

Diagnostic d'une anéjaculation : à propos de 72 patients

Dominique DELAVIERRE, Marie-Hélène HAPI, Bonaventure NSABIMBONA

Service d'Urologie-Andrologie, CHR d'Orléans

RESUME

Introduction : L'anéjaculation est définie par l'absence d'éjaculation par le méat urétral malgré une érection normale et une stimulation sexuelle appropriée et prolongée.

Matériel et Méthodes : Du 01/01/97 au 15/07/2002, 72 patients âgés de 17 à 72 ans (moyenne 43 ans ; 65% < 50 ans) ont consulté le même uro-andrologue en raison d'une anéjaculation. Soixante neuf souffraient d'une altération de leur vie sexuelle (13 d'entre eux souhaitaient un enfant), 3 recherchaient uniquement des informations.

Résultats : 47 patients (65%) ne présentaient pas d'orgasme (anorgasmie), 25 (35%) pouvaient atteindre l'orgasme (éjaculation rétrograde : n=9 ou sèche : n=7 selon la présence ou non de sperme dans les urines après l'orgasme, anéjaculation indéterminée : n=7, éjaculation asthénique : n=2).

Des facteurs de risque psychologiques ont été dépistés chez 30 patients (42%) : contexte anxiodépressif ou stress chez 16 patients, difficultés conjugales chez 9 patients, traumatisme psychologique après maladie ou intervention urogénitale chez 6 patients, désir d'enfant mal assumé ou rejeté chez 4 patients, nouvelle partenaire pour 3 patients, désamorçage sexuel pour 2 patients, traumatismes psychologiques ou sexuels dans l'enfance pour 2 patients, harcèlement professionnel pour 1 patient.

Les autres facteurs de risque dépistés étaient surtout neurologiques (34 patients, 47% : essentiellement neuropathies périphériques après chirurgie pelvienne ou rétro-péritonéale chez 12 patients, ou diabétiques pour 9 patients), et médicamenteux (16 patients, 22% : essentiellement inhibiteurs de la recapture de la sérotonine chez 10 patients).

Parmi les anorgasmies, 57% avaient des facteurs de risque psychologiques, 36% neurologiques et 34% médicamenteux contre respectivement 12%, 68% et 0% parmi les autres anéjaculations.

Vingt-cinq patients (35%) présentaient plusieurs facteurs de risque avec une prédominance psychologique chez 14 d'entre eux.

Chez 11 patients (5 éjaculations rétrogrades et 6 anorgas-

mies) aucun facteur de risque n'a été dépisté. Toutefois l'orientation étiologique chez les 6 patients anorgasmiques était psychologique en raison des caractères sémiologiques de l'anorgasmie (sporadique avec notamment obtention d'un orgasme lors de la masturbation).

Ainsi parmi les anorgasmies 70% des patients avaient des facteurs de risque ou une orientation étiologique psychologiques (anorgasmies primaires 100%, secondaires 63%) contre 12% parmi les autres anéjaculations.

Conclusions :

- 1) Le diagnostic d'une anéjaculation nécessite dans un 1^{er} temps d'en préciser la variété.
- 2) Le diagnostic étiologique repose surtout sur l'interrogatoire.
- 3) Les facteurs de risque et étiologies sont le plus souvent psychologiques mais aussi neurologiques et médicamenteux lors d'anorgasmie, le plus souvent neurologiques lors des autres anéjaculations.
- 4) L'éjaculation rétrograde peut être idiopathique.
- 5) L'appellation "anéjaculation psychogène" parfois employée pour désigner l'anorgasmie devrait être réservée aux anorgasmies primaires car des facteurs de risque organiques peuvent être mis en évidence lors d'anorgasmies secondaires.
- 6) Un bilan psychologique et une prise en charge globale sont souhaitables notamment lors d'anorgasmie car l'urologue même spécialisé en andrologie ne dépiste pas tous les facteurs de risque psychologiques.

