

## CARTAZ COM DISCUSSÃO

### CA01 - SHOULD DETRUSOR UNDERACTIVITY PRECLUDE A PROSTATIC DEOBSTRUCTIVE SURGERY IN MEN WITH CHRONIC URINARY RETENTION?

Luís Vale<sup>2</sup>; Pedro Mendes<sup>2</sup>; Pedro Vale<sup>3</sup>; Ana Charrua<sup>1</sup>; Tiago Antunes-Lopes<sup>2</sup>; João Silva<sup>2</sup>; Carlos Martins-Silva<sup>2</sup>; Paulo Dinis<sup>2</sup>; Francisco Cruz<sup>2</sup>

1 - Faculty of Medicine/i3S of Porto; 2 - Department of Urology, Centro Hospitalar Universitário São João; 3 - Ucp S. Neutel

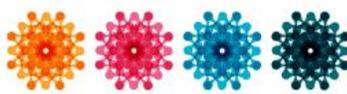
**Introdução:** Chronic bladder outlet obstruction (BOO) significantly disrupts bladder structure, ultimately leading to severe functional impairment, which may be irreversible. Translational preclinical models of detrusor underactivity (DU) found that the bladder is able to recover after early deobstructive surgery. However, biomarkers to predict those men who may recover are yet unknown.

**Objetivos:** Herewith, we evaluated predictors of detrusor functional recovery in men with DU following chronic BOO who underwent deobstructive surgery.

**Material e métodos:** Men with benign prostatic obstruction (BPO) and chronic urinary retention (postvoid residual volume >100mL in two different evaluations) proposed for deobstructive surgery were enrolled from the outpatient clinic. Neurologic impairment, history of pelvic trauma/surgery/irradiation, and bladder or prostatic neoplasia were exclusion criteria. Evaluation included demographic, clinical (IPSS and quality of life questionnaires) and urodynamic (pressure-flow study) assessment before surgery (baseline) and at 1 year after deobstruction. DU was considered for bladder contractility index (BCI) <100. Statistical analysis was performed to identify predictors of detrusor functional recovery before surgery.

**Resultados:** Thirteen old men, with a mean age of 71±6 years, were included. At baseline, 12 patients had DU and 5 were on chronic indwelling catheter. The mean postvoid residual volume (PVR) was 239±118mL. One year after surgery, 7 out of 12 patients with DU at baseline remained underactive, while 5 recovered. Despite more than half of the patients (n=3) previously on indwelling catheter continued to show DU, only one remained catheterized. Considering predictors of detrusor functional recovery after deobstruction, we found that baseline PdetQmax was significantly higher in men that recovered (74 vs. 25; p=0,01), compared to those with DU after deobstruction. Likewise, baseline BCI and BOOI were significantly higher in the recovering group (114 vs. 46, p=0,005; 58 vs. 20, p=0,01; respectively). Other parameters (creatinine, Qmax, PVR and bladder voiding efficiency) were not able to predict functional detrusor recovery after deobstructive surgery.

**Discussão/Conclusões:** According to our findings urodynamic detrusor underactivity shouldn't preclude the decision to undergo a prostatic deobstructive surgery in man with chronic BOO. In our series, nearly 42% of the patients with DU following BPO recovered detrusor contractility after deobstructive surgery. Moreover, only 1 out of 5 patients on indwelling catheter before surgery remained catheterized. Although several urodynamic parameters (PdetQmax, BCI and BOOI) may predict recovery of detrusor function after deobstructive surgery, even patients who remain underactive can benefit from a deobstructive surgery, avoiding the need of chronic bladder catheterization. Newer molecular biomarkers are lacking to clearly identify those patients with irreversible bladder dysfunction.



## CARTAZ COM DISCUSSÃO

### CA02 - HIPOCONTRATILIDADE DO DETRUSOR EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO TRATADAS COM FITA TRANSOBTURADORA: SERÁ UM PROBLEMA?

Mariana Madanelo<sup>1</sup>; Alexandra Rocha<sup>1</sup>; Paulo Príncipe<sup>1</sup>; Avelino Fraga<sup>1</sup>; Carlos Ferreira<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Serviço de Urologia - Centro Hospitalar Universitário do Porto

**Introdução:** Em mulheres, a hipocontratilidade do detrusor coexiste, frequentemente, com incontinência urinária de esforço (IUE).

Ainda permanece por determinar a melhor forma de definir a hipocontratilidade do detrusor. Alguns parâmetros do estudo urodinâmico (EUD) usados para este efeito são a pressão do detrusor no fluxo máximo (Pdet@Qmáx) e a pressão isovolumétrica projetada (PIP) - calculada através da soma do fluxo máximo (Qmáx) com a Pdet@Qmáx. Pdet@Qmax igual ou inferior a 12 cmH2O e PIP igual ou inferior a 30 cmH2O são considerados indicadores de detrusor hipocontrátil.

A forma como a hipocontratilidade do detrusor, combinada com outras patologias, pode exacerbar sintomatologia e complicar o tratamento, com piores resultados a curto e longo prazo, ainda permanece por determinar.

**Objetivos:** O objetivo principal deste estudo foi avaliar a influência da hipocontratilidade do detrusor na existência de queixas de esvaziamento e de episódios de retenção urinária aguda (RUA) após colocação de fita transobturadora (TOT).

**Material e métodos:** Foi feito um estudo observacional retrospectivo de 182 doentes do sexo feminino submetidas a colocação de TOT para tratamento de IUE. Foram consultados os registos das consultas externas destas doentes, bem como o estudo urodinâmico realizado pré-operatoriamente.

Para além da idade, as variáveis pré-operatórias analisadas foram o resíduo pós-miccional (RPM), o Qmáx, a Pdet@Qmax e o PIP. Relativamente ao pós-operatório, foi pesquisada a presença de queixas de esvaziamento e a existência de episódios de RUA. Não foi possível colher dados de RPM pós-operatório por não ter sido pedido pelos médicos assistentes em todas as doentes.

Para análise estatística, foi utilizado o *IBM SPSS Statistics 23*, considerando-se significativo  $p < 0,05$ .

**Resultados:** A idade variou entre os 35 e os 80 anos, com uma média de 56,75 anos. Foi encontrada uma Pdet@Qmáx inferior ou igual a 12 cmH2O em 23,1% das doentes e o PIP foi igual ou inferior a 30 cmH2O em 19,8%.

Relativamente aos resultados do pós-operatório, 19,8% das doentes tiveram queixas pós-operatórias de esvaziamento. Apenas 2,7% das doentes (n=5) tiveram um ou mais episódios de RUA no pós-operatório.

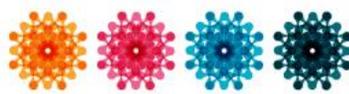
Das variáveis analisadas, foi encontrada relação estatisticamente significativa entre a idade e a Pdet@Qmax ( $p=0,012$ ) e o PIP ( $p=0,043$ ), mostrando que a idade é um fator de risco para a hipocontratilidade do detrusor.

Não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre as queixas de esvaziamento pós-operatórias e o PIP ( $p=0,241$ ) e a Pdet@Qmáx ( $p=0,186$ ).

**Discussão/Conclusões:** Estes dados permitem-nos concluir que a colocação de fita transobturadora parece ser um procedimento seguro em mulheres com sobreposição de IUE e detrusor hipocontrátil, não existindo diferença significativa nas queixas pós-operatórias e na existência de episódios de RUA entre os grupos com e sem hipocontratilidade do detrusor.

No entanto, o estudo tem algumas limitações, nomeadamente, a subjetividade dos dados colhidos no pós-operatório, tendo sido feita uma análise baseada, maioritariamente, nas queixas das doentes.

É necessária a elaboração de mais estudos prospetivos relativamente aos resultados a curto e longo prazo do tratamento cirúrgico da IUE em doentes com detrusor hipocontrátil.



### **CA03 - NOVO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA BEXIGA HIPERACTIVA IDIOPÁTICA – CESA/VASA**

Pedro Galego<sup>1</sup>; José Eduardo Cardoso De Oliveira<sup>1</sup>

*1 - Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E.*

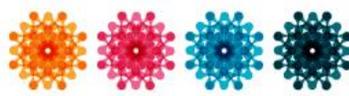
**Introdução:** Tratamento da bexiga hiperactiva de causa idiopática consiste, principalmente, na administração oral de anti-muscarínicos. No entanto, quer pelos efeitos secundários quer pela fraca (ou ausência de) resposta a este tratamento, cerca de 50% não têm “grandes” soluções terapêuticas. Esta nova técnica cirúrgica destina-se a doentes refractárias ao tratamento médico.

**Objetivos:** Avaliação retrospectiva de 58 doentes submetidas a CESA/VASA (via aberta ou via laparoscópica) entre Fev 2013 e Dez 2019. Foram avaliados: sintomatologia pré e pós-operatória, tempo cirúrgico, perda de sangue intra-operatória e complicações intra e pós-operatórias.

**Material e métodos:** Segundo o Prof. Dr. Wolfram Jäger, a Bexiga Hiperactiva Idiopática resulta da rotura dos ligamentos uterosagrados. Devem ser excluídas outras causas possíveis (Neurogénicas, Congénitas e outras). A técnica consiste numa abordagem cirúrgica por via abdominal (aberta ou laparoscópica), seguida (ou não) de histerectomia sub-total consoante o caso clínico. Após a identificação dos ligamentos uterosagrados e de S2 aplica-se retroperitonealmente a prótese (CESA/VASA) que se fixa ao colo uterino ou à cúpula vaginal e ao osso sacro (S2). Quando há prolapso dos órgãos pélvicos associado, esta técnica favorece a correcção desse problema ao fortalecer o pavimento pélvico posterior.

**Resultados:** 58mulheres (idade média:64.8anos) foram submetidas a colocação de CESA/VASA (17via ab; 41via lap). Follow-up médio:180,3sem; tempo cirúrgico médio em via ab:141m; via lap:108m. Perdas sanguíneas intra-op média:100ml. 19doentes apresentavam IUU, 12apresentavam IUM, 13tinham IUU associada POP Cúpula/Útero, 6apresentavam IUM associada POP Cúpula/Útero, 4tinham IUU associada Cistocele/Rectocele e 4apresentavam IUM associada Cistocele/Rectocele. 15doentes urinavam >15x/dia, 38urinavam 10-15x/dia e 5urinavam <10x/dia. 20doentes conseguiam atrasar micção <3m, 36entre 3-10m e 2 >10m. 12sem após a intervenção, 50doentes passaram a urinar <10x/dia e 4doentes 10-15x/dia. 47consequiam atrasar micção >10m. 7doentes, inicialmente conseguiam atrasar a micção <3m, passaram para 3-10m que representa melhoria sintomática 70%. 4doentes não tiveram melhoria das queixas (frequência/atrasar micção) consideradas falha absoluta. Avaliando queixas de IUE, às 12sem, das 22doentes com queixas de IUM, 5ficaram curadas só com CESA/VASA e 17mantiveram perdas esforços. Estas foram submetidas a TOT, às 24sem, resultando em cura. Às 24sem, 6doentes com queixas de IUU desenvolveram recidiva das queixas. Destas, 5foram submetidas a Laparoscopia Exploradora, 6-9meses após a intervenção. Realizou-se lise aderências e as 5doentes voltaram ficar curadas. As 19doentes com POP da Cúpula/Útero, às 12sem não apresentavam prolapso. Das 8doentes com Rectocele/Cistocele Grau II/III, às 12sem 4 estavam sem POP e 4 mantiveram prolapso grau II mas assintomáticas. Em 2doentes obesas houve necessidade de conversão e registou-se 1 reintervenção para controlo hemostático de hemorragia de uma porta. Em 2doentes constatou-se abscesso da parede resolvido com drenagem.

