

# Leczenie zaburzeń erekcji za pomocą aparatu próżniowego

Treatment of erectile dysfunction  
 with external vacuum device

Krzysztof Kałużny

Centrum Edukacji Psychologiczno-Seksuologicznej

## Streszczenie

*Aparat próżniowy jest bezpieczną i w większości przypadków skuteczną metodą leczenia zaburzeń erekcji. Może być stosowany zarówno pojedynczo, jak i w połączeniu z innymi sposobami. Istnieje niewiele przeciwwskazań dotyczących tej metody, a działania niepożądane, jeżeli się pojawiają, występują na średnim poziomie. Mężczyźni, którzy zaprzestali korzystania z urządzenia próżniowego, czynili to na początku leczenia.*

**Słowa kluczowe:** zaburzenia erekcji, aparat próżniowy, działania niepożądane

## Abstract

*The vacuum device is a safe and — in most cases — a successful method of helping patients with erection problems. It can be used as an only method or can be combined with other alternative methods. There are few situations where the use of the pump cannot be recommended and any side effects that have been noted are considered to be average. Those who give up using the vacuum device do so in the early stages of the treatment.*

**Key words:** erectile dysfunction, vacuum device, side-effects

Mimo że aparat próżniowy znano już dużo wcześniej, dopiero na początku lat 80. ubiegłego stulecia pojawił się w sprzedaży. W tym czasie został też dopuszczony i zaaprobowany przez amerykańskie Biuro do spraw Leków i Żywności (FDA, *Food and Drug Administration*) [1].

Do przybliżenia aparatu próżniowego środowisku medycznemu przyczyniły się badania Nadiga [2] i Witheringtona [1], które zapoczątkowały włączenie go do leczenia zaburzeń erekcji.

## Aparat próżniowy i techniki jego użycia

Aparat próżniowy to przezroczysty walec, który z jednej strony jest zamknięty, a z drugiej otwarty tak,

by można było umieścić w nim wiotki członek. Po zamkniętej stronie cylindra znajduje się mechanizm wywołujący ujemne ciśnienie wewnątrz aparatu, uruchamiany ręcznie bądź elektrycznie (ryc. 1).

Istotnym elementem urządzenia próżniowego jest elastyczny pierścień zaciskający, uniemożliwiający odpływ krwi z ciał jamistych. Erekcję prącia uzyskuje się dzięki ujemnemu ciśnieniu, które ściąga krew do ciał jamistych.

Zastosowanie urządzenia próżniowego obejmuje zwykle następujące etapy:

- umieszczenie prącia w stanie wiotkim w cylindrze;
- uruchomienie urządzenia i usunięcie powietrza z cylindra;
- umiejscowienie pierścienia zaciskającego na prąciu.

Po zastosowaniu tego urządzenia erekcja następuje średnio w czasie od 30 sekund do 7 minut [2, 3]. Zaleca się, by czas utrzymania pierścienia na członku nie był dłuższy niż 30 minut ze względu na potencjalne działania niepożądane. Z tego samego powo-

### Adres do korespondencji:

Krzysztof Kałużny  
 Centrum Edukacji Psychologiczno-Seksuologicznej  
 ul. Abramowskiego 13, 51–663 Wrocław  
 tel. 514 784 550  
 e-mail: centrum.esp@wp.pl  
 Nadesłano: 12.11.2006

Przyjęto do druku: 10.01.2007



Rycina 1. Aparat próżniowy

du nie powinno się przekraczać ciśnienia wewnątrz cylindra powyżej 200 mm Hg [1].

Warto również powiedzieć, że jeszcze przed uruchomieniem aparatu próżniowego na brzegi cylindra, ewentualnie na podbrzusze mężczyzny, należy nanieść odpowiedni żel, natomiast sam pierścień powinno się umieścić na otwartym zakończeniu cylindra. Żel uszczelnia przestrzeń między cylindrem a podbrzuszem mężczyzny, a zatem — zwiększa skuteczność urządzenia.

Aparat próżniowy nie jest skomplikowanym urządzeniem i poza sporadycznymi przypadkami mężczyźni nie mają kłopotów z jego stosowaniem. Kilka praktycznych sesji wystarczy, by mogli się nim skutecznie posługiwać [4, 5].