Mots clés : éjaculation, anéjaculation, anorgasmie, éjaculation rétrograde

Correspondance :

Dr Dominique DELAVIERRE - Service d'Uro-Andrologie, CHR La Source, BP 6709, 45067 Orléans Cedex 2. France - Tel 02 38 51 46 26 - Fax 02 38 51 41 59 - Email delav.uro@wanadoo.fr

I. INTRODUCTION

Lors de la 1^{ère} Consultation internationale sur la dysfonction érectile (Paris du 1^{er} au 3 juillet 1999) le groupe d'experts dirigé par WF Hendry a proposé les définitions suivantes [8] :

- *Orgasm* : a pleasurable feeling (a cerebral event) usually associated with emission and/or ejaculation.
- *Ejaculation* : passage of seminal fluid through the urethra and its expulsion from the urethral meatus.
- *Delayed ejaculation* : undue delay in reaching a climax during sexual activity.
- *Anorgasmia* : inability to achieve an orgasm during conscious sexual activity, although nocturnal emission may occur.
- *Anejaculation* : absence of ejaculation during orgasm.
- *Retrograde ejaculation* : backward passage of semen into the bladder after emission usually due to failure of closure of the bladder neck mechanism, demonstrated by presence of spermatozoa in the urine after orgasm.

Ces définitions n'ont pas été traduites et validées en français.

En France l'anéjaculation est habituellement définie par l'absence d'éjaculation par le méat urétral malgré une érection normale et une stimulation sexuelle appropriée et prolongée [2].

Cette définition englobe :

- l'*anorgasmie* (anéjaculation sans orgasme), parfois appelée anéjaculation psychogène, dont l'éjaculation tardive est une forme mineure. Souvent des éjaculations normales surviennent en dehors du coït (lors de la masturbation ou la nuit) ;
- l'*éjaculation rétrograde* où l'expulsion du sperme s'effectue vers la vessie ;
- l'*éjaculation sèche*, par défaut d'émission de sperme ;
- l'*éjaculation asthénique ou baveuse*, liée à une altération de l'expulsion du sperme, qui se rapproche de l'anéjaculation en raison de facteurs de risque communs.

II. MATERIEL ET METHODES

Du 1^{er}/01/97 au 15/07/2002, 72 patients âgés de 17 à 72 ans (moyenne 43 ans) ont consulté en raison d'une anéjaculation parfois associée à d'autres dysfonctions sexuelles. En effet malgré la présence d'une dysfonction érectile associée nous avons retenu dans ce travail certaines anéjaculations significatives : anéjaculation ayant précédé la survenue de la dysfonction érectile, anéjaculation persistante malgré le traitement efficace de la dysfonction érectile, anéjaculation au premier plan de la plainte du patient (le plus souvent en raison du caractère mineur de la dysfonction érectile).

Trente et un patients (43%) avaient moins de 40 ans, et 47 (65%) moins de 50 ans.

Soixante neuf souffraient d'une altération de leur vie sexuelle (13 d'entre eux souhaitaient un enfant), 3 recherchaient uniquement des informations.

III. RESULTATS

Quarante sept patients (65%) ne présentaient pas d'orgasme (*anorgasmie*), et 25 (35%) pouvaient atteindre l'orgasme : *éjaculation rétrograde* (n=9) ou *sèche* (n=7), selon la présence ou non de sperme dans les urines après l'orgasme, *anéjaculation indéterminée* (n=7) (pas de prescription de recherche de sperme dans les urines après l'orgasme chez 3 patients, prescription non respectée chez les 4 autres), *éjaculation asthénique* chez 2 patients (Tableau 1).

Treize anéjaculations (18%) étaient primaires, 59 (82%) secondaires, 12 (17%) étaient sporadiques, et 60 (83%) permanentes.

Le Tableau 2 montre qu'il n'y avait pas de différences significatives entre les anorgasmies et les autres anéjaculations en ce qui concerne les critères suivants : moyenne d'âge, proportion de patients de moins de 50 ans, caractère primaire ou secondaire, caractère sporadique ou permanent de l'anéjaculation.

Vingt neuf patients (40%) présentaient une dysfonction érectile, 14 (19%) une altération du désir sexuel, et 13 (19%) des troubles mictionnels. Ces proportions différaient selon la variété d'anéjaculation (Tableau 3) et notamment une altération du désir sexuel accompagnait 30% des anorgasmies mais aucune autre anéjaculation.