**Discussão/Conclusões:** 30 doentes (52%) estão curadas só com CESA/VASA; 47 doentes (81%) estão curadas com CESA/VASA + TOT; 7 doentes estão melhoradas sintomaticamente em cerca de 70% em relação às queixas iniciais; 4 doentes não melhoraram considerando-se falha absoluta da técnica; em 6 doentes houve recidiva às 24 semanas mas, após a lise de aderências ao nível da prótese, 5 doentes voltaram a ficar assintomáticas; 54 doentes manifestam agrado enorme com a intervenção. CESA/VASA poderá “marcar” o FUTURO da Uroginecologia no tratamento da bexiga hiperactiva idiopática.



#### CA04 - SUBSTITUIÇÃO URETERAL COM ÍLEON NA ABORDAGEM DE ESTENOSE URETERAL COMPLEXA

Joana Polido<sup>1</sup>; Ricardo Pereira E Silva<sup>1</sup>; David Martinho<sup>1</sup>; Tito Palmela Leitão<sup>1</sup>; Carolina Borges Da Ponte<sup>1</sup>; José Palma Dos Reis<sup>1</sup>; Tomé Lopes<sup>1</sup>

1 - Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

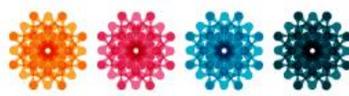
**Introdução:** A reconstrução ureteral com recurso a interposição de segmento intestinal é um procedimento elegível nos casos de estenose extensa do ureter, em que as manobras de mobilização da bexiga (ex: *Psoas hitch*) ou o seu uso para reconstrução (ex: *Boari flap*) não sejam exequíveis.

**Objetivos:** Descrição de um caso clínico de estenose ureteral grave pós-reimplantação ureteral por megaureter obstrutivo, tratada cirurgicamente com recurso a cirurgia de substituição ureteral com íleon (princípio de Yang-Monti).

**Material e métodos:** Descreve-se o caso de um doente do sexo masculino, 26 anos de idade, com antecedentes de válvulas da uretra posterior intervencionado aos 5 anos de idade. Aos 23 anos apresentava pielonefrites e cólicas renais de repetição, com estudo imagiológico mostrando ureterohidronefrose bilateral com tortuosidade ureteral exuberante e afilamento terminal dos ureteres em provável relação com hipertrofia do detrusor (megaureter obstrutivo bilateral). O renograma evidenciava função renal globalmente reduzida: rim direito (RD) 44mL/min e rim esquerdo (RE) 25mL/min - 2/3 do previsto para o sexo e idade). O estudo videourodinâmico realizado mostrava bexiga de sensibilidade e capacidade mantidas, *compliance borderline*, sem refluxo vesicoureteral. Iniciou cateterismos vesicais intermitentes, e foi submetido a reimplantação ureteral bilateral (Lich-Gregoir modificado) com *tapering* ureteral bilateral até ao nível da junção pielo-ureteral. Dois anos depois, apresentava estenose extensa do ureter terminal direito, com múltiplas intercorrências infecciosas e necessidade de colocação de nefrostomia direita, com renograma evidenciando hipofunção renal moderada à direita e ligeira à esquerda (RD 29 mL/min e RE 45mL/min). Após insucesso de dilatação ureteral endoscópica, o doente foi proposto para reimplantação ureteral direita.

**Resultados:** Intra-operatoriamente verificou-se presença de estenose extensa do ureter, desde a sua extremidade distal até cerca de 2cm da junção uretero-piélica, não sendo de possível resolução com recurso às técnicas habituais (como *Psoas hitch* ou *Boari flap*). Optou-se por realização de cirurgia de substituição ureteral com interposição de segmento de íleon terminal com cerca de 6cm (segundo princípio de Yang-Monti). O doente manteve-se algaliado durante 1 mês, com nefrostomia clampada, sem cólica. Por apresentar inicialmente suspeita de fístula urinária, o cateter ureteral duplo J foi retirado 5º mês pós-operatório, após confirmação de ausência de fístula em pielografia anterógrada e retrógrada. Posteriormente extraiu-se nefrostomia, após confirmação imagiológica (Uro-TC e pielografia) de patência do neoureter e ausência de refluxo vesico-ureteral. Mantém-se sob cateterismos vesicais intermitentes, clinicamente bem, sem intercorrências até ao momento (*follow-up* actual de 9 meses).

**Discussão/Conclusões:** A estenose do ureter constitui um desafio cirúrgico, pela elevada taxa de recidiva e complicações possíveis. A reconstrução com recurso a interposição de segmento intestinal é uma opção viável nas estenoses de grande extensão, com bons resultados a longo prazo em doentes seleccionados.



## **CA05 - INTERVENÇÃO DA FISIOTERAPIA NAS DISFUNÇÕES DO PAVIMENTO PÉLVICO DO DOENTE ONCOLÓGICO: UMA AMOSTRA DO HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO**

Filipa Pires<sup>1</sup>; Claudia Abreu<sup>1</sup>; Cristina Henriques<sup>1</sup>; Inês Santos<sup>1</sup>; Tânia Bastos<sup>1</sup>; Filipa Guimarães<sup>1</sup>; Ana Borges<sup>1</sup>; Daniela Prada<sup>1</sup>; João Morais<sup>1</sup>

1 - Hospital Beatriz Ângelo

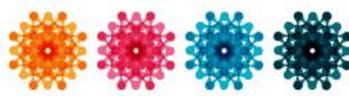
**Introdução:** Introdução: Os constantes avanços na medicina aumentam cada vez mais a esperança média de vida após um diagnóstico inicial de cancro, onde o melhor resultado oncológico está associado ao aumento da sobrevivência pós-cancro. A continência (urinária e fecal) e a função sexual estão bem documentadas como tendo um impacto muito significativo em pacientes com vários tipos de cancro. O pavimento pélvico tem um papel fundamental tanto na manutenção da continência como na função sexual.

**Objetivos:** Objectivos: (1) Caracterizar a população com disfunções do pavimento pélvico pós diagnóstico e tratamento de cancro, integradas num programa de reeducação do pavimento pélvico, (2) identificar a prevalência das disfunções específicas presentes no grupo.

**Material e métodos:** Material e Métodos: Estudo retrospectivo por consulta dos processos clínicos dos pacientes com disfunções do pavimento pélvico pós diagnóstico e tratamento de cancro que integraram o projecto de reabilitação das disfunções do pavimento pélvico, no Serviço de MFR do Hospital Beatriz Ângelo, entre Janeiro de 2018 e Dezembro de 2019. Foram excluídos todos os pacientes que não completaram o programa ou que ainda não tiveram alta.

**Resultados:** 32 pacientes, 5 mulheres e 27 homens, com média de idades 62,63±8,31 anos cumpriram os critérios de inclusão. Destes, 17 homens tinham sido submetidos a prostatectomia radical, 12 pacientes submetidos a ressecção anterior do recto com ileostomia de protecção (pós encerramento), 1 com diagnóstico de tumor da bexiga, 1 com tumor do canal anal e 1 com adenocarcinoma da sigmoide. 20 pacientes apresentavam sintomas de incontinência urinária e 14 incontinência fecal. No final do programa de intervenção 29 pacientes (90,63%) encontravam-se muito melhores, com redução das perdas involuntárias (urina, fezes e gases), melhor controlo dos episódios de urgência, redução do número de pensos/fraldas e melhoria da qualidade de vida. 1 das pacientes que não teve melhorias realizou estimulação do tibial posterior com ligeira melhoria no controlo da urgência fecal. Para os pacientes submetidos a prostatectomia radical com sintomas de incontinência urinária a média de pad test de 24 horas inicial foi de 450,38 gramas e no momento da alta de 61 gramas. Após encerramento de ileostomia os pacientes no final da intervenção referem diminuição significativa da frequência, da sensação de esvaziamento incompleto e das perdas involuntárias. Destes, 4 pacientes mantinham-se a fazer 1-2 imodium/dia. Dos pacientes avaliados, 80% referem algum grau de disfunção sexual.

**Discussão/Conclusões:** Os resultados sugerem que o cancro da próstata e do recto são os que aparecem mais associados a disfunções do pavimento pélvico e que a disfunção mais comum é a incontinência urinária, presente nos vários tipos de cancro. Apesar de não ter sido realizada uma inferência estatística, os resultados do pad test e a redução do número de imodiums parecem traduzir uma tendência de melhoria.



## CA06 - IMPACTO DA APLICAÇÃO DE UM ESTUDO URODINÂMICO NAS DECISÕES TERAPÊUTICAS

Andreia Bilé Silva<sup>1</sup>; Rita Fonseca<sup>1</sup>; José Carlos Santos<sup>1</sup>; Paulo Jorge Dinis<sup>1</sup>; Rui Nogueira<sup>1</sup>; Luís Abranches Monteiro<sup>1</sup>

1 - Hospital de Egas Moniz

**Introdução:** Estudo urodinâmico (EUD) consiste num conceito que abrange um conjunto de exames empregues para avaliar de forma dinâmica o aparelho urinário baixo (LUT). A utilização dos EUDs é reservada para situações em que são necessárias informações adicionais em relação às obtidas a partir da história clínica, do exame objetivo e da utilização de outros métodos complementares de diagnóstico, sempre com o intuito de melhor compreender a situação clínica e, idealmente, otimizar as opções terapêuticas.

**Objetivos:** Analisar o impacto da aplicação de um EUD na decisão terapêutica em doentes acompanhados num hospital terciário, de acordo com os motivos para a sua realização.

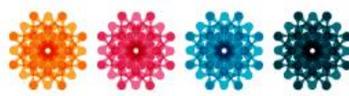
**Material e métodos:** Estudo retrospectivo, observacional, unicêntrico. Foram identificados os doentes submetidos a EUD na nossa instituição nos anos de 2017 e 2018. Colheram-se dados a partir da consulta da informação registada pelo médico assistente (incluindo o EUD). Agruparam-se os doentes de acordo com o seu género (feminino e masculino) e indicação para realizar EUD em: doentes com sintomatologia do LUT (LUTS) refratária a terapêutica médica; doentes com LUTS refratária a terapêutica cirúrgica; doentes com LUTS candidatos a terapêutica cirúrgica; doentes com patologia neurológica associada. No sexo feminino, distinguiu-se ainda um conjunto de doentes submetidos a EUD para estudo de incontinência urinária.