## Skuteczność terapii

Wiele badań wskazuje na wysoką skuteczność aparatu próżniowego w leczeniu zaburzeń erekcji.

Spośród 1517 mężczyzn w wieku 25–90 lat, którzy posługiwali się urządzeniem, aż 92% uzyskiwało odpowiednią erekcję. Wynik ten zasługuje na uwagę zwłaszcza, gdy weźmie się pod uwagę, że mężczyźni biorący udział w badaniach mówili o braku aktywności seksualnej trwającej od 6 miesięcy do 10 lat [3].

Uczestnicy innych badań korzystali z aparatu próżniowego średnio przez 7,9 miesiąca. U około 80% mężczyzn zanotowano satysfakcję z obrzmienia i sztywności członka. Podobny procent regularnie korzystał z urządzenia [5].

Podobny wynik w badaniach nad skutecznością aparatu próżniowego wśród tych mężczyzn, którzy korzystali z niego przez 6 lub 12 miesięcy, uzyskała

Turner i wsp. [6, 7]. Wśród tych pierwszych wynik sięgnął 89%, w drugim przypadku było to 87%.

W badaniach długoterminowych, w których mężczyźni korzystali średnio przez 27,6 miesiąca zdecydowana większość z nich, ale także ich partnerek, była zadowolona z aparatu próżniowego [8].

W innych tego typu badaniach uzyskano wyniki znacznie odbiegające od cytowanych powyżej — wśród mężczyzn, którzy posługiwali się aparatem próżniowym średnio przez 37 miesięcy, tylko 35% z nich było zadowolonych z urządzenia próżniowego [9].

Aparat próżniowy może być wykorzystywany w leczeniu zaburzeń erekcji krótko- lub długoterminowo. Kiedy w obu przypadkach porównano takie parametry, jak: satysfakcję pacjenta, satysfakcję partnera, jakość erekcji oraz działania niepożądane, wyniki okazały się podobne. Całkowite zadowolenie z uzyskanej erekcji w obu grupach przekraczało 90% [10]. Konkluzją może być więc stwierdzenie, że metoda ta w żaden sposób nie jest ograniczona czasowo.

Skuteczność metody próżniowej ocenia się na 78–92% [3, 5, 10]. Kiedy mężczyźni są z niej zadowoleni, korzystają z niej regularnie. Jeśli nie, zwykle zaprzestają jej użycia zaraz na początku leczenia [9] — większość z nich w pierwszych 3 miesiącach stosowania [4, 5].

Warto dodać, że nie wszystkie badania świadczą o tak wysokiej skuteczności aparatu próżniowego. Niektóre wyniki są na znacznie niższym poziomie i nie przekraczają 30% [11].

Zwrócono uwagę, że uzyskanie erekcji nie jest równoznaczne z powodzeniem terapii. Niektórzy mężczyźni, nawet jeśli uzyskują odpowiednią erekcję, nie zawsze kontynuują leczenie [11]. Specyfika samej metody okazuje się na tyle skutecznym hamulcem, że zaprzestają oni korzystania z urządzenia.

Podkreśla się, że etiologia zaburzeń erekcji wpływa na powodzenie w leczeniu. Mniejsze zadowolenie uzyskano w przypadkach radykalnej prostatektomii [12]. Lepsze efekty, czyli sztywność członka oraz wyższą częstotliwość stosunków płciowych, dało użycie aparatu próżniowego w przypadku wycieku żylnego niż w cukrzycy czy zaburzeniach neurologicznych [13].

Skuteczność aparatu próżniowego przekłada się również na zadowolenie partnerów, których satysfakcję ocenia się mniej więcej na 80% [13].

## Porzucenie terapii

Około 20% [6, 7] pacjentów zaprzestaje korzystania z aparatu próżniowego. Przyczynami takiego postępowania są przede wszystkim brak zdolności do

uzyskania erekcji lub ból, a także przyczyny niezwiązane z samym urządzeniem, takie jak na przykład problemy małżeńskie [5].

W badaniach długoterminowych Dutty i Eida [9], w których zanotowano największy procent mężczyzn porzucających terapię próżniową (65%), trzema głównymi powodami rezygnacji z aparatu próżniowego, obejmującymi 92% badanych, były: nieskuteczność urządzenia, kłopotliwość stosowania oraz zbyt duży ból.