Quarante sept patients (65%) ont bénéficié d'explorations complémentaires : 45 bilans biologiques ayant permis de dépister 6 hypogonadismes, 12 explorations neurophysiologiques pelvipérinéales dont 6 pathologiques (neuropathies connues ou suspectées lors de l'interrogatoire et l'examen clinique), 5 échographies endorectales, 3 fibroscopies uréthro-vésicales dont 1 retrouvant une hypertrophie du *veru montanum* chez un patient présentant une éjaculation rétrograde.

Les principaux facteurs de risque dépistés étaient :

- neurologiques (34 patients ; 47%) : surtout neuropathies périphériques après chirurgie pelvienne ou rétropéritonéale pour 12 patients, ou diabétiques chez 9 patients (Tableau 4);
- psychologiques (30 patients ; 42%) : surtout contexte anxiodépressif ou stress pour 16 patients, difficultés conjugales chez 9 patients, traumatisme psychologique après maladie ou intervention chirurgicale urogénitale pour 6 patients, désir d'enfant mal assumé ou rejeté chez 4 patients (Tableau 5) ;
- médicamenteux (16 patients ; 22%) : surtout inhibiteurs de la recapture de la sérotonine pour 10 patients (Tableau 6).

Six patients présentaient un hypogonadisme découvert à cette occasion mais cet hypogonadisme était toujours associé à d'autres facteurs de risque par ailleurs prédominants.

Tableau 1 : Diagnostic des anéjaculations chez 72 patients.

Anorgasmie : 47 patients (65%).

Orgasme présent chez 25 patients (35%) :

- éjaculation rétrograde : 9 (12,5%) ;
- éjaculation sèche : 7 (10%) ;
- anéjaculation indéterminée : 7 (10%) ;
- éjaculation asthénique : 2 (3%).

Tableau 2 : Comparaison entre les anorgasmies et les autres anéjaculations.

	Moyenne d'âge	< 50 ans	Primaire	Anéjaculation		
				Secondaire	Sporadique	Permanente
Anorgasmies 47 patients	43 ans	64%	19%	81%	19%	81%
Autres anéjaculations 25 patients	42 ans	68%	16%	84%	12%	88%
Population complète 72 patients	43 ans	65%	18%	82%	17%	83%

Tableau 3 : Symptômes associés à l'anéjaculation.

	Anorgasmies 47 patients	Autres anéjaculations 25 patients	Population complète 72 patients
Dysfonction érectile	47%	28%	40%
Altération du désir sexuel	30%	0%	19%
Troubles mictionnels	21%	12%	18%

Tableau 4 : Facteurs de risque neurologiques.

Facteurs de risque neurologiques chez 34 patients sur 72 (47%) :

- Neuropathies périphériques après chirurgie rétro péritonéale ou pelvienne : 13 (dont 8 après intervention ano ou colo-rectale) ;
- Neuropathies diabétiques : 9 ;
- Myélopathies non traumatiques : 6 (dont 2 SEP) ;
- Pathologies cérébrales : 4 ;
- Blessé médullaire : 1 ;
- Autre : 1.

Tableau 5 : Facteurs de risque psychologiques.

Facteurs de risque psychologiques chez 30 patients sur 72 (42%) :

- Contexte anxiodépressif ou stress : 16 patients ;
- Conflit conjugal : 9 ;
- Traumatisme psychologique après maladie ou intervention chirurgicale uro-génitale : 6 ;
- Désir d'enfant mal assumé ou rejeté : 4 ;
- Nouvelle partenaire : 3 ;
- Désamorçage sexuel : 2 ;
- Traumatisme psychologique ou sexuel dans l'enfance : 2 ;
- Harcèlement professionnel : 1.

Tableau 6 : Facteurs de risque médicamenteux.

Facteurs de risque médicamenteux chez 16 patients sur 72 (22 %) :

- Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine : 10 ;
- Neuroleptiques : 3 ;
- Antidépresseurs imipraminiques : 2 ;
- Alpha bloquants : 4.

Chez un patient, une sclérose en plaques a été découverte au décours de l'anéjaculation mais une neuropathie était suspectée dès la première consultation en raison de signes associés (troubles mictionnels et de la marche).