Considerou-se que o EUD modificou a decisão terapêutica sempre que nos registos existia menção a alteração da conduta terapêutica por parte do clínico após a sua realização.

**Resultados:** Incluíram-se 186 doentes no estudo (139 do sexo feminino; 47 do sexo masculino). De entre as mulheres, a principal indicação para realização de EUD foi o estudo de incontinência urinária (68/139). De entre os homens, a maioria realizou EUD por LUTS refratária a terapêutica médica (18/47). Verificou-se uma modificação da atitude terapêutica na maioria dos doentes do sexo feminino (94.2%) e masculino (70.2%), constatando-se que esta mudança consistiu na introdução de fármacos na maioria dos casos (64% das mulheres e 40.4% dos homens). De entre as doentes do sexo feminino, 15.8% foram propostas para intervenção cirúrgica (colocação de fita suburetral, maioritariamente). De entre os 34% de doentes do sexo masculino propostos para cirurgia, todos foram submetidos a ressecção transuretral da próstata. De entre os doentes analisados, 74% das mulheres e 55.3% dos homens registaram uma melhoria sintomática. Constatou-se que esta melhoria foi significativamente superior nos indivíduos em que houve mudança da abordagem terapêutica ( $p=0.001$ ).

A melhoria sintomática após a realização do EUD foi comparável em todos os grupos ( $p=0.367$ ).

**Discussão/Conclusões:** Não obstante as limitações inerentes ao facto de se tratar de um estudo retrospectivo e unicêntrico, verifica-se que, na amostra analisada, a realização de um EUD determina a modificação da atitude terapêutica inicial na maioria dos casos, independentemente da indicação para a sua realização. Desta alteração de conduta resulta uma melhoria sintomática significativa.



## CA07 - CIRURGIA NO PROLAPSO RECTAL DE ESPESSURA COMPLETA: CASUÍSTICA DE 23 DOENTES

Beatriz Costeira<sup>1</sup>; André Caiado<sup>1</sup>; José Assunção Gonçalves<sup>1,2</sup>; José Damião Ferreira<sup>2</sup>; Rui Maio<sup>1,2</sup>  
1 - Hospital Beatriz Ângelo; 2 - Hospital da Luz

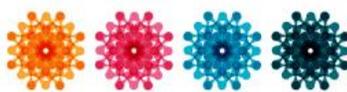
**Introdução:** O tratamento do prolapso rectal de espessura completa é essencialmente cirúrgico. Existem diferentes vias de abordagem e técnicas alternativas, porque nenhuma delas demonstrou absoluta superioridade relativamente às restantes.

**Objetivos:** Revisão da série de doentes com o diagnóstico de prolapso rectal de espessura completa, submetidos a intervenção cirúrgica, por um cirurgião, entre 2013 e 2019.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva da base de dados do bloco operatório e consulta do processo clínico informatizado. Excluíram-se os doentes com o diagnóstico de prolapso rectal apenas mucoso. Feita a análise das seguintes variáveis: idade, sexo, antecedentes pessoais, tipo de abordagem e técnica cirúrgica, tempo de cirurgia, tempo de internamento, morbilidade e mortalidade, recidiva, resultados funcionais e satisfação global.

**Resultados:** No universo dos 23 doentes operados, relação de sexo F/M: 22/1, mediana de idades de 70 anos (intervalo: 39-88 anos), foram realizadas 31 cirurgias (n=11: rectopexia com prótese laparoscópica (RL); n=3: rectopexia com prótese por laparotomia (RA); n=13: operação de Altemeier (OA); n=1: STARR; n=3: outras). A abordagem inicial por via perineal foi realizada em 11 doentes (mediana de idade: 80 anos) e a via abdominal em 11 doentes (mediana de idade: 62 anos). A mediana do tempo operatório foi: RL: 178 minutos; OA: 112 minutos. 6 doentes foram reoperados por recidiva (destes, 5 tinham sido submetidos a abordagem inicial perineal). 1 doente foi reoperado por complicação (deiscência de anastomose coloanal). A mediana do tempo de internamento pós-operatório foi: RL: 1 dias, OA: 3 dias (intervalo total: 1-32 dias). Registou-se agravamento da obstipação em: RL: 3 doentes; OA: 3 doentes. Registou-se incontinência anal de novo em: RL: 3 doentes; OA: 1 doente.

**Discussão/Conclusões:** Nesta série, a abordagem abdominal registou melhores resultados em termos de morbi-mortalidade, tempo de internamento, recidiva e necessidade de reintervenção. Em termos de resultados funcionais, a incontinência anal registada em 3 doentes pós-RL, foi o factor que mais afectou a qualidade de vida.



## CARTAZ COM DISCUSSÃO

### CA08 - EXPERIÊNCIA REAL-LIFE DO BIOFEEDBACK COM MAPLE® NO TRATAMENTO DAS DISFUNÇÕES DO PAVIMENTO PÉLVICO

Mariana Gomes Pereira<sup>1</sup>; Ricardo Pereira E Silva<sup>1</sup>; Tomé Lopes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Clínica Longeva

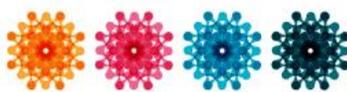
**Introdução:** O *biofeedback* constitui uma modalidade terapêutica útil para a reabilitação do pavimento pélvico (PP). A complexidade das disfunções do pavimento pélvico, por vezes com alterações da contração e do relaxamento concomitantes poderá sugerir a necessidade de ferramentas que permitam uma abordagem *patient-tailored*.

**Objetivos:** Avaliar a variação do nível de atividade do pavimento pélvico de acordo com a exame pélvico inicial e o grau de satisfação dos doentes com o tratamento.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva da base de dados da Clínica Longeva dos doentes de ambos os sexos que realizaram reabilitação do PP incluindo *biofeedback* com MAPLe® (que mede atividade em 24 pontos distintos) entre 1/10/2018 e 30/11/2019 com um número mínimo de 6 tratamentos com o dispositivo. Foi registada a sintomatologia predominante (incontinência urinária de esforço, de urgência ou dor pélvica crónica) e o *endpoint* para a reabilitação (otimização da contração, do relaxamento ou de ambos) de acordo com o exame físico. Foram efetuadas medições médias da atividade do PP ( $\mu v$ ) em repouso e contração voluntária máxima (CVM) no início e final do tratamento. Foram igualmente realizadas três perguntas de satisfação global e relacionadas com o dispositivo em si. Os dados foram tratados com o *software* SPSS 22.0 com teste *t-student* para um nível de significância de 0.05.

**Resultados:** Foram incluídos 27 doentes, 6 (22%) do sexo masculino e 21 do sexo feminino (78%), com uma média de idades de 59±14 anos. 17 doentes apresentavam incontinência urinária de esforço predominante, 8 doentes incontinência urinária de urgência e 2 doentes síndrome doloroso pélvico. Em média, os doentes realizaram 8 sessões com MAPLe® (mínimo de 6, máximo de 24). Respetivamente 81%, 78%, 48% e 15% dos doentes realizaram também terapia manual, abordagem cognitivo-comportamental, *biofeedback* ecográfico e estimulação percutânea do nervo tibial. Do total de 27 doentes, foram identificados ao exame físico: com necessidade de otimização primária da contração do PP 14 doentes, do relaxamento 5 doentes e da contração/relaxamento 8 doentes. Independentemente do sexo, idade ou sintomatologia, todos os doentes incluídos apresentavam, no início do tratamento, uma atividade do pavimento pélvico em CVM similar à observada em repouso (3.0±1.8  $\mu v$  em CVM vs. 2.5±1.0  $\mu v$  em repouso,  $p=0.03$ ); estas, ainda que estatisticamente sejam diferentes, denotam franca incapacidade de ativação do PP por parte de todos os doentes. A atividade em repouso e em CMV apresentou significativo aumento no término do processo de reabilitação com *biofeedback* quando comparado com o início do tratamento (respetivamente, 3.0±1.8  $\mu v$  vs. 9.5±4.4  $\mu v$ ,  $p < 0.05$  e 2.5±1.0  $\mu v$  vs. 11.9±5.9  $\mu v$ ,  $p < 0.05$ ). 78% dos doentes referiram melhoria significativa e 85% consideraram que o *biofeedback* constituiu uma ferramenta útil, com 66% dos doentes a valorizarem as medições em vários pontos com o dispositivo utilizado.

**Discussão/Conclusões:** A reabilitação do PP deve sempre ter como objetivo a consciencialização e a amplitude de movimento e não só o tónus basal ou o potencial de CMV, como demonstrado pelas medições efetuadas. O *biofeedback* é uma ferramenta útil e eficaz, podendo a medição diferenciada em vários pontos constituir significativa mais-valia, principalmente nas disfunções mais complexas.



## CA09 - LUTS, DISFUNÇÃO DO PAVIMENTO PÉLVICO E DOR PÉLVICA CRÓNICA: O PARADIGMA DA MULTIDISCIPLINARIDADE NO TRATAMENTO DO DOENTE COMPLEXO

Mariana Gomes Pereira<sup>1</sup>; Ricardo Pereira E Silva<sup>1</sup>; Tomé Lopes<sup>1</sup>

1 - Clínica Longeva

**Introdução:** O tratamento de pacientes complexos com LUTS deve ser centrado no indivíduo e ter como objectivo o seu envolvimento e acompanhamento por uma equipa multidisciplinar focada na compreensão e identificação das necessidades sociais e clínicas, desenvolvimento de um plano de intervenção desenhado para essas necessidades e criação de etapas de atuação que possibilitem uma *shared decision-making*.

**Objetivos:** Descrever a história, a marcha diagnóstica e o processo de tratamento de uma doente complexa no âmbito da Urologia Funcional.

**Material e métodos:** Descrevemos o caso de uma doente com LUTS com longa evolução e tratada com uma abordagem conservadora, multidisciplinar e direcionada para as suas necessidades sociais e clínicas.

**Resultados:** Doente do sexo feminino, 31 anos, agente imobiliária, com LUTS desde 2008. O principal sintoma inicialmente era frequência urinária diurna, sem urgência ou noctúria, com componente álgico concomitante.

De 2008 a 2017 tinha sido submetida a vários tratamentos: instalações de ácido hialurónico e DMSO, reabilitação do pavimento pélvico (PP), hidrodistensões vesicais, injeção de toxina botulínica e neuromodulação sagrada bilateral, bem como múltiplos tratamentos experimentais.

Durante os anos seguintes, os sintomas agravaram e em 2017 quando foi referenciada para a nossa equipa multidisciplinar, apresentava cerca de 20 micções diurnas e 7 noturnas; reportava igualmente dor ao enchimento vesical, dispareunia e obstipação.

A doente apresentava sintomas muito graves com grande impacto na qualidade de vida, incapacidade laboral e social - os neuromoduladores tinham sido desligados pela própria doente, por ineficácia auto-reportada.

