly D, et al. Why and how to assess hypospermia? *Gynecol Obstet Fertil* 2008;36:1035–42.
- [8] McMahon CG. Disorders of orgasm and ejaculation in men. In: Lue TF, Basson R, Rosen R, Giuliano F, Khoury S, Montorsi F, editors. *Sexual medicine, sexual dysfunctions in men and women*. Paris: Health publications; 2004. p. 409–67.
- [9] Rowland D, McMahon CG, Abdo C, Chen J, Jannini E, Waldinger MD, et al. Disorders of orgasm and ejaculation in men. *J Sex Med* 2010;7:1668–86.
- [10] Ilie CP, Mischianu DL, Pemberton RJ. Painful ejaculation. *BJU Int* 2007;99:1335–9.
- [11] Sibert L, Safsaf A, Rigaud J, Delavierre D, Labat JJ. Pelvic sexual pain. *Prog Urol* 2010;20:967–72.
- [12] Colpi G, Weidner W, Jungwirth A, Pomerol J, Papp G, Hargreave T. EAU guidelines on ejaculatory dysfunction. *Eur Urol* 2004;46:555–8.
- [13] Vale J. Ejaculatory dysfunction. *BJU Int* 1999;83:557–63.
- [14] Ohl DA, Quallich SA, Sønksen J, Brackett NL, Lynne CM. Anejaculation and retrograde ejaculation. *Urol Clin North Am* 2008;35:211–20.
- [15] Hellstrom W, Giuliano F, Rosen R. Ejaculatory dysfunction (EjD) and its association with lower urinary tract symptoms of benign prostatic hyperplasia (LUTS/BPH) and BPH treatments. *Urology* 2009;74:15–21.
- [16] Calabro RS, Polimeni G, Casella C, Bramanti P. Neurogenic ejaculatory disorders: focus on current and future treatments. *Recent Pat CNS Drug Discov* 2011;6: 205–21.
- [17] Corona G, Jannini EA, Mannucci E, Fisher AD, Lotti F, Petrone L, et al. Different testosterone levels are associated with ejaculatory dysfunction. *J Sex Med* 2008;5:1991–8.
- [18] Thomas A, Woodard C, Rovner ES, Wein AJ. Urologic complications of non-urologic medications. *Urol Clin North Am* 2003;30:123–31.
- [19] Jefferys A, Siassakos D, Wardle P. The management of retrograde ejaculation: a systematic review and update. *Fertil Steril* 2012;97:306–12.
- [20] Hellstrom WJ, Sikka SC. Effects of acute treatment with tamsulosin versus alfuzosin on ejaculatory function in normal volunteers. *J Urol* 2006;176:1529–33.
- [21] Safarinejad MR. Midodrine for the treatment of organic anejaculation but not spinal cord injury: a prospective randomized placebo-controlled double-blind clinical study. *Int J Impot Res* 2009;21:213–20.
- [22] Giuliano F. Tramadol for the treatment of premature ejaculation. *Eur Urol* 2012;61:744–5.
- [23] Lue TF, Basson R, Rosen R, Giuliano F, Khoury S, Montorsi F, et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunction in men. In: Lue TF, Basson R, Rosen R, Giuliano F, Khoury S, Montorsi F, editors. *Sexual medicine, sexual dysfunctions in men and women*. Paris: Health publications; 2004. p. 605–28.
- [24] Montorsi F, Adaikan G, Becher E, Giuliano F, Khoury S, Lue TF, et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunction in men. *J Sex Med* 2010;7:3572–88.