La répartition des facteurs de risque était très différente entre les anorgasmies et les autres anéjaculations (Tableau 7) : parmi les anorgasmies, 57% des patients avaient des facteurs de risque psychologiques, pour 36% ils étaient neurologiques et, pour 34% médicamenteux contre respectivement 12%, 68% et 0% parmi les autres anéjaculations.

Les facteurs de risque psychologiques étaient également répartis entre les anorgasmies primaires ou secondaires (respectivement 56 et 58%), sporadiques ou permanentes (respectivement 56 et 58%).

Vingt-cinq patients (35%) présentaient plusieurs facteurs de risque avec un facteur prédominant chez 19 d'entre eux (psychologique pour 14 patients, médicamenteux pour 3 patients et neurologiques pour 2). Ce caractère volontiers multifactoriel concernait surtout les anorgasmies : 49% des patients présentaient plusieurs facteurs de risque contre 8% parmi les autres anéjaculations.

Chez 11 patients (5 éjaculations rétrogrades et 6 anorgasmies), aucun facteur de risque n'a été dépisté. Toutefois l'orientation étiologique chez les 6 patients anorgasmiques était psychologique en raison des caractères sémiologiques de l'anorgasmie (sporadique avec notamment obtention

Tableau 7 : Répartition des facteurs de risque dépistés entre les anorgasmies et les autres anéjaculations.

	Anorgasmies 47 patients	Autres anéjaculations 25 patients	Population totale 72 patients
Facteurs de risque psy- chologiques	57%	12%	42%
Facteurs de risque neuro- logiques	36%	68%	47%
Facteurs de risque médi- camenteux	34%	0%	22%

Tableau 8 : Répartition des facteurs de risque et des orientations étiologiques psychologiques entre les anorgasmies et les autres anéjaculations.

	Anorgasmies primaires 9 patients	Anorgasmies secondaires 38 patients	Autres anéjaculations 25 patients	Population totale 72 patients
Facteurs de risque et orientations étiologiques psychologiques	100%	63%	12%	50%

d'un orgasme lors de la masturbation). Parmi ces 6 patients, 4 présentaient une anorgasmie primaire et 2 une anorgasmie secondaire.

Ainsi, parmi les anorgasmies, 70% des patients avaient des facteurs de risque ou une orientation étiologique psychologiques (anorgasmies primaires 100%, secondaires 63%) contre 12% parmi les autres anéjaculations (Tableau 8).

IV. DISCUSSION

1. Epidémiologie

L'anéjaculation est une dysfonction sexuelle fréquente mais peu étudiée en dehors des blessés médullaires. Plusieurs enquêtes épidémiologiques récentes réalisées dans divers pays ont confirmé des prévalences non négligeables.

En France l'enquête Spira/Bejin (ACSF), réalisée au téléphone de septembre 1991 à février 1992 en raison de l'épidémie de VIH, étudiait les comportements sexuels des français et comportait sept questions sur les dysfonctions sexuelles [1]. Treize mille trois cent huit hommes âgés de 18 à 69 ans et ayant déjà eu au moins un rapport sexuel ont été interrogés. L'analyse des réponses, réalisée par Béjin, a fait apparaître que 27% de ces hommes présentaient "souvent ou parfois" une éjaculation tardive ou absente et 14% "souvent ou parfois" une anorgasmie.

Aux USA, dans l'enquête de Laumann (NHSLs), 1244 à 1249 hommes (sur 1410 interrogés – taux de réponses 88,2 à 88,5%), âgés de 18 à 59 ans, représentatifs de la population générale des USA mais ne vivant pas dans des casernes, dortoirs ou prisons, ayant eu au moins un partenaire dans les douze mois précédents, ont répondu, en 1992, à sept questions sur leur fonction sexuelle dans les douze mois précédents [12]. Huit pour cent présentaient une anorgasmie.

En Suède, dans l'enquête de Fugl-Meyer, 1475 hommes de 18 à 74 ans ont répondu en 1996 à un questionnaire sur leur fonction sexuelle pendant l'année passée, au cours d'une interview face à face (1265 à 1463 réponses exploitables selon l'aspect étudié) [6]. Deux pour cent présentaient une éjaculation retardée "souvent, presque tout le temps ou tout le temps".

En Australie, dans l'enquête de Pinnock publiée en 1999, 745 hommes d'Australie Méridionale de 40 ans ou plus ont reçu un questionnaire par la poste évaluant sept domaines de la fonction sexuelle dans les trois mois précédents [18].