A paciente foi então avaliada pelo urologista, fisioterapeuta do pavimento pélvico, nutricionista e psicóloga. Foi efectuada videourodinâmica que demonstrou capacidade de 240mL sem hiperatividade do detrusor, com dor no término do enchimento e elevada pressão de encerramento uretral; o resíduo pós-miccional era nulo apesar do fluxo ser intermitente, com recurso a manobra de Valsalva.

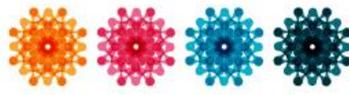
Ao exame físico apresentava hiperatividade do pavimento pélvico com trigger-points múltiplos, bilaterais, com reduzida amplitude de movimento por deficit de relaxamento do PP.

Foi proposto um programa de reabilitação desenhado para a doente, incluindo terapia cognitivo-comportamental (psicologia clínica), tratamento da obstipação pela nutricionista e fisioterapia intensiva para o PP, complementada com biofeedback, mas essencialmente composta por terapia manual. Após 1 ano de tratamento e seguimento nas valências supracitadas, já não apresentava quaisquer trigger-points no pavimento pélvico, a dispareunia e obstipação tinham melhorado mas a paciente continuava a referir frequência urinária diurna (12 micções/dia) e dor vesical. Nesta altura foram ligados novamente os neuromoduladores de forma sequencial e a doente reportou melhoria significativa dos sintomas de armazenamento e dor vesical.

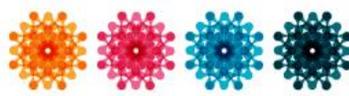
O alívio muito significativo da sintomatologia da doente permitiu que esta recuperasse a sua qualidade de vida e regressasse à sua vida normal profissional, social e familiar.

**Discussão/Conclusões:** Este foi um dos nossos casos mais desafiantes e mostra a relevância do tratamento conservador e multidisciplinar, não como alternativa, mas sim como complemento de outras intervenções.

Neste caso, a neuromodulação sagrada tinha sido considerada ineficaz, mas após uma intervenção



correta e personalizada de outros factores associados provou ser eficaz no controlo dos sintomas de armazenamento e no regresso da doente a uma excelente qualidade de vida.



## **CA10 - LACERAÇÃO DA URETRA COM EXTROFIA VESICAL ASSOCIADA A PROLAPSO DA CÚPULA VAGINAL – CASO CLÍNICO**

Joana Portela Dias<sup>1</sup>; Mariana Coroado<sup>1</sup>; Raquel Reis<sup>1</sup>; Anabela Branco<sup>1</sup>; Marcília Teixeira<sup>1</sup>; Bercina Cadoso<sup>1</sup>; Alexandre Morgado<sup>1</sup>

*1 - Centro Materno Infantil do Norte - Centro Hospitalar e Universitário do Porto, Porto, Portugal*

**Introdução:** As lesões uretrais são raras no sexo feminino e relacionam-se muitas vezes com o trauma por algáliação. Podem associar-se a rotura da bexiga, que deverá ser reparada no mesmo tempo cirúrgico.

**Objetivos:** Descrever a orientação terapêutica de um caso singular de laceração completa da uretra com extrofia da mucosa vesical, em mulher com prolapso da cúpula vaginal completo (cujo saco herniário compreendia a bexiga e parte do intestino).

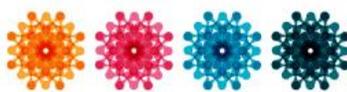
**Material e métodos:** Descrição do caso clínico, de acordo com registos clínicos, e revisão bibliográfica sobre o tema.

**Resultados:** Mulher de 95 anos, com antecedentes de hipertensão, dislipidemia e histerectomia vaginal, em menopausa desde os 50 anos, que se apresenta no Serviço de Urgência por tumefação vaginal. Constatado prolapso completo da cúpula vaginal com ulceração da mucosa da parede vaginal anterior e uretrocele. Realizado penso com Aquacel®, colocado pessário, e algáliação. Três dias depois, a doente regressa por expulsão do pessário e catéter vesical no domicílio. Constatada laceração completa da uretra posterior com extrofia da mucosa vesical. Avaliada a situação realizou-se sob analgesia local redução completa do prolapso vaginal, e posteriormente invaginação da mucosa vesical com redução manual da bexiga, sutura em dupla camada da uretra, após algáliação prévia. Colocado tamponamento vaginal com balão de Bakri e preenchimento do mesmo com 250 cc de soro fisiológico. Alta medicada com antibioterapia e indicação de reavaliação clínica em 48 horas. Contudo, a doente regressou em poucas horas após expulsão do balão de Bakri. À observação, constata-se integridade da sutura uretral, pelo que se optou por tamponamento vaginal com gaze gorda. Três dias após, remoção da gaze gorda vaginal e introdução de pessário, mantendo a algáliação. O catéter vesical foi removido na 5ª semana após a cirurgia. Constatada pequena deiscência da cicatriz ao nível do terço médio da uretra.

A doente foi reavaliada clinicamente aos 3, 6 e 12 meses após a intervenção.

A doente urina espontaneamente, com sensação de bexiga repleta, embora mantenha uso de fralda e pessário.

**Discussão/Conclusões:** As lesões traumáticas da uretra devem ser diagnosticadas precocemente. Em situações de apresentação exuberante como a descrita, a abordagem terapêutica torna-se um desafio. Contudo, é importante salientar a necessidade de tratamento precoce, uma vez que as lesões da uretra podem conduzir a uma diminuição significativa da qualidade de vida das doentes.



## CARTAZ COM DISCUSSÃO

### CA11 - QUAL O PAPEL DA REABILITAÇÃO DO PAVIMENTO PÉLVICO EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA E PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS?

Cátia Silva<sup>1</sup>; Sofia Pereira<sup>2</sup>; Iolanda Veiros<sup>1</sup>; M Geraldina Castro<sup>1</sup>; Liana Negrão<sup>1</sup>

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 - Centro Hospitalar de Leiria

**Introdução:** A disfunção do pavimento pélvico é uma entidade frequente nas mulheres, sobretudo após a gravidez e parto vaginal. Por seu lado, a incontinência urinária é ainda uma condição frequentemente subdiagnosticada e subtratada, pelo que o seu reconhecimento precoce e orientação terapêutica revelam-se atitudes importantes para a melhoria da qualidade de vida das doentes afetadas.

Neste sentido, a reabilitação do pavimento pélvico tem-se revelado uma ferramenta útil e eficaz, sendo de destacar as modalidades da electroestimulação e o biofeedback como ferramentas frequentemente utilizadas neste contexto. O tratamento cirúrgico tem-se mostrado uma opção eficaz e segura, sendo uma alternativa quando falham as medidas conservadoras.

**Objetivos:** Caracterização da população orientada para reabilitação do pavimento pélvico através da consulta de Uroginecologia e avaliação da eficácia desta abordagem terapêutica.

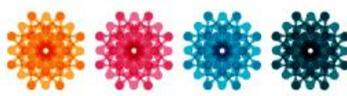
**Material e métodos:** Estudo retrospectivo descritivo das doentes que realizaram reabilitação do pavimento pélvico, seguidas na consulta de Uroginecologia e de Reabilitação Uro-Genital entre os anos de 2008 e 2019, no CHUC.

Os dados foram obtidos através da consulta do Processo Clínico Eletrónico e a sua análise foi efetuada com o SPSS Statistics V25, considerado  $p < 0,05$  como estatisticamente significativo.

**Resultados:** Nas 128 mulheres orientadas para a Reabilitação do Pavimento Pélvico entre 2008 e 2019, verificou-se que o principal motivo de referência foi a Incontinência Urinária ( $n=123$ , 96%). A idade média na primeira consulta foi de  $37.3 \pm 8.3$  anos, a maioria da população não apresentava co-morbilidades significativas e tinha pelo menos um parto vaginal a anteceder o início dos sintomas. Adicionalmente, em 19% das mulheres, foi também observado prolapso de órgãos pélvicos de 1º grau. Previamente à realização das sessões de reabilitação do pavimento pélvico, 45.4% ( $n=64$ ) das mulheres apresentavam ao exame objetivo testing perineal inferior ou igual a 2, tendo esta proporção diminuído para 17% ( $n=24$ ) após a intervenção. Verificou-se que no final das sessões, foi reportada melhoria sintomática em 78% ( $n=92$ ) e o testing perineal foi igual ou superior a 3 em 79.7% ( $n=94$ ), sendo que se verificou diferença estatisticamente significativa na distribuição do testing perineal antes e após a reabilitação ( $p < 0,001$ ). Posteriormente foram submetidas a cirurgia 16.3% das mulheres ( $n=23$ ).

**Discussão/Conclusões:** A reabilitação do pavimento pélvico mostrou ser uma opção eficaz na melhoria dos sintomas e no reforço muscular do pavimento pélvico na nossa amostra, revelando-se uma opção terapêutica importante, sobretudo em mulheres jovens e que não pretendam cirurgia *ad iniciam*.

Desta forma, concluímos ser importante a continuação da monitorização dos resultados da reabilitação do pavimento pélvico e realização de novos estudos de eficácia desta intervenção, nomeadamente a hipótese de contribuir como factor de melhoria dos resultados cirúrgicos.



## CA12 - SINAL DE ONDA NA HIPERDISTENSÃO VESICAL - UMA APRESENTAÇÃO EXTREMA DE DISFUNÇÃO NEUROGÉNICA DO TRATO URINÁRIO INFERIOR DO ADULTO

Luís Carlos Sousa<sup>1</sup>; Maria João Andrade<sup>1</sup>

*1 - Centro Hospitalar Universitário do Porto*

**Introdução:** A disfunção do trato urinário inferior do adulto é uma condição frequentemente negligenciada e subdiagnosticada, especialmente nos casos de etiologia neurogénica, na ausência de outros défices neurológicos. A avaliação da integridade dos segmentos medulares responsáveis pelo controlo neurofisiológico da bexiga e dos esfíncteres é fundamental para estabelecer corretamente uma etiologia neurogénica.

**Objetivos:** Demonstrar o modo como o exame neuro-urológico permite o diagnóstico de uma disfunção do trato urinário inferior inexplicada e alertar a comunidade médica para a importância de incluir a avaliação dos segmentos medulares dorso-lombares (controlo simpático) e sacrados (controlo parassimpático e somático) como parte de um exame neurológico completo.

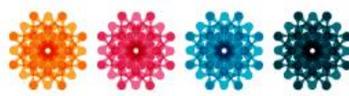
**Material e métodos:** Uma mulher de 52 anos, com antecedentes de toxoplasmoses cerebral, foi admitida por história de febre, anorexia, mal-estar e perda de peso. Concomitantemente, apresentou episódio de queda com traumatismo da região lombar. A radiografia da coluna lombar obtida à admissão no Serviço de Urgência revelou uma fratura do corpo vertebral de L5, que não foi valorizada, na ausência de défices motores e sensitivos de novo.

