

Misleidende marketing rond vroegtijdige zaadlozing

Sinds kort is er een nieuw medicijn (dapoxetine) dat als eerste en enige een registratie heeft voor de indicatie vroegtijdige zaadlozing. Het is echter de vraag of medicatie voor deze klacht op zijn plaats is. De actuele Richtlijn Vroegtijdige zaadlozing geeft uitsluitel.¹ De richtlijn biedt genuanceerde en evidence-based informatie over de epidemiologie, diagnostiek en behandeling van deze seksuologische aandoening. Daarmee beschikt ook de huisarts over een betrouwbaar alternatief voor de eenzijdige, soms zelfs onjuiste, informatie van de fabrikant.

RICHTLIJN VROEGTIJDIGE ZAADLOZING

In de huisartsenpraktijk komt de klacht niet vaak voor: in de periode 2003-2008 was de incidentie 6,8 per 100.000 mannen.² In de Nederlandse populatie echter zou 10% van de mannen tussen 15-71 jaar ooit last hebben gehad van vroegtijdige zaadlozing.³ Net als bij andere seksuele disfuncties is er een groot verschil tussen het vóórkomen van een klacht en ermee naar de huisarts gaan. Niet alle mensen met een seksuele stoornis hebben een zorgbehoefte^{4,5} en huisartsen hebben waarschijnlijk moeite seksualiteit ter sprake te brengen. De richtlijn biedt huisartsen daartoe goede handvatten. De belangrijkste elementen van de richtlijn zijn:

- de anamnese is het belangrijkste diagnostische hulpmiddel;
- lichamelijk onderzoek is zelden noodzakelijk;
- het vaststellen van het subtype vroegtijdige zaadlozing kan richting geven aan de behandeling;
- medicamenteuze monotherapie is slechts op de primaire vorm van toepassing;
- een gecombineerde behandeling heeft de voorkeur bij de secundaire vorm en voor de twee additionele subtypes is farmacotherapie gecontraïndiceerd.

Het is dus van belang dat de huisarts binnen de groep mannen met vroegtijdige zaadlozing subgroepen kan onderscheiden. De – internationaal geaccepteerde – definitie van *primaire* vroegtijdige zaadlozing is: 1) een ejaculatie die altijd of bijna altijd optreedt voor of binnen ongeveer één minuut na vaginale penetratie, en 2) onvermogen de zaadlozing te vertragen bij alle of bijna alle vaginale penetraties, en 3) negatieve persoonlijke gevolgen, zoals spanning, ergernis, frustratie en/of het vermijden van seksuele intimiteit.¹ Daarnaast zijn er nog drie andere subtypes: de secundaire vorm die later in het leven ontstaat door bijvoorbeeld erectieproblemen, prostatitis, angst of relationele factoren en twee vormen waarbij de intra-

vaginale ejaculatielatentietijd (IELT) erg variabel is (natuurlijk variabele vroegtijdige zaadlozing) of waarbij de IELT meer dan gemiddeld is, maar de man zichzelf labelt als iemand die te snel klaarkomt (vroegtijdigachtige zaadlozingsstoornis).

In de richtlijn heeft medicatie een beperkte en goed omschreven plaats in de behandeling, namelijk slechts (levenslang) geïndiceerd bij de primaire vorm van vroegtijdige zaadlozing die per definitie maar bij 2 tot 3% van de mannelijke bevolking voorkomt. Van de beschikbare medicatie is het gebruik van paroxetine (dagelijks 20 mg) het meest effectief gebleken (8- tot 11-voudige toename van de IELT) en voor deze indicatie *off label*. Dapoxetine kan ‘zo nodig’ worden voorgeschreven, maar dit middel is minder effectief (2,5- tot 3-voudige toename van de IELT) en wordt niet vergoed. De secundaire vorm van vroegtijdige zaadlozing dient causaal te worden behandeld en de andere twee vormen kunnen met psychoeducatie of psychologische behandeling worden behandeld.

De behandeling kan in de eerste lijn plaatsvinden. Alleen bij comorbide urologische problemen (zelden) verwijst de huisarts naar een uroloog. Indien psychologische of relationele behandeling noodzakelijk is (meestal), verwijst de huisarts naar een seksuoloog van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie.