Le taux de réponses exploitables a été de 49,8% (371 hommes – âge moyen 57,5 ans). Dix huit pour cent obtenaient un orgasme “rarement ou jamais”.

2. Diagnostic de variété

Face à une anéjaculation, la première étape diagnostique consiste à préciser sa variété. Si l'orgasme est conservé il peut s'agir d'une éjaculation sèche, rétrograde ou asthénique. Lors d'éjaculation sèche, il n'y a pas d'émission de sperme et l'éjaculation se fait à vide. Lors d'éjaculation rétrograde, le sperme est expulsé dans la vessie. Dans les deux situations l'orgasme peut être émué et seule l'analyse des urines après l'orgasme permet de les distinguer. Cette analyse recherche des spermatozoïdes mais peut être prise en défaut lors d'azoospermie, d'où l'intérêt de rechercher dans certains cas les autres composantes du sperme et notamment le fructose. Lors d'éjaculation asthénique, il n'y a pas d'expulsion du sperme et celui-ci s'écoule et s'évacue lentement (éjaculation “baveuse”) tandis que l'orgasme est réduit à la sensation d'inévitabilité.

3. Etiologies

Les anorgasmies ont souvent une origine psychologique. Buvat et al. à propos de 60 cas d'anorgasmie, retrouvent parmi 36 cas primaires 36 causes psychologiques (100%) et parmi 24 secondaires 15 causes psychologiques (62%) et 9 organiques (dont 8 suspectées dès l'interrogatoire et l'examen clinique) [2]. Ainsi, 85% des anorgasmies ont une cause psychologique. Cette série montre également que le caractère primaire de l'anorgasmie oriente fortement vers une origine psychologique. Dans notre série de 47 anorgasmies, nos constatations sont identiques : 70% des patients ont des facteurs de risque ou une orientation étiologique psychologiques (100% des anorgasmies primaires, 63% des secondaires). Néanmoins un tiers ont aussi des facteurs de risque neurologiques, un tiers des facteurs de risque médicamenteux, et, au total, la moitié des patients présentant une anorgasmie ont plusieurs facteurs de risque, le facteur psychologique restant toutefois prédominant chez la moitié d'entre eux. En raison de cette forte implication psychologique, dont témoigne également dans notre travail l'association à une altération du désir sexuel dans 30% des cas, l'anorgasmie est parfois appelée anéjaculation psychogène. Cette appellation devrait toutefois être réservée aux anorgasmies primaires.

Les données de la littérature concernant les facteurs de risque psychologiques des anorgasmies sont pauvres et peu documentées. Le Tableau 9 regroupe les principaux facteurs de risque cités dans la littérature ou dépistés dans notre étude [2, 3, 17, 19, 21].

Dans notre travail, le fait qu'aucun facteur de risque n'ait été mis en évidence chez certains patients anorgasmiques alors que la sémiologie orientait vers une origine psychologique est probablement lié à l'absence de bilan effectué par un sexo-psychiatre. Le bilan n'a, en effet, été réalisé que par un uro-andrologue et il a été démontré (dans le domaine de la dysfonction érectile) qu'un urologue, même spécialisé dans le domaine de l'andrologie et des dysfonctions

Tableau 9 : Principaux facteurs de risque psychologiques d'anorgasmie.

-
- **Anorgasmie primaire :**
 - Tendance homosexuelle ;
 - Hétérophobie ;
 - Attachement à la mère ;
 - Education stricte et rigide ;
 - Ignorance sexuelle ;
 - Inhibition religieuse ;
 - Culpabilisation de la masturbation ou du plaisir sexuel ;
 - Peur de souiller la partenaire ;
 - Technique masturbatoire inhabituelle.
 - **Anorgasmie secondaire :**
 - Traumatisme psychologique après maladie ou chirurgie uro-génitale ;
 - Stress associé à l'orgasme après une expérience déplaisante ;
 - Crainte ou refus de féconder la partenaire ;
 - Angoisse de performance ;
 - Contexte anxio-dépressif ou stress ;
 - Conflit conjugal ;
 - Problèmes relationnels.
-

sexuelles, ne dépistait pas tous les facteurs de risque psychologiques [13]. Ceci souligne l'intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire des dysfonctions sexuelles et notamment des anorgasmies sans facteurs de risque organiques.