Após admissão hospitalar na enfermaria de Infeciologia por sépsis, desenvolveu um quadro de dor abdominal difusa com padrão recorrente, incontinência urinária de novo e micções ineficazes, dor lombar e défice de marcha. Apresentava distensão abdominal, dor difusa à palpação abdominal e sinal de onda positivo, o que levou à investigação de possível ascite. Uma TC abdominal revelou uma bexiga hiperdistendida. A doente foi algaliada, com drenagem de 2000 ml de urina.

**Resultados:** O exame neuro-urológico, por nós efetuado, revelou reflexo anal ausente à esquerda, tónus anal diminuído, contração anal voluntária e contração do elevador do ânus diminuídas. Não foram documentados défices neurológicos de novo, no restante exame.

A TC lombossagrada revelou a presença de fratura compressiva de L5 com recuo do muro posterior contactando o saco tecal e alterações inflamatórias nas vertebrae L4-L5 e tecidos paravertebrais. O estudo urodinâmico revelou sensação vesical preservada, ausência de contração voluntária do detrusor, micção ineficaz com baixo fluxo e volumes residuais elevados (240-350ml).

**Discussão/Conclusões:** Os achados clínicos foram compatíveis com a presença de uma lesão sacrada. O exame neuro-urológico, nomeadamente dos segmentos sacrados S2-S4, foi fundamental para determinar corretamente a etiologia neurogénica de uma disfunção do trato urinário inferior, previamente inexplicada.



## CARTAZ COM DISCUSSÃO

### CA13 - NEUROMODULAÇÃO SAGRADA NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA ANAL: CASUÍSTICA DE 27 DOENTES

André Caiado<sup>1</sup>; Beatriz Costeira<sup>2</sup>; José Assunção Gonçalves<sup>1,2,3</sup>; José Damião Ferreira<sup>1,3</sup>

1 - Cirurgia Geral, Hospital da Luz-Oeiras; 2 - Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Beatriz Ângelo; 3 - Cirurgia Geral, Hospital da Luz-Lisboa

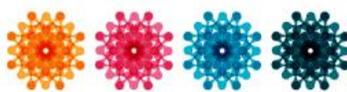
**Introdução:** A neuromodulação sagrada é uma técnica cirúrgica pouco invasiva, com baixa morbidade, que tem revelado excelentes resultados no tratamento da incontinência anal (IA), a curto, médio e longo prazo.

**Objetivos:** Avaliar os resultados da neuromodulação sagrada no tratamento da IA.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes com IA submetidos a neuromodulação sagrada entre Outubro de 2015 e Dezembro de 2019. Procedeu-se à consulta do processo clínico electrónico e da base de dados colhida de forma prospectiva. A severidade da IA foi avaliada utilizando o score de Vaizey.

**Resultados:** No universo dos 27 doentes operados verificou-se um predomínio do sexo feminino (relação F/M: 21/6), com uma mediana de idades de 61 anos (intervalo: 37-79 anos) aquando da primeira intervenção cirúrgica. A principal etiologia da IA foi: trauma obstétrico (n=15), seguida de trauma cirúrgico (n=7, dos quais 4 no contexto pós-cirurgia do recto), traumatismo vertebro-medular (n=3), esclerose múltipla (n=1) e síndrome de Ehlers-Danlos (n=1). 13 doentes tinham sintomas urinários concomitantes. Nenhum doente tinha sido submetido a esfínteroplastia anal prévia. 1 doente não prosseguiu para implantação do neuro-estimulador definitivo. 2 doentes abandonaram o seguimento na consulta. Nos 24 doentes com neuro-estimulador implantado definitivo seguidos na consulta, a mediana do período de seguimento foi de 14 meses (intervalo: 2-48 meses). Verificou-se uma melhoria superior a 50% no score de Vaizey em 21 doentes (mediana pré-operatória: 16/pós-operatória: 2). 9 doentes obtiveram continência total. 10 doentes obtiveram concomitantemente a melhoria das suas queixas urinárias. Houve necessidade de reprogramação em 21 doentes (mediana de 3 reprogramações/doente). Ocorreram 2 casos de dor no local do implante. Ocorreu 1 caso de dor neuropática, que resolveu com a reprogramação. 1 eléctrodo teve de ser removido por infecção e 1 eléctrodo foi inadvertidamente seccionado na execução do 2º tempo (ambos foram recolocados posteriormente). 2 casos faleceram no decorrer do período de seguimento por motivos não relacionados com a cirurgia.

**Discussão/Conclusões:** A neuromodulação sagrada revelou-se uma técnica segura e eficaz no tratamento da IA, em doentes criteriosamente seleccionados.



## CA14 - INCONTINÊNCIA E DOR PÉLVICA APÓS PROSTATECTOMIA: QUAIS AS OPÇÕES EM MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO E QUAL A EVIDÊNCIA?

Madalena Rangel<sup>1</sup>; Ana Chumbrinho<sup>1</sup>

*1 - Hospital do Espírito Santo de Évora*

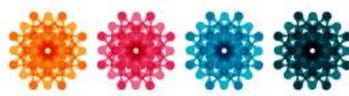
**Introdução:** O Carcinoma da Próstata (CP) é a neoplasia maligna mais frequente da população masculina, com uma média de 6000 novos casos diagnosticados por ano em Portugal. A prostatectomia radical (PR) é o tratamento de eleição, com taxas de sobrevivência acima dos 90% aos 5 anos. Apesar do sucesso terapêutico, a morbilidade pós-cirúrgica mantém-se elevada, destacando-se como maiores problemas a incontinência urinária (IU), a dor pélvica e a impotência, que afetam cerca de 80% dos doentes.

**Objetivos:** Revisão da literatura mais recente relativa às opções terapêuticas em Medicina Física e Reabilitação na abordagem da IU e dor pélvica após prostatectomia.

**Material e métodos:** Pesquisa Medline/Pubmed utilizando os termos Medical Subject Headings (MeSH): “prostatectomy”, “incontinence”, “pelvic pain” e “rehabilitation” para estudos publicados até dezembro de 2019. Foram privilegiados estudos randomizados controlados, meta-análises e revisões publicadas nos últimos 3 anos.

**Resultados:** A IU pós-prostatectomia ocorre no contexto da lesão cirúrgica do músculo liso periprostático do esfíncter interno e pelo aumento da atividade do detrusor da bexiga. Consequentemente, os músculos estriados do pavimento pélvico (MEPP) assumem um papel primordial, mantendo a continência urinária através do controlo do esfíncter externo. Considerando estas bases fisiológicas, o fortalecimento, controlo voluntário e coordenação dos MEPP são os pilares na recuperação da capacidade de continência urinária. O paradigma são os exercícios convencionais (ex: Kegel), no entanto, novos estudos apontam para resultados mais favoráveis em programas que associam a coactivação de outros músculos estabilizadores como o recto abdominal, o transverso e o diafragma (exercícios “Pfilates” e “Hypopressives”). A associação de biofeedback conduz a melhores resultados a curto e a longo prazo pelo que deve ser aplicado sempre que possível. A terapêutica farmacológica com antimuscarínicos, agonistas adrenérgicos ou inibidores selectivos da recaptção da serotonina e noradrenalina apresenta um benefício menor, pelo que deve ser considerada apenas como adjuvante das anteriores. Relativamente à dor pélvica, a literatura existente agrupa fundamentalmente intervenções farmacológicas unimodais com anti-inflamatórios não esteroides, inibidores da ciclooxigenase, opioides e anestésicos locais, existindo escassos estudos sobre analgesia regional ou multimodal. Apesar desta lacuna, existe evidência de uma maior redução da dor pélvica através de analgesia epidural (opioídes e clonidina), injeção ecoguiada de trigger points (iliococcígeo, pubococcígeo e puborectalis) e hidrodissecção de nervos periféricos como o nervo pudendo e nervo femurocutâneo posterior (lidocaína 1% e corticoide).

**Discussão/Conclusões:** Tendo em conta a elevada prevalência do CP, o uso disseminado da PR e o impacto da dor pélvica e IU pós-prostatectomia na qualidade de vida destes doentes, torna-se fundamental apresentar opções médicas custo-eficazes. A reabilitação do pavimento pélvico, o biofeedback e as intervenções farmacológicas sistémicas e/ou regionais devem ser sugeridas como tratamento de primeira linha, devendo ser explicadas e potencialmente incluídas na abordagem pré-cirúrgica, com o intuito de aumentar a adesão terapêutica e melhorar os resultados das intervenções.



## CA15 - SINTOMAS URINÁRIOS BAIXOS E O SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES TRANSPLANTADOS RENAIIS

Jorge Correia<sup>1</sup>; Mariana Madanelo<sup>1</sup>; Alexandra Rocha<sup>1</sup>; Bernardo Teixeira<sup>1</sup>; Gonçalo Mendes<sup>1</sup>; Avelino Fraga<sup>1</sup>; Carlos Ferreira<sup>1</sup>; Miguel Silva-Ramos<sup>1</sup>

1 - Centro Hospitalar Universitário do Porto

**Introdução:** O transplante renal é considerado a melhor forma de tratamento da doença renal crónica terminal. Contudo, devido ao tempo de espera prolongado para transplante, muitos doentes tornam-se anúricos e não utilizam o tracto urinário baixo levando à sua disfunção. Apesar de após o transplante existir uma adaptação ao longo de 6 meses, demonstrou-se que os sintomas urinários baixos (LUTS) podem persistir, aumentando a susceptibilidade a infecções urinárias e refluxo, com repercussão na função do enxerto e na mortalidade. A ausência de necessidade de terapêutica de substituição renal pode levar a que estes doentes interpretem os LUTS como positivos, levando ao subdiagnóstico de disfunção urinária baixa.

**Objetivos:** Realizar uma análise comparativa do impacto dos sintomas urinários baixos na qualidade de vida, entre os doentes transplantados renais e uma população de doentes saudáveis referenciada a consulta pelas mesmas queixas.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva dos dados clínicos de todos os doentes transplantados renais (TR) e de um grupo controlo (GC) de doentes saudáveis referenciados a consulta de Urologia por LUTS, entre Janeiro e Dezembro de 2018. Os doentes foram avaliados com urofluxometria, questionário IPSS e escala de qualidade de vida (QoL). A última foi categorizada como não afectada (0-1), ligeiramente (2), moderadamente (3-4) ou severamente afectada (5-6).

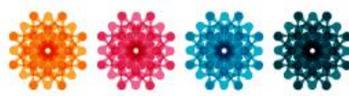
**Resultados:** Foram avaliados 158 doentes, 65 TR e 93 GC, com média de idades, respectivamente, 46±11 anos e 67±9 anos ( $p<0,001$ ). O tempo mediano em diálise foi 40 meses [IQR34-60] e o decorrido desde o transplante 15 meses [IQR12-24]. 26 TR encontravam-se a realizar pelo menos um tipo de terapêutica médica (40%), enquanto 87% do GC estava medicado ( $n=81$ ).