MISLEIDING

De hier kort geschetste wetenschappelijke nuancering en seksuologische werkelijkheid wordt momenteel door de fabrikant van dapoxetine geweld aangedaan door publieksreclame en ‘educatie’ van de huisarts. De producent van dapoxetine staat daarin overigens niet alleen. Uit een (niet-gesponsorde) review van tien onderzoeken naar de invloed van farmaceutische informatie op de kwaliteit van het voorschrijven door artsen, blijkt dat onder invloed van die informatie de kwaliteit van voorschrijven verslechterde bij vijf onderzoeken, onduidelijk was bij vier onderzoeken en gemengde resultaten had bij één onderzoek.⁶ De belangrijkste nadelen van publiekscampagnes zijn het onterecht bombarderen van niet-zieke burgers tot patiënten met een probleem en het fout informeren of misleiden van patiënten en dokters.^{7,8} Beide negatieve factoren zijn nadrukkelijk aanwezig in de publiekscampagne van de fabrikant van dapoxetine die in najaar 2012 is gestart met een factsheet, een nieuwsbericht in het *Algemeen Dagblad* en de website www.meeroverpe.nl (pe staat voor premature ejaculatie). Ik geef enkele citaten uit die campagne als voorbeeld.

Citaat 1

Eén op de vijf mannen heeft last van PE.

Onjuist. De richtlijn vermeldt in de epidemiologische paragraaf duidelijk dat de prevalentie een spreiding heeft van 3% (prevalentie van primaire vroegtijdige zaadlozing) tot 30% (prevalentie van de som van de prevalenties van de vier typen

Praktijk de Huisarts en Groene Hart Ziekenhuis, W. Barentszlaan 32, 2803 XP Gouda; P.M. Leusink, huisarts, seksuoloog NVVS • Correspondentie: leusinkp@knmg.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: de afgelopen vijf jaar werd vergoeding ontvangen voor diverse nascholingsactiviteiten door Eli Lilly, Bayer, MSD en Menarini.

vroegtijdige zaadlozing) met een level of evidence 3b. De prevalentie waarop de fabrikant zich baseert, komt uit één onderzoek die niet in de epidemiologische paragraaf van de richtlijn staat.⁹ De spreiding in prevalentie heeft dus niet alleen met de aard van de definitie te maken, maar ook met de methodiek van onderzoek. Met name de zelfrapportageonderzoeken scoren hoger dan onderzoeken die de IELT meten. Er zijn geen betrouwbare prevalentiecijfers te geven, de reclameslogan '1 op de 5' is zeker niet evidence-based.

Citaat 2

*Veel van deze mannen komen binnen 3 minuten na de penetratie klaar. Zo'n 3 tot 4 procent van de gevallen zelfs binnen 30 seconden.*¹⁰

Deze mededeling in een landelijk dagblad (gecheckt door een prominent neuropsychiater) is per definitie onjuist. De gemiddelde IELT varieert van 5,4 tot 6 minuten met een afkapwaarde rond het tweede percentiel van 1 minuut. De farmaceut rekt deze tijd graag op: *Bij enquêtes die zijn gehouden onder de mannelijke bevolking (...) gaven mannen zonder PE gemiddeld ongeveer 7 minuten op.* In elk geval heeft per definitie 2% van de mannelijke populatie een IELT van 1 minuut of minder. In de ogen van de farmaceut staat echter elke vroegtijdige zaadlozing gelijk aan de primaire vorm, zoals ook blijkt uit de volgende farmaceutische mededeling.

Citaat 3

PE werd oorspronkelijk enkel beschouwd als een psychologisch probleem. Tientallen jaren zijn patiënten uitsluitend behandeld met gedragstherapie en cognitieve therapie. Echter, onderzoek wijst uit dat PE een lichamelijke medische aandoening is.

Ook deze bewering is pertinent onjuist. Conform de richtlijn kan serotoninedisregulatie als etiologische hypothese voor de vroegtijdige zaadlozing slechts een klein percentage (2 tot 5%) van de klachten van vroegtijdige zaadlozing in de algemene bevolking verklaren, namelijk alleen voor de primaire vorm. De andere twee groepen worden op de educatieve site van de farmaceut nooit genoemd, terwijl deze groepen juist behandeld moeten worden met psycho-educatie, normaliseren en zo nodig psychologische begeleiding. Bij deze patiënten is het geven van medicatie gecontra-indiceerd.