Les éjaculations sèches et rétrogrades, au contraire des anorgasmies, ont souvent une origine organique, essentiellement neurologique. Dans notre série, 68% des patients présentant des éjaculations sèches ou rétrogrades ont des facteurs de risque neurologiques contre 12% des facteurs de risque psychologiques. Notre série montre également qu'aucun facteur de risque ni aucune orientation étiologique ne sont mis en évidence chez bon nombre d'éjaculations rétrogrades : 56%. Ce caractère idiopathique de certaines éjaculations rétrogrades a déjà été souligné dans la littérature [22].

Les étiologies organiques des anéjaculations sont le plus souvent neurologiques, post-chirurgicales ou médicamenteuses.

Les étiologies neurologiques sont dominées par les blessures médullaires, la sclérose en plaques et les neuropathies périphériques post-chirurgicales ou diabétiques.

Lors de blessures médullaires les troubles de l'éjaculation varient selon le niveau lésionnel [7, 8, 19, 22, 23]. Si la lésion est située au dessus du centre dorso-lombaire D10 – L1, l'éjaculation est mécanique ou réflexe, elle est tardive et s'accompagne des signes de l'hyperréflexie autonome et non d'un orgasme vrai. Une lésion située au niveau du centre dorso-lombaire entraîne une éjaculation sèche. Enfin si

la lésion est située sous le centre dorso-lombaire, au niveau du centre sacré S2-S3-S4, l'éjaculation est précoce et asthénique (baveuse) car le sperme est émis sans expulsion et l'orgasme est émué.

Les troubles de l'éjaculation des diabétiques n'ont pas été aussi bien étudiés que la dysfonction érectile mais pourraient concerner plus de 40% des patients [5]. Il s'agit le plus souvent d'éjaculation rétrograde.

Certaines interventions chirurgicales rétro-péritonéales ou pelviennes peuvent s'accompagner de lésions des chaînes sympathiques ou du plexus hypogastrique et se compliquer d'anéjaculations : chirurgie de l'imperforation anale, curage ganglionnaire rétro-péritonéal (notamment au décours de cancer du testicule), chirurgie de l'anévrisme aortique, résection rectale antérieure ou amputation abdomino-périnéale du rectum [7, 8, 19, 22, 23].

D'autres interventions entraînent des anéjaculations pour des raisons mécaniques : éjaculation rétrograde après résection trans-urétrale de prostate, adénomectomie prostatique par taille vésicale ou incision cervico-prostatique, éjaculation sèche après prostatectomie radicale ou cysto-prostatectomie totale [7, 8, 19, 22].

La sclérose en plaques se complique souvent de troubles de l'éjaculation et de l'orgasme, touchant 50% des cas dans la série de Zorzon et al. contre 63,2% de dysfonction érectile [14, 24].

L'alcool et de nombreux médicaments ont été suspectés de se compliquer d'anéjaculations, notamment les antidépresseurs et les alpha-bloquants [7, 8, 19, 22, 23]. Dans la littérature, ce sont les effets secondaires sexuels des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) - citalopram, fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine, sertraline - ou des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) - venlafaxine - qui sont les mieux documentés [9, 10, 11, 15, 16, 20]. Ces antidépresseurs sont responsables d'orgasmes tardifs ou d'anorgasmies dans des proportions non négligeables : 19,8% selon Keller Ashton et al. (série de 167 hommes - 23,4% de troubles sexuels) [10]. Selon le *Groupe espagnol d'études des dysfonctions sexuelles liées aux psychotropes*, les IRS et IRSNA se compliquent plus souvent d'orgasmes tardifs et d'anorgasmies que la mirtazapine et la moclobémide [16]. Les alpha-bloquants prescrits dans le traitement de l'adénome de prostate sont responsables d'éjaculations rétrogrades, d'orgasmes tardifs, voire d'anorgasmies : la revue de Debruyne fait état de troubles de l'éjaculation dans 4,5% des cas avec la tamsulosine et dans moins de 1% avec l'alfuzosine et la térazosine [4].