Na avaliação com o questionário de QoL, verificamos que os TR referiam uma melhor qualidade de vida ( $1,43\pm0,7$  vs  $3,29\pm1,3$  GC;  $p<0,001$ ) em paralelo com um IPSS significativamente menor ( $9,1\pm4,4$  vs GC  $11,4\pm7,5$  GC;  $p=0,026$ ). A urofluxometria não apresentou diferenças entre os grupos ( $Q_{max}$   $12,6\pm7,0$  TR vs  $14,6\pm7,8$  GC;  $p=0,106$ ).

Constatou-se uma diferença significativa ( $p=0,001$ ) na distribuição dos grupos pelas diferentes classes de QoL, observando-se que a maioria dos TR referiam que os LUTS não afectavam ou afectavam apenas ligeiramente a sua qualidade de vida (66,2% e 29,2% respectivamente, vs 4,3 e 28,0% no GC). Ao invés, apenas 4,6% dos TR referiam uma qualidade de vida moderadamente afectada e nenhum (0%) uma interferência severa (48,4% e 19,4% respectivamente no GC).

Observou-se uma correlação significativa entre o IPSS e QoL em ambos os grupos ( $p<0,001$ ), mas os TR apresentavam melhor QoL para a mesma variação de IPSS ( $B= 3,9$  no TR e  $3,3$  no GC). Utilizando um modelo de regressão logística multivariada, ajustando para as diferenças observadas na idade e IPSS existentes entre os grupos, verificou-se, ainda assim, que o facto de ser transplantado era o determinante com maior impacto na QoL ( $p<0,001$ ).

**Discussão/Conclusões:** A interpretação subjectiva dos LUTS pode ter diferente impacto na qualidade de vida dos doentes, sendo que os TR apresentam uma melhoria significativa na QoL apesar de manterem LUTS importantes. Esta relação deve ser reconhecida precocemente, evitando os seus inerentes riscos na função do enxerto a longo prazo.



## CARTAZ COM DISCUSSÃO

### CA16 - URETRÓLISE – UMA TÉCNICA EFICAZ NO TRATAMENTO DAS COMPLICAÇÕES DA BANDA SUBURETRAL

Jorge Correia<sup>1</sup>; Mariana Madanelo<sup>1</sup>; Catarina Tavares<sup>1</sup>; Paulo Príncipe<sup>1</sup>; Avelino Fraga<sup>1</sup>; Miguel Silva-Ramos<sup>1</sup>

1 - Centro Hospitalar Universitário do Porto

**Introdução:** A colocação de banda suburetral é o tratamento de primeira linha na incontinência urinária de esforço (IUE). Embora seja um procedimento seguro e eficaz, pode por vezes causar complicações, de onde se salientam a obstrução infra-vesical e erosão ao nível da uretra, levando à necessidade de uretrólise com incisão/ excisão parcial da banda.

**Objetivos:** O objectivo deste estudo é avaliar a eficácia, a segurança e as complicações relacionadas com as uretrólises realizadas por colocação de banda suburetral.

**Material e métodos:** Foi feita a análise retrospectiva de todas as uretrólises realizadas no nosso serviço entre 2006-2018, referente aos dados demográficos, cura/ melhoria dos sintomas, melhoria dos parâmetros urodinâmicos, recidiva e desenvolvimento de incontinência urinária de novo. A análise estatística foi realizada utilizando o software SPSS TM v24, com recurso ao teste t de amostras emparelhadas.

**Resultados:** Neste período foram identificados 20 casos de uretrólises, correspondente a cerca de 1% do total de bandas suburetrais colocadas no mesmo período.

A idade média dos doentes à data da intervenção foi  $57,2 \pm 11,0$  anos, com um tempo médio de follow-up de  $30,7 \pm 29,1$  meses. O intervalo de tempo entre a data da colocação da banda suburetral e o aparecimento dos primeiros sintomas sugestivos de complicação do procedimento cirúrgico foi de  $39,2 \pm 28,9$  meses.

Dos 20 casos analisados, 8 foram por erosão da fita ao nível da uretra e 12 por obstrução infra-vesical. A maioria dos doentes foi submetido a excisão parcial da banda (n=13, 65%), sendo os restantes submetidos a incisão da banda (35%).

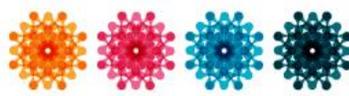
A maioria dos doentes referiu melhoria sintomática subjectiva no curto prazo (n=18, 90%). A gravidade dos sintomas, avaliada por escala visual analógica da dor, melhorou significativamente ( $p < 0,001$ ) de  $7,69 \pm 1,58$  em média pré-operatoriamente para  $3,88 \pm 2,50$  no pós-operatório. Os valores urodinâmicos, nos doentes com queixas de obstrução, foram concordantes com esta observação, apresentando também uma melhoria significativa – o fluxo urinário máximo (Qmax) aumentou 209% ( $5,7 \pm 4,0$  ml/seg para  $17,6 \pm 10,5$  ml/seg;  $p = 0,013$ ) e o resíduo pós-miccional (RPM) diminuiu 62% (283 ml para 108 ml;  $p = 0,048$ ).

Não se registaram complicações intra-operatórias ou pós-operatórias major.

Observaram-se 3 casos de recidiva durante o follow-up (15%) – 2 por recidiva de erosão (25%) e 1 por manter obstrução urinária (8%). Em 6 casos (30%) houve recorrência de IUE, tendo 2 deles sido submetidos a nova cirurgia com colocação de banda suburetral, sem complicações operatórias e com melhoria da sintomatologia.

**Discussão/Conclusões:** O número de uretrólises é relativamente baixo face ao número de bandas suburetrais colocadas. O elevado intervalo de tempo entre a colocação de banda suburetral e a referenciação pelas queixas que motivaram a uretrólise pode dever-se a um atraso diagnóstico na identificação das complicações deste procedimento.

A uretrólise, embora aumente o risco de recidiva de incontinência, provocou uma melhoria sintomática na maioria dos casos.



## CARTAZ COM DISCUSSÃO

### CA17 - PROLAPSO APICAL APÓS HISTERECTOMIA – CASUÍSTICA DE 5 ANOS DO HSOG

Cláudia Miranda<sup>1</sup>; Ana Isabel Cunha<sup>1</sup>; Diana Coelho<sup>1</sup>; Horácio Azevedo<sup>1</sup>; José Vivas<sup>1</sup>

*1 - Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães*

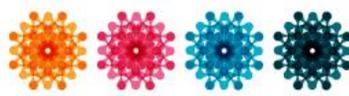
**Introdução:** A descida ligeira dos órgãos pélvicos é uma situação comum e, isoladamente, não deve ser considerada patológica. De acordo com as estruturas prolapsadas, o prolapso dos órgãos pélvicos (POP) pode ser designado como anterior, apical ou posterior. O prolapso do compartimento apical em mulheres após histerectomia refere-se à descida da cúpula vaginal sobre a vagina. Fatores de risco para o seu aparecimento incluem idade avançada, paridade e o parto por via vaginal, excesso de peso/obesidade e histerectomia. Quando sintomático, o POP está associado a uma diminuição da qualidade de vida com interferência no quotidiano e sexualidade das mulheres afetadas. O tratamento cirúrgico deve ser oferecido a mulheres com POP sintomático após falha da abordagem conservadora ou recusa de tratamento não cirúrgico. Os procedimentos de suspensão apical podem ser efetuados por via transvaginal ou por via abdominal com taxas de cura relativamente elevadas.

**Objetivos:** Caracterizar a população submetida a correção cirúrgica de prolapso do compartimento apical após histerectomia, analisando antecedentes pessoais das pacientes, a técnica cirúrgica utilizada e complicações pós-operatórias.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo de pacientes submetidas a correção cirúrgica de prolapso do compartimento apical após histerectomia, entre janeiro de 2015 a dezembro de 2019, no Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães.

**Resultados:** No período em análise 53 pacientes foram submetidas a correção cirúrgica de prolapso do compartimento apical após histerectomia. Verificou-se que a idade média das pacientes foi  $67,9 \pm 9,4$  anos [50-90]. 88,7% (n=47) tinham partos anteriores e destas 21,3% (n=10) eram grandes múltiparas (paridade  $\geq 4$ ). Nesta amostra, cerca de 64,2% (n=34) tinham excesso de peso (IMC  $\geq 25\text{kg/m}^2$ ). A histerectomia tinha sido realizada por via vaginal em 52,8% (n=28) das pacientes e por via abdominal em 47,2% (n=25). O tempo médio entre a realização da histerectomia e o desenvolvimento do prolapso do compartimento apical sintomático foi de  $11,7 \pm 8,1$  anos [0-30]. As técnicas cirúrgicas utilizadas para correção deste foram, respetivamente, suspensão apical aos ligamentos sacroespinhosos com prótese (71,7%, n=38), sacrocolpopexia por via abdominal (18,9%, n=10) e colpocleisis (9,4%, n=5). Como complicações pós-operatórias destacam-se a recidiva de prolapso apical com necessidade de nova intervenção cirúrgica (n=4), incontinência urinária de urgência “de novo” (n=3), prolapso do compartimento anterior sintomático (n=1) e dispareunia (n=1). Relativamente aos casos de recidiva do compartimento apical, 2 destes ocorreram após suspensão apical aos ligamentos sacroespinhosos com prótese e 2 após sacrocolpopexia por via abdominal.

**Discussão/Conclusões:** O desenvolvimento de POP sintomáticos é uma situação comum, em parte devido ao aumento da esperança média de vida e à elevada taxa de excesso de peso e obesidade na nossa população. No tratamento do POP sintomático, a grande variedade de técnicas cirúrgicas disponíveis e a heterogeneidade entre estudos torna difícil a escolha pela melhor abordagem. A opção quanto ao procedimento a efetuar deve ser ponderada com a paciente, tendo em conta a sintomatologia, antecedentes pessoais, desejo da paciente e experiência do cirurgião. Em mulheres idosas, sem vida sexual ativa e sem desejo de retomar a mesma, procedimentos obliterativos como a colpocleisis podem ser ponderados.



## CA18 - SLINGS POR VIA TRANSOBTURADORA NA CORREÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO – A NOSSA EXPERIÊNCIA

Cláudia Miranda<sup>1</sup>; Ana Isabel Cunha<sup>1</sup>; Diana Coelho<sup>1</sup>; Horácio Azevedo<sup>1</sup>; José Vivas<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

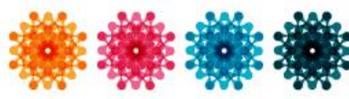
**Introdução:** Estima-se que cerca de 50% da população feminina adulta não grávida sofra de incontinência urinária (IU), no entanto apenas 25-61% procura tratamento. Apesar de não estar associada a um aumento da mortalidade, a incontinência urinária de esforço (IUE) apresenta um grande impacto no bem-estar e na qualidade de vida das mulheres, estando muitas vezes associada ao aparecimento de ansiedade e patologia depressiva, dificuldades laborais e/ou sociais e disfunção sexual. A abordagem destas pacientes deve passar pela caracterização do tipo de IU e os seus fatores desencadeantes, a gravidade da sintomatologia, a sua evolução e grau de interferência na qualidade de vida. O tratamento da IUE inclui técnicas conservadoras e cirúrgicas. Os *slings* da uretra média para correção de IUE podem ser colocados por incisão única (*mini-slings*), por via transobturadora ou retropúbica. De acordo com a literatura, os *slings* transobturadores estão associados a menor risco de complicações peri-operatórias quando comparados aos *slings* retropúbicos.