De farmaceut leert de mannelijke bevolking echter: *Voor een correcte diagnose en behandeling wordt hoe dan ook met klem een medisch consult aanbevolen. En: Alleen een arts kan vaststellen of er sprake is van PE en indien nodig een goede behandeling voorschrijven.* Ook dit is onjuist. Er is zelden een medische reden voor en medicatie is zelden noodzakelijk. De beste diagnostiek en behandeling komt van een seksuoloog die de totale biopsychosociale omvang van het probleem bekijkt.

Citaat 4

Mocht de man dan nog niet overtuigd zijn van de noodzaak naar een arts te gaan en mocht hij toch niet de primaire vorm van vroegtijdige zaadlozing hebben, dan heeft de website tot slot nog iets in petto om de man te verleiden medicatie te gaan gebruiken.

Een vrouw krijgt pas een orgasme na gemiddeld 10 tot 20 minuten seks. (..) Daarvoor zal hij zijn opwindingslang onder controle moeten houden dat de vrouw lang genoeg tijd voor genot heeft beleefd.

Waarom mannen daarvoor naar een arts moeten? Overigens komt slechts eenderde van de vrouwen tot een clitoraal orgasme via coïtus (want een vaginaal orgasme bestaat niet, het is de achterzijde van de clitoris die vaginaal wordt geprikkeld).

CONCLUSIE

De huisarts en het publiek worden bewust niet goed geïnformeerd, zo erkent de farmaceut ook zelf. De website vermeldt: 'Menarini Farma Nederland N.V. spant zich in redelijkheid in om correcte, actuele informatie op te nemen, maar biedt geen garantie of verklaring met betrekking tot de juistheid ervan.' Dat de farmaceut die garantie niet kan geven is onmogelijk met een adviesraad waarin vooraanstaande experts zitten, die nota bene een actuele richtlijn tot hun beschikking hebben. Sommige informatie op de site is dan ook niet anders dan bewuste misleiding. ■

LITERATUUR

- 1 Leusink P, Waldinger M, Laan E, Van Lankveld J, Meuleman E, Reisman C, et al. Richtlijn Vroegtijdige zaadlozing. Ned Tijdschr Geneesk 2012;156:A5344.
- 2 Kedde H, Donker G, Leusink P. Incidentie van seksuele functieproblemen. Huisarts Wet 2013;56:62-5.
- 3 Kedde H. Seksuele disfuncties in Nederland: prevalentie en samenhangende factoren. Tijdschr Seksuol 2012;36:98-108.
- 4 Picavet C, Tonnon S, Franssens D, Wijsen C. Hulpzoekgedrag en route naar zorg bij seksuele problemen. Tijdschr Seksuol 2012;36:3-11.
- 5 Vanwesenbeeck I, Zaagsma M, Bakker F. Seksuele gezondheid, zorgbehoefte en zorggebruik in perspectief. In: Bakker F, Vanwesenbeeck I, redactie. Seksuele gezondheid in Nederland. Delft: Eburon; 2007.
- 6 Spurling GK, Mansfield PR, Montgomery BD, Lexchin J, Doust J, Oltman D, et al. Information from pharmaceutical companies and the quality, quantity, and cost of physicians' prescribing: a systematic review. PLoS Med 2010;7:1-22.
- 7 Frosch DL, Grande D, Tarn DM, Kravitz RL. A decade of controversy: balancing policy with evidence in the regulation of prescription drug advertising. Am J Public Health 2010;100:24-32.
- 8 Murray E, Lo B, Pollack L, Donelan K, Lee K. Direct-to-consumer advertising: physicians' views of its effects on quality of care and the doctor-patient relationship. J Am Board Fam Pract 2003;16:513-24.
- 9 Porst H, Montorsi F, Rosen RC, Gaynor L, Grupe S, Alexander J. The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey: prevalence, comorbidities, and professional help-seeking. Eur Urol 2007;51:816-23; discussion 824.
- 10 [Http://www.ad.nl/ad/nl/4560/Gezond/article/detail/3520536/2013/10/03/Nieuw-pilletje-voorkomt-vroegtijdige-zaadlozing.dhtml](http://www.ad.nl/ad/nl/4560/Gezond/article/detail/3520536/2013/10/03/Nieuw-pilletje-voorkomt-vroegtijdige-zaadlozing.dhtml).