## **Aparat próżniowy a iniekcje do ciał jamistych**

W badaniach porównywano skuteczność działania aparatu próżniowego oraz iniekcji do ciał jamistych. Wyniki ich nie są jednoznaczne. Wskazano, że obie metody są skuteczne w leczeniu zaburzeń erekcji, a procent mężczyzn rezygnujących z leczenia w obu przypadkach był na podobnym poziomie [14]. Według innych badań 20% mężczyzn porzuca aparat próżniowy, a aż 60% iniekcje do ciał jamistych, co może oznaczać, że mężczyźni preferują zwykle pierwszą metodę i dzięki niej osiągają większe zadowolenie. Na iniekcje do ciał jamistych zwykle decydują się młodszy mężczyźni o krótszym okresie trwania zaburzenia [11].

Kiedy iniekcje okazują się mało efektywne, zastosowanie aparatu przynosi wymierne korzyści. Po takim postępowaniu u 21 spośród 22 mężczyzn odnotowano odpowiednią erekcję [15].

## **Wskazania oraz przeciwwskazania do korzystania z aparatu próżniowego**

Urządzenie próżniowe może być wykorzystywane w chronicznych lub tylko okazjonalnych zaburzeniach erekcji bez względu na ich etiologię [16]. Można je stosować wraz z pierścieniem zaciskającym, kiedy jest podejmowany stosunek płciowy, ale również bez pierścienia jako swoisty „trener potencji w celu wyćwiczenia rozszerzenia naczyń krwionośnych” [17].

Zauważono, że metodę próżniową preferują starsi mężczyźni [11]. Zaleca się ją mężczyznom charakteryzującym się słabym zdrowiem i tym z nich, którzy podejmują tylko sporadyczne stosunki płciowe [18]. Z aparatu próżniowego korzystają także mężczyźni, u których powodem pojawienia się zaburzeń erekcji są uszkodzenia kręgosłupa [11].

Skuteczność aparatu próżniowego potwierdzono również u tych pacjentów, którym usunięto protezę członka [19, 20] lub u chorych na cukrzycę. W badaniach Price i wsp. [21] 75% mężczyzn chorych na cukrzycę było zadowolonych z erekcji osiągniętej za po-

mocą aparatu próżniowego. Korzystali oni z urządzenia 5,5 razy w miesiącu.

Metoda ta znalazła też swoje miejsce w leczeniu zaburzeń erekcji w następstwie prostatektomii [12]. Użyty w takim przypadku aparat próżniowy nie tylko przyspiesza powrót funkcji erekcyjnych [22], co umożliwia odbyte stosunku płciowego, ale zapobiega również zwłóknieniu prącia [23]. Aparat próżniowy w takich przypadkach może przynieść korzyści również z innego powodu: po radykalnej prostatektomii może dojść do skrócenia długości prącia [24, 25], a uwzględnienie urządzenia próżniowego w terapii może minimalizować wspomniane skutki. Zauważono, że u tych pacjentów, u których zanotowano powrót funkcji erekcyjnych, zanotowano też znaczącą poprawę w długości prącia [26].

Terapia próżniowa może być zalecana tym mężczyznom, którzy dotychczas korzystali z iniekcji do ciał jamistych, a którzy odbywają stosunki płciowe częściej niż dwa razy w tygodniu [15].

Niewiele jest przeciwwskazań do korzystania z aparatu próżniowego. Ostrożność powinni zachować mężczyźni, u których stwierdzono:

- zaburzenia krzepnięcia krwi;
- niewyjaśniony priapizm.

Wymienić można tu również mężczyzn z chorobą Peyroniego, zaznaczając, że przeciwwskazaniem mogą być przede wszystkim przypadki ekstremalnego skrzywienia prącia [16].

## **Działania niepożądane**

Działania niepożądane, jakich może doświadczyć pacjent, korzystając z aparatu próżniowego, to w pierwszej kolejności:

- blokowanie ejakulacji;
- odczuwany ból podczas uzyskiwania podciśnienia w cylindrze lub podczas samego stosunku płciowego;
- zasinienia oraz podbiegnięcia krwawe.

Wspomniane działania niepożądane występują odpowiednio w 12–39% [3, 4, 6], 10–41% [4, 6, 8] oraz 9–39% [2–4]. Oprócz nich występują także: skręcenie członka przy jego nasadzie, odrętwienie czy uszkodzenia skóry [11].