**Objetivos:** Caracterizar a população submetida a cirurgia de correção de IUE pela técnica transobturadora, analisando antecedentes pessoais das pacientes, complicações mais frequentes e a taxa de sucesso da técnica cirúrgica.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva de pacientes submetidas a cirurgia de correção de IUE pela técnica transobturadora, entre janeiro de 2017 a dezembro de 2019, no Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães. O diagnóstico de IUE foi realizado com base na clínica, exame uroginecológico e/ou estudos urodinâmicos.

**Resultados:** No período em análise foram submetidas a cirurgia de correção de IUE com *sling* da uretra média por via transobturadora 167 pacientes. A idade média foi  $53,7 \pm 9,9$  [33-79]. Cerca de 50,9% (n=85) tinham excesso de peso (IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>) e 49,1% (n=82) eram pré-menopáusicas. Verificou-se que 11,4% (n=19) fizeram exercícios de reabilitação do pavimento pélvico previamente à intervenção cirúrgica em análise. Estudos urodinâmicos foram realizados em cerca de 22,2% (n= 37) das pacientes intervencionadas. Concomitantemente à cirurgia de correção de IUE foram realizados outros procedimentos cirúrgicos, nomeadamente correção de prolapso dos órgãos pélvicos (16,2%, n=27) e histerectomia por via abdominal (3%, n=5). Nesta amostra, a taxa de cura objetiva foi de 93,4% (n=156), 9 pacientes referiram persistência de IUE, 1 paciente abandonou o seguimento e 1 paciente aguarda consulta de reavaliação pós-operatória. Dentro das complicações, destaca-se a incontinência urinária de urgência “de novo” (n=8), dor crónica na região inguinal (n=3), laceração iatrogénica vesical peri-operatória (n=2) e retenção urinária (n=1). A taxa de reintervenção foi de 1,2% (n=2).

**Discussão/Conclusões:** A elevada prevalência de IU na população feminina realça a necessidade de educar a população relativamente aos fatores de risco de desenvolvimento da IU e estratégias de prevenção e tratamento. A abordagem terapêutica inicial da IUE deverá incluir alterações do estilo de vida e realização de exercícios dos músculos do pavimento pélvico, passando posteriormente para o tratamento cirúrgico, caso seja necessário. Nesta amostra, a correção de IUE através da colocação de *slings* transobturadores mostrou-se segura, com poucas complicações registadas e com uma elevada taxa de sucesso, tal como descrito na literatura.



## CARTAZ COM DISCUSSÃO

### CA19 - SACRAL NEUROMODULATION - ASSESSING EFFICACY AND PATIENT SATISFACTION

Miguel Eliseu<sup>1</sup>; Roberto Jarimba<sup>1</sup>; João Lima<sup>1</sup>; Edgar Tavares Da Silva<sup>1</sup>; Paulo Temido<sup>1</sup>; Arnaldo Figueiredo<sup>1</sup>

*1 - Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

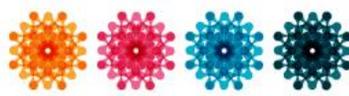
**Introdução:** Sacral neuromodulation (SNM) is an established treatment modality for two very different manifestations of lower urinary tract dysfunction: overactive bladder (OAB) symptoms and nonobstructive chronic urinary retention (NOCUR). In the first spectrum, whether idiopathic OAB or by a neurogenic cause, symptoms refractory to conventional approach with associated oral medication can be managed by this technique, with long-term successful response in over 50% of patients. While not devoid of risks, it is associated with less urinary tract infections and virtually eliminates the risk of transient need for clean intermittent catheterization (CIC), when compared with onabotulinumtoxinA injections. Regarding NOCUR, SNM showed even higher success rates in some series, with a significant proportion of patients reducing the frequency or eliminating the need for CIC. Measuring improvement and comparing therapies in this heterogeneous population is difficult with any treatment modality, and SNM proves no exception to this.

**Objetivos:** To analyse the success rates of SNM in our population of patients with refractory OAB symptoms (neurogenic or idiopathic) and in patients with NOCUR, measured in symptom improvement and in patient satisfaction. To identify clinical predictors of treatment success.

**Material e métodos:** A retrospective review of patients submitted to SNM between 2013 and 2018 in our Center was conducted. Patient demographics, associated comorbidities and symptoms, previous treatments and pre-SNM status including symptoms, flowmetry, post-void residual (PVR), pressure-flow studies (PFS), number of pads per day (PPD) in patients with urgency urinary incontinence (UUI) and CIC per day were analyzed. All these parameters (as well as subjective patient satisfaction) were compared with an early post-treatment period, as well as a later assessment at least 6 months after SNM. Statistical analysis was performed with SPSS 23<sup>®</sup>.

**Resultados:** Overall, data on 25 patients who completed the satisfaction questionnaires was gathered. Of these, 12 had predominantly OAB symptoms and 13 had NOCUR. Globally, there was a 65% long-term (> 6 months) high satisfaction with SNM treatment. Women and younger patients, particularly under 50 years old, were those who reported highest satisfaction rates with the procedure ( $p=0.025$  and  $p=0.020$ , respectively). In the OAB group, there was a good correlation between patient satisfaction and number of PPD after treatment ( $p=0,049$ ) and PPD reduction ( $p=0,038$ ). In the NOCUR group, 4 of the 5 patients (80%) who had indwelling catheters achieved durable spontaneous voiding; the 8 patients who were performing CIC reduced their number of daily catheterizations by 2; of these, 5 (62,5%) avoided the need for CIC altogether. This did not correlate strongly with patient satisfaction. Significant adverse effects were seen on 2 patients (8%) (chronic pain and infection requiring device removal).

**Discussão/Conclusões:** SNM is an effective treatment in managing refractory OAB symptoms and may be the only alternative to CIC or indwelling catheters in patients with NOCUR. Conventional symptom assessment to evaluate treatment efficacy may not always correlate with patient satisfaction, which must be taken into account; other factors such as bowel and sexual function may play a role in this variability.



## **CA20 - MIOMA SUBURETRAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Sofia Pedrosa<sup>1</sup>; Maria Geraldina Castro<sup>2</sup>; Liana Negrão<sup>2</sup>

*1 - Centro Hospitalar Baixo Vouga; 2 - Centro Hospitalar Universitário de Coimbra*

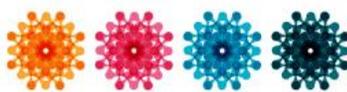
**Introdução:** Os leiomiomas suburetrais são muito raros e existem poucos casos publicados na literatura. A sua localização é considerada atípica porque este tipo de tumores surge maioritariamente no miométrio, bexiga e uretra. Clinicamente podem apresentar dispareunia, dor pélvica e sintomas urinários como disúria, com ou sem incontinência urinária de esforço.

**Objetivos:** O objetivo deste trabalho é apresentar a abordagem diagnóstica e terapêutica de um caso de mioma suburetral.

**Material e métodos:** Revisão de um caso clínico de um mioma de localização suburetral.

**Resultados:** Os autores apresentam um caso de uma doente de 58 anos, G2P2 com dois partos vaginais, enviada à consulta de ginecologia por sensação de corpo estranho vaginal com evolução de 1 ano. Na observação identificou-se um nódulo na parede anterior da vagina, na região suburetral, de consistência dura, com cerca de 2 cm de maior diâmetro. Na ecografia do pavimento pélvico visualizou-se uma tumefação sólida na região supracitada, medindo 18x14x18mm, pouco vascularizada e sem contacto com a uretra. Foi submetida a exérese da formação através de colpotomia anterior que decorreu sem complicações, com alta após 24 horas. O estudo histológico da peça revelou leiomioma suburetral. A doente apresentava-se assintomática na consulta de revisão pós-operatória

**Discussão/Conclusões:** Apesar de serem raros, os tumores dos espaços uretrovaginal ou vesicovaginal são benignos. A ecografia do pavimento pélvico assume uma avaliação importante uma vez que permite diferenciar as estruturas do espaço parauretral, determinar a sua relação com a uretra e planear a abordagem cirúrgica. A exérese cirúrgica de mioma suburetral é o tratamento final com bom prognóstico e ausência de sintomas de dispareunia, dor pélvica crónica, disúria e incontinência urinária. A recorrência é extremamente rara, apenas 1 caso foi descrito na literatura.



## **CA21 - TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA MISTA COM INJEÇÃO DE TOXINA BOTULÍNICA E COLOCAÇÃO DE REDE SUB-URETRAL OU INJEÇÃO DE BULKING AGENT, NO MESMO TEMPO CIRÚRGICO. TRATAMENTO CONTROVERSO? SEGURO? EFICAZ?**

Mariana Medeiros<sup>1</sup>; Frederico Ferronha<sup>1</sup>; Vanessa Andrade<sup>1</sup>; Thiago Guimarães<sup>1</sup>; Rui Bernardino<sup>1</sup>; Gil Falcão<sup>1</sup>; João Guerra<sup>1</sup>; Luís Campos Pinheiro<sup>1</sup>

*1 - Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central*

**Introdução:** A incontinência urinária é uma patologia extremamente comum, principalmente no sexo feminino, com impacto na qualidade de vida a nível físico, psicológico, social e financeiro.

Cerca de 1/3 das mulheres com incontinência urinária tem incontinência urinária mista e esta torna-se mais prevalente com o aumento da idade. Vários estudos incluem doentes com incontinência urinária mista, mas são poucos os que analisam separadamente estes doentes, o que leva à falta de sustentação científica nas recomendações terapêuticas neste grupo.

Em doentes com incontinência urinária mista recomenda-se o tratamento do tipo de incontinência em que os sintomas são mais incomodativos para a doente, no entanto sem elevado nível de evidência.

**Objetivos:** O objetivo deste trabalho consiste em verificar a eficácia do tratamento combinado de injeção de toxina botulínica com rede sub-uretral ou injeção uretral de bulking agent no mesmo tempo cirúrgico para o tratamento de incontinência urinária mista com predomínio de sintomas de urgência, realizados entre 2012 e 2018.

**Material e métodos:** Foram analisados 135 processos clínicos e, destes, selecionados apenas mulheres com incontinência urinária mista de predomínio de urgência submetidas a cirurgia entre 2012 e 2018.

O procedimento consistiu na administração de toxina botulínica em 20 pontos da parede vesical. Este método foi aplicado em 40 doente sem outro procedimento associado. 11 doentes foram submetidas a este tratamento combinado com a colocação de rede sub-uretral transobturadora e 10 doentes ao mesmo procedimento combinado com injeção de *bulking agent*.

Todas as pacientes selecionadas tinham incontinência urinária refratária ao tratamento conservador.