V. CONCLUSIONS

- 1) Le diagnostic d'une anéjaculation nécessite dans un premier temps d'en préciser la variété.**
- 2) Les facteurs de risque et étiologies sont le plus souvent psychologiques mais aussi neurologiques et médicamenteux lors d'anorgasmie, le plus souvent neurologiques lors des autres anéjaculations.**

- 3) Le diagnostic étiologique repose surtout sur l'interrogatoire.**
- 4) L'éjaculation rétrograde peut être idiopathique.**
- 5) L'appellation "anéjaculation psychogène", parfois employée pour désigner l'anorgasmie, devrait être réservée aux anorgasmies primaires car des facteurs de risque organiques peuvent être mis en évidence lors d'anorgasmies secondaires.**
- 6) Un bilan psychologique et une prise en charge globale sont souhaitables notamment lors d'anorgasmie car l'urologue même spécialisé en andrologie ne dépiste pas tous les facteurs de risque psychologiques.**

REFERENCES

1. BEJIN A. : L'orgasme de l'homme adulte. Quelques résultats des études quantitatives récentes sur le comportement sexuel, notamment en France. *Andrologie*, 1997, 7 : 336-342.
2. BUVAT J., LEMAIRE A., MARCOLIN G., BUVAT-HERBAUT M. : Ejaculation retardée et anéjaculation sans orgasme. A propos des résultats des explorations et du traitement dans 60 cas. *Acta Urol. Belg.*, 1989, 57 : 195-206.
3. CHEVRET-MEASSON M. : L'anéjaculation psychogène. Communication au forum d'andrologie du 92^{ème} Congrès Français d'Urologie, 17 novembre 1998, Paris.
4. DEBRUYNE F.M. : Alpha blockers : are all created equal ? *Urology*, 2000, 56 Suppl 1 : 20-22.
5. DUNSMUIR W.D., HOLMES S.A. : The aetiology and management of erectile, ejaculatory, and fertility problems in men with diabetes mellitus. *Diabet. Med.*, 1996, 13 : 700-708.
6. FUGL-MEYER A.R., SJOGREN FUGL-MEYER K. : Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18-74 year old Swedes. *Scand. J. Sexol.*, 1999, 2 : 79-105.
7. HENDRY W.F. : Disorders of ejaculation : congenital, acquired and functional. *Br. J. Urol.*, 1998, 82 : 331-341.
8. HENDRY W.F., ALTHOF S.E., BENSON G.F. et al. : Male orgasmic and ejaculatory disorders. In : Jardin A., Wagner G., Khoury S. et al. eds. *Erectile dysfunction*. Health publication Ltd, 2000, 477-506.
9. HSU J.H., SHEN W.W. : Male sexual side effects associated with antidepressants : a descriptive clinical study of 32 patients. *Int. J. Psychiatry Med.*, 1995, 25 : 191-201.
10. KELLER ASHTON A., HAMER R., ROSEN R.C. : Serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction and its treatment: a large-scale retrospective study of 596 psychiatric outpatients. *J. Sex. Marital Ther.*, 1997, 23 : 165-175.
11. LABBATE L.A., GRIMES J., HINES A., OLESHANSKY M.A., ARANA G.W. : Sexual dysfunction induced by serotonin reuptake antidepressants. *J. Sex. Marital Ther.*, 1998, 24 : 3-12.
12. LAUMANN E.O., PAIK A., ROSEN R.C. : Sexual dysfunction in the United States : prevalence and predictors. *J. Am. Med. Ass.*, 1999, 281 : 537-544.
13. LEE I.C., SURRIDGE D., MORALES A., HEATON J.P. : The prevalence and influence of significant psychiatric abnormalities in men undergoing comprehensive management of organic erectile dysfunction. *Int. J. Impot. Res.*, 2000, 12 : 47-51.
14. MATTSON D., PETRIE M., SRIVASTAVA D.K., McDERMOTT M. : Multiple sclerosis. Sexual dysfunction and its response to medications. *Arch. Neurol.*, 1995, 52 : 862-868.