Do wyjątkowych należą te sytuacje, kiedy aparat próżniowy jest przyczyną poważnych komplikacji: pojawienia się zgorzeli [27], martwicy skóry lub krwawienia z cewki moczowej [28, 29].

Warto dodać, że to nie samo urządzenie jest przyczyną tak poważnych powikłań, tylko pierścień zaciskający, który zwykle jest odpowiedzialny za wystąpienie działań niepożądanych z powodu przekroczenia przez pacjenta czasu utrzymania pierścienia

zaciskającego ponad zalecaną normę 30 minut. Należy brać pod uwagę, że podczas utrzymania pierścienia na członku dochodzi do zmniejszenia przepływu krwi, a temperatura skóry członka spada średnio o 0,96°C. [2]. Wspomniano również o możliwości pojawienia się w tym czasie niedokrwienia członka [30].

Nie powinno to jednak być powodem obaw i niepokoju, ponieważ już minutę po zdjęciu pierścienia z nasady członka następuje powrót do normalnej wartości penobriachalnego indeksu ciśnienia krwi [15].

Pierścień zaciskający jest istotnym elementem terapii próżniowej, ponieważ wpływa na jej bezpieczeństwo i skuteczność. Aby oba te czynniki zostały spełnione, musi on zostać odpowiednio umiejscowiony na prąciu i odpowiednio dobrany. Gdy pierścień jest za mały, może być powodem bólu czy innych działań niepożądanych. Zbyt duży będzie natomiast powodował odpływ krwi z ciał jamistych. Utrzymanie erekcji w takich przypadkach może być utrudnione bądź wręcz niemożliwe, zwłaszcza gdy są to zaburzenia erekcji o głębokim nasileniu [11].

W większości przypadków działania niepożądane, jeśli się pojawiają, występują na niskim poziomie, dlatego nie powinny być problemem dla mężczyzn korzystających z aparatu próżniowego [16]. Ponad połowa z nich nie doświadcza żadnych działań niepożądanych i kontynuuje leczenie [8].

## Podsumowanie

W przypadku większości zaburzeń erekcji metoda próżniowa okazuje się skuteczna [3, 6]. Dzięki niej można uzyskać i utrzymać odpowiednią erekcję, co umożliwia odbycie satysfakcjonującego stosunku płciowego. U pacjentów, którzy korzystali z aparatu próżniowego, odnotowano szybszy powrót spontanicznych erekcji, poprawę samooceny oraz stanu psychicznego [31] (tab. 1).

Inhibitory fosfodiesterazy typu 5 (PDE-5, *phosphodiesterase type 5 inhibitor*) okazały się prawdziwą rewolucją w leczeniu zaburzeń erekcji. Nie zmienia to jednak faktu, że w przypadku niektórych etiologii

ich skuteczność jest mniejsza [12], co dotyczy także innych metod. Zatem aparat próżniowy może być alternatywą wobec nich, kiedy te okazały się nieskuteczne, ale również, kiedy istnieją wobec ich stosowania jakies przeciwwskazania. Kiedy pacjent odczuwa brak zadowolenia z osiągniętej erekcji, aparat próżniowy może być wykorzystany w leczeniu zaburzeń erekcji nie tylko pojedynczo i traktowany jako monoterapia, ale także w połączeniu z innymi metodami. Może on być łączony z syldenafilem, co zwiększa zadowolenie z jakości erekcji [32]. Wzrost zadowolenia z uzyskanej erekcji zaobserwowano po połączeniu aparatu próżniowego z psychoterapią czy iniekcjami do ciał jamistych [11].

Urządzenie próżniowe można włączyć do programu rehabilitacji seksualnej po prostatektomii, co sprawia, że leczenie jest krótsze i bardziej efektywne.

Przeszkodą w leczeniu zaburzeń erekcji za pomocą aparatu próżniowego może być jego wysoka cena. Należy jednak uwzględnić, że jest to zakup jednorazowy na cały okres terapii. Koszty środków farmaceutycznych mogłyby być dużo wyższe.

Kiedy lekarz zamierza zaproponować pacjentowi aparat próżniowy, nie powinien zapomnieć o poinformowaniu go o możliwych działaniach niepożądanych, o utrudnionej ejakulacji lub jej braku, ale też, że sama jakość erekcji może być inna niż on się spodziewa.