Para avaliação do grau de satisfação, as doentes responderam às seguintes questões: “Numa escala de 0 a 10, como classifica o grau de satisfação em relação aos resultados da sua cirurgia?” e “Por quanto tempo, em meses, sentiu os seus sintomas melhorados depois da cirurgia?”

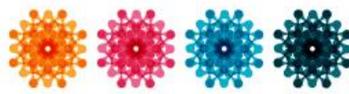
**Resultados:** As características demográficas do estudo estão sumarizadas na tabela 1 e os resultados cirúrgicos na tabela 2. A média de seguimento foi de 49 meses( $\pm 34$ );

4 doentes no grupo de tratamento com injeção de toxina botulínica apresentaram infeção urinária, como complicação precoce da cirurgia, no entanto foram medicadas com antibioterapia, sem outras ocorrências. No grupo de doentes submetida a injeção de toxina botulínica combinado com colocação de rede sub-uretral, registou-se um caso de dor pélvica como complicação pós-operatória.

Em nenhum dos três grupos houve doentes a necessitar e cateterização intermitente. Em todos os grupos de tratamento houve redução do número de pensos utilizado. Relativamente ao grau de satisfação, o grupo de tratamento combinado de toxina botulínica e rede sub-uretral foi o que obteve maior pontuação  $7,27 \pm 1,07$ . Este resultado pode dever-se ao facto do tratamento eficaz da incontinência urinária de esforço e melhoria dos sintomas por um longo período de tempo.

No nosso estudo, o grupo de tratamento combinado com injeção de *bulking agent* não apresentou complicações pós-operatórias, no entanto o grau de satisfação foi inferior, possivelmente pela menor duração da melhoria dos sintomas.

**Discussão/Conclusões:** Apesar do número reduzido de doentes envolvidos no estudo, este sugere que o tratamento combinado para a incontinência urinária mista é seguro e eficaz.



## CARTAZ COM DISCUSSÃO

### CA22 - AVALIAÇÃO INICIAL E ESTUDO COMPARATIVO DA GRAVIDADE DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA (IU) EM MULHERES OBESAS SUBMETIDAS A CIRURGIA BARIÁTRICA

Bárbara Oliveira<sup>1</sup>; Vera Marques<sup>1</sup>; Pedro Barros<sup>1</sup>; Marco Dores<sup>1</sup>; Andreia Fernandes<sup>1</sup>; Gilberto Rosa<sup>1</sup>; Aníbal Coutinho<sup>1</sup>

1 - Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Hospital de Faro

**Introdução:** A obesidade é um fator de risco conhecido para incontinência urinária(IU), associando-se a uma incidência duas vezes superior de IU de esforço e três vezes de IU de urgência. Mulheres obesas apresentam maior massa abdominal e, conseqüentemente aumento da pressão intra-abdominal e intravesical, assim como alterações do pavimento pélvico que levam à desregulação do mecanismo responsável pela continência urinária.

**Objetivos:** Determinar o impacto da cirurgia bariátrica bem como a influência de factores risco conhecidos na gravidade da IU em mulheres obesas, comparando os períodos pré (estadio 0) e pós-operatórios (estádios: 1(6 aos 12meses)/ 2(12 aos 18 meses).

**Material e métodos:** Mulheres seguidas em consulta multidisciplinar de cirurgia bariátrica responderam anonimamente ao questionário ICIQ-SF(International Consultation on Incontinence Questionnaire–Short Form), traduzido e validado para a população portuguesa. Previamente era efetuada pesagem da paciente e calculados o índice de massa corporal (IMC) e percentagem de peso perdido.

Para caracterizar a amostra foram colhidos dados do processo clínico acerca de antecedentes cirúrgicos pélvicos, índice obstétrico e tipo de partos, menopausa, presença de Diabetes, corroborada com a hemoglobina glicada(HbA1c).

Análise estatística foi realizada através do SPSS v20.0.Todos valores p foram considerados estatisticamente significativos para  $p \leq 0.05$ . O teste de Kruskal-Walis e McNemar'schi-square foi utilizado para variáveis contínuas e categóricas respectivamente.

**Resultados:** Das 50 mulheres que preencheram o ICIQ-SF, 8 foram excluídas por complicações cirúrgicas ou reintervenções, 17 encontravam-se no período pré-operatório e 25 no período de seguimento.

A idade média da população era de 46 anos (24-67 anos). O número mediano de gestações foi 2, sendo a percentagem de nulíparas de 14,3%; 33,3% das mulheres tiveram parto vaginal, 33,3% cesariana e 19% parto vaginal e cesariana.

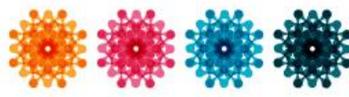
Relativamente aos antecedentes patológicos, 19% das doentes eram diabéticas, 38,1% foram sujeitas a intervenções cirúrgicas pélvicas prévias e 21,4% encontrava-se na menopausa.

Na avaliação antropométrica: no pré-operatório o peso médio foi de 109,25kg, com um IMC variável entre 35,7 e 46,9kg/m<sup>2</sup>.

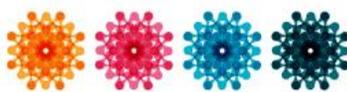
As perdas médias de peso nos estádios 1 e 2 foram de 28,11% e 35,03%, respetivamente. No período pré-operatório, 58,8% apresentavam IU: 17,6% ligeira, 17,6% moderada e 23,5% grave. No estadio 1, 36,4% apresentam IU: 9,1% ligeira, 18,2% moderada e 9,1% grave. No estadio 2, 21,4% apresentam IU: 7,1% ligeira e 14,3% moderada. Em termos globais, a classificação do tipo de IU foi analisado nas respostas à questão 6 do questionário ICIQ-SF: 41,2% das doentes apresentavam IU de urgência, 41,2% apresentavam IU de esforço e 5,9% IU mista.

Após análise estatística dos resultados obtidos no grupo de doentes em estadio pré-operatório, verificou-se que o peso ( $p=0.015$ ) e IMC ( $p=0.007$ ) se associaram a formas mais severas de IU (moderada e grave). Verificou-se também que a classificação ICIQ neste grupo foi significativamente superior ( $p=0,034$ ) à classificação do grupo pós-operatório

**Discussão/Conclusões:** O presente estudo demonstra que a cirurgia bariátrica pode constituir uma medida efetiva em doentes obesas com IU, independentemente do tipo de IU. Dados os vieses estatísticos inerentes a comparações entre indivíduos diferentes, pretende-se prolongar o presente estudo do grupo



actualmente no estadio pré-operatório, realizando análise prospectiva dos resultados obtidos após a cirurgia (estádios 1 e 2).



## CA23 - COLPORRAFIA ANTERIOR NO TRATAMENTO DO PROLAPSO DO COMPORTAMENTO ANTERIOR- CASUÍSTICA DE 3 ANOS NO HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA, GUIMARÃES

Ana Isabel Cunha<sup>1</sup>; Cláudia Miranda<sup>1</sup>; Horácio Azevedo<sup>1</sup>; Elsa Pereira<sup>1</sup>; José Vivas<sup>1</sup>

*1 - Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães*

**Introdução:** O prolapso de órgãos pélvicos (POP) é a herniação dos órgãos pélvicos através ou para além das paredes vaginais, sendo a correlação entre a alteração anatómica e a sintomatologia associada essencial para a determinação do significado clínico do POP. Os principais fatores de risco para POP são a idade avançada, paridade e obesidade.

O prolapso do compartimento anterior refere-se à protusão da parede vaginal anterior frequentemente associada a descida da bexiga (cistocelo) e/ou uretra (uretrocelo).

O tratamento cirúrgico do POP está indicado em mulheres com prolapso sintomático após falha ou recusa de abordagem conservadora. A colporrafia anterior é o procedimento standard no tratamento do prolapso do compartimento anterior, com taxas de sucesso de 80-100%.

**Objetivos:** Descrever a população de mulheres submetidas a colporrafia anterior, incluindo fatores de risco para POP, as complicações perioperatórias do procedimento e os resultados pós-operatórios.

**Material e métodos:** Estudo de coorte retrospectivo, num total de 41 mulheres submetidas a colporrafia anterior isolada ou a colporrafia anterior e colpoperineoplastia simultâneas, entre 2017 e 2019 no Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães.

**Resultados:** No período em análise, foram submetidas a colporrafia anterior 41 mulheres, com uma idade média de 63 anos  $\pm$  9 [41-86]. 12,2% destas mulheres apresentavam excesso de peso ( $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) e 22% eram obesas ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ). Relativamente à paridade, 87,8% eram múltiparas (97,3% das quais tiveram partos vaginais), sendo que apenas 4,9% (n=2) eram grandes múltiparas ( $\geq 4$  partos).

Os antecedentes pessoais mais frequentes foram a hipertensão arterial (26,8%), depressão (24,4%) e dislipidemia (22%).

Nesta amostra, 4 mulheres (9,8%) tinham sido submetidas previamente a colporrafia anterior. 29,3% tinham antecedentes de histerectomia abdominal, uma das quais com suspensão da cúpula vaginal concomitante.

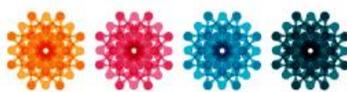
No que diz respeito à classificação do POP, segundo o sistema de classificação da ICS, 34,1% (n=14) tinham prolapso de estadio II e 65,9% (n=27) estadio III ou superior. Foi realizada colpoperineoplastia simultânea à colporrafia anterior em 8 mulheres (19,5%).

Destaca-se a ocorrência de apenas uma complicação perioperatória: retenção urinária pós-cirúrgica com resolução em internamento e assintomática em consulta de revisão pós-operatória.

Relativamente aos resultados pós-operatórios, a taxa de sucesso (mulheres assintomáticas e sem POP) foi de 86,5% (n=32). Verificaram-se 3 casos de incontinência urinária de urgência “de novo” e 3 casos de cistocelo de estadio I.

**Discussão/Conclusões:** O POP afeta milhões de mulheres, sendo o prolapso do comportamento anterior o mais prevalente. É uma patologia com grande impacto na qualidade de vida, podendo afetar a função sexual e imagem corporal e condicionar o aparecimento de sintomas urinários e/ou defecatórios.

Tal como demonstrado em outros estudos, a colporrafia anterior para o tratamento do prolapso do comportamento anterior tem uma elevada taxa de sucesso e uma baixa taxa de complicações perioperatórias.



## CA24 - IMPORTÂNCIA DA REALIZAÇÃO DE ESTUDO URODINÂMICO PREVIAMENTE À REALIZAÇÃO DE CIRURGIA DE CORREÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO COM SLING TRANSOBTURADOR

Ana Isabel Cunha<sup>1</sup>; Cláudia Miranda<sup>1</sup>; Horácio Azevedo<sup>1</sup>; Elsa Pereira<sup>1</sup>; José Vivas<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

**Introdução:** A incontinência urinária de esforço (IUE) refere-se à perda involuntária de urina com o esforço físico. O tratamento inicial