15. MONTEJO-GONZALEZ A.L., LLORCA G., IZQUIERDO J.A. et al. : SSRI-induced sexual dysfunction : fluoxetine, paroxetine, sertraline, and fluvoxamine in a prospective, multicenter, and descriptive clinical study of 344 patients. *J. Sex. Marital Ther.*, 1997, 23 : 176-194.
16. MONTEJO A.L., LLORCA G., IZQUIERDO J.A., RICO-VILLADEMOROS F. : Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents : a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. *J. Clin. Psychiatry*, 2001, 62, Suppl 3 : 10-21.
17. MUNJACK D.J., KANNO P.H. : Retarded ejaculation : a review. *Arch. Sex. Behav.*, 1979, 8 : 139-150.
18. PINNOCK C.B., STAPLETON A.M., MARSCHALL V.R. : Erectile dysfunction in the community: a prevalence study. *Med. J. Aust.*, 1999, 171 : 353-357.
19. SCHUSTER T.G., OHL D.A. : Diagnosis and treatment of ejaculatory dysfunction. *Urol. Clin. North Am.*, 2002, 29 : 939-948.
20. SEGRAVES R.T. : Antidepressant-induced orgasm disorder. *J. Sex. Marital Ther.*, 1995, 21 : 192-201.
21. SHULL G.R., SPRENKLE D.H. : Retarded ejaculation reconceptualization and implications for treatment. *J. Sex. Marital Ther.*, 1980, 6 : 234-246.
22. THOMAS A.J. Jr. : Ejaculatory dysfunction. *Fertil. Steril.*, 1983, 39 : 445-454.
23. WITT M.A., GRANTMYRE J.E. : Ejaculatory failure. *World J. Urol.*, 1993, 11 : 89-95.
24. ZORZON M., ZIVADINOV R., BOSCO A. et al. : Sexual dysfunction in multiple sclerosis : a case-control study. I. Frequency and comparison of groups. *Mult. Scler.*, 1999, 5 : 418-427.

Manuscrit reçu : février 2004 ; accepté : février 2004.

ABSTRACT

Anejaculation: a study of 72 patients.

**Dominique DELAVIERRE, Marie-Hélène HAPI,
Bonaventure NSABIMBONA**

Introduction: Anejaculation is the inability to ejaculate through the urethral meatus despite the presence of adequate erection and sexual stimulation.

Material and Methods: From January 1997 to July 2002, 72 patients (age: 17 to 72 years, mean age: 43 years, 65% under the age of 50) consulted the same urologist because of anejaculation.

Results: Forty seven patients (65%) were unable to achieve orgasm (anorgasmia).

Twenty five patients were able to achieve orgasm: retrograde ejaculation (9 cases) or dry ejaculation (7 cases) (depending on the presence or absence spermatozoa in the urine after orgasm), indeterminate anejaculation (7 cases) and sluggish ejaculation (2 cases).

Psychological risk factors were detected in 30 patients (42%), neurological risk factors were detected in 34 patients (47%) (especially peripheral neuropathy after pelvic or retroperitoneal surgery or diabetes mellitus) and pharmacological risk factors were detected in 16 patients (22%) (especially selective serotonin reuptake inhibitors).

Men with anorgasmia presented psychological risk factors in 57% of cases, neurological risk factors in 36% of cases and pharmacological risk factors in 34% of cases. The percentages of these risk factors in patients with other forms of anejaculation were 12%, 68% and 0%, respectively.

Twenty five patients (35%) presented several risk factors with a psychological predominance in 14 of them.

No risk factors were detected in 11 patients (5 with retrograde ejaculation and 6 with anorgasmia), but a psychological aetiology appeared likely in 6 patients with anorgasmia, as they were able to achieve orgasm during masturbation.

70% of cases of anorgasmia therefore presented psychological risk factors or aetiologies (primary anorgasmia: 100%, secondary anorgasmia: 63%) versus 12% of patients with other forms of anejaculation.

Conclusion:

1. The diagnosis of anejaculation must include the type of anejaculation.
2. The aetiological diagnosis is based on clinical interview.
3. Risk factors and aetiologies are often psychological, but sometimes neurological or pharmacological in patients with anorgasmia, and often neurological in other forms of anejaculation.
4. The term "psychological anejaculation" should be reserved for cases of primary anorgasmia.
5. Anorgasmia requires psychological assessment.

Key words: *ejaculation, anejaculation, anorgasmia, retrograde ejaculation*