Musi również pamiętać o przekazaniu pacjentowi dokładnej instrukcji oraz zasad działania urządzenia. Niektórym pacjentom może to nie wystarczyć i potrzebne mogą się okazać praktyczne sesje, które umożliwią im prawidłowe posługiwanie się urządzeniem. Warto też zwrócić uwagę, czy i w jakim związku jest mężczyzna, czy akceptuje on terapię próżniową oraz jaki jest stosunek jego partnerki do wspomnianej metody, ponieważ aktywne uczestnictwo partnerki w terapii zawsze zwiększa jej skuteczność [31].

Wszystkie wspomniane informacje, praktyczne sesje, dzięki którym pacjent będzie mógł uniknąć błędów w korzystaniu z aparatu próżniowego, mogą zapobiec odrzuceniu terapii.

W korzystaniu z aparatu próżniowego bardzo dużo mogą pomóc dokładne instrukcje dołączane do niego przez ich producentów lub dystrybutorów. Często dołączają oni kasetę instruktażową, na której pacjent może prześledzić kolejne etapy stosowania aparatu próżniowego.

Metody próżniowej nie należy traktować jako konkurencyjnej wobec innych sposobów. Takie podejście jest mało rozsądne, ponieważ, obok środków doustnych, iniekcji do ciał jamistych czy metod chirurgicznych, jest ona jedną z metod leczenia zaburzeń erekcji. Daje większe możliwości zarówno pacjentowi, jak i lekarzowi, a jej skuteczność jest wystarczającym argumentem, by z niej korzystać.

**Tabela 1. Zalety i wady metody próżniowej**

Zalety metody próżniowej	Wady metody próżniowej
Nieinwazyjność	Utrata spontaniczności
Wysoka skuteczność	Uczucie „zimnego członka”
Niska cena (przy długofalowym leczeniu)	Nienaturalna erekcja

## Piśmiennictwo

1. Witherington R. The Osbon EredAid system in the management of erectile impotence. *J. Urol.* 1985; 133: 190A.
2. Nadig P.W., Ware J.C., Blumoff R. Noninvasive device to produce and maintain an erection-like state. *Urology* 1986; 27 (2): 126–131.
3. Witherington R. Vacuum constriction devices for management of erectile impotence. *J. Urol.* 1989; 141: 320–322.
4. Baltaci S., Aydos K., Kosar A., Anfarta K. Treating erectile dysfunction with a vacuum tumescence device: a retrospective analysis of acceptance and satisfaction. *Brit. J. Urol.* 1995; 76 (6): 757–760.
5. Sidi A.A., Becher E.F., Zhang G., Lewis J.H. Patient Acceptance of and satisfaction with anexternal negative pressure device for impotence. *J. Urol.* 1990; 144 (5): 1154–1146.
6. Turner L.A., Althof S.E., Levine S.B. i wsp. Treating erectile dysfunction with external vacuum devices: impact upon sexual, psychological and marital functioning. *J. Urol.* 1990; 144 (1): 79–82.
7. Turner L.A., Althof S.E., Levine S.B., Bodner D.R., Kursh E.D., Resnick M.L. External vacuum devices in the treatment of erectile dysfunction: a one — year study of sexual and psychosocial impact. *J. Sex Marital. Ther.* 1991; 17 (2): 81–93.
8. Derouet H., Caspari D., Rohde V., Rommel G., Ziegler M. Treatment of erectile dysfunction with external vacuum devices. *Andrologia* 1999; 31 (supl. 1): 89–94.
9. Dutta T.C., Eid J.F. Vacuum constriction device for erectile dysfunction: long-term, prospective study of patients with mild, moderate, and severe dysfunction. *Urology* 1999; 54 (5): 891–993.
10. Cookson M.S., Nadig P.W. Long-term results with vacuum constriction device. *J. Urol.* 1993; 149: 290–294.
11. Kałużny K., Frąckiewicz A. Aparat próżniowy w leczeniu zaburzeń erekcji (w przygotowaniu).
12. Kava B.R., FACS M.D. Advances in the management of post-radical prostatectomy erectile dysfunction :treatment strategies when PDE-5 inhibitors don't work. *Rev. Urol.* 2005; 7 (supl. 2): S39–S50.
13. Vrijhof H.J.E.J., Delaere K.P.J. Vacuum constriction devices in erectile dysfunction: acceptance and effectiveness in patients with impotence of organicor mixed aetiology. *Brit. J. Urol.* 1994; 74 (1): 102–105.
14. Soderdahl D.W., Trasher J.B., Hansberry K.L. Intracavernosal drug-induced erection therapy versus external vacuum devices in the treatment of erectile dysfunction. *Brit. J. Urol.* 1997; 79 (6): 952–957.
15. Marmar J.L., De Benedictis T.J., Prais D.E. The use of vacuum constrictor device to augment a partial erection following an intracavernous injection. *J. Urol.* 1988; 140 (5): 975–979.
16. Lewis R.W., Witherington R. External vacuum therapy for erectile dysfunction. *World J. Urol.* 1997; 15: 78–82.
17. Colombo F., Cogni M., Deiana G.M. i wsp. Vacuum therapy. *Arch. Ital. Urol. Nefrol. Androl.* 1992; 64 (3): 267–269.
18. Hatzimouratidis K., Hatzichristou D.G. A comparative review of the options for treatment of erectile dysfunction :which treatment for which patient? *Drugs* 2005; 65 (12): 1621–1650. Review
19. Korneman S.G., Viosca S.P. Use of vacuum tumescence device in the management of impotence in men with a history of penile implant or severe pelvic disease. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1992; 40 (1): 61–64.
20. Moul J.W., McLeod D.G. Negative pressure devices in the explanted penile prosthesis population. *J. Urol.* 1989; 142: 729–731.
21. Price D.E., Cooksey G., Jehu D., Bentley S., Hearnshaw J.R., Osborn D.E. The management of impotence in diabetic men by vacuum therapy. *Diab. Med.* 1991; 8 (10): 964–967.
22. Raina R., Klepacz H., Agarwal A., Zippe C.D. Early use of vacuum constriction device(VCD) following radical prostatectomy (RP) facilitates early sexual activity and potential return of erection. Program and abstracts of the 97<sup>th</sup> Annual Meeting of the American Urological Association; May 25–30. 2002; Orlando, Florida, Abstract 1099.
23. Zippe C.D., Raina R., Thukral M., Lakin M.M., Klein E.A., Agarwal A. Management of erectile dysfunction following radical prostatectomy. *Curr. Urol. Reports* 2001; 2 (6): 495–503.
24. Munding M.D., Wessels H.B., Dalkin B.L. Pilot study of changes in stretched penile length 3 month after radical prostatectomy. *Urology* 2001; 58: 567–569.
25. Savoie M., Kim S.S., Soloway M.S. A prospective study measuring penile length in men treated with radical prostatectomy for prostate cancer. *J. Urol.* 2003; 169 (4): 1462–1464.
26. Huber N., Wood C., Babajan R. i wsp. Recovering penile length and erectile function following radical prostatectomy. Program and abstracts of the Sexual Medicine Society of North America Fall Meeting; November 17–20.2005 New York, Abstract 601.
27. Theis M., Hofmockel G., Frohmuller H.G. Fournier's gangrene in patient with erectile dysfunction following use of a mechanical erection aid device. *J. Urol.* 1995; 153 (6): 1921–1922.
28. Ganem J.P., Lucey D.T., Janosko E.O., Carson C.C. Unusual Complications of the vacuum erection device. *Urology* 1998; 627–631.
29. Hakim L.S., Munarriz R.M., Kulaksizoglu H., Nehra A., Udelson D., Goldstein I. Vacuum erection associated impotence and Peyronie's disease. *J. Urol.* 1996; 155: 534–535.
30. Katz P.G., Haden H.T., Mulligan T., Zasler N.D. The effect of vacuum devices on penile hemodynamics. *J. Urol.* 1990; 143 (1): 55–56.
31. Althof S.E., Turner L.A., Levine S.B., Bodner D.R., Kursh E.D., Resnick M.L. Through the eyes of women: the sexual and psychological responses of women to their partner's treatment with self- injection or external vacuum therapy. *J. Urol.* 1992; 147: 1024–1027.
32. Martin M.M. Enhancement effect of external vacuum device in patients on maximum dosage of sildenafil. Prezentowany na 3 Annual Meeting of the Sexual Medicine Society of North America. 07.12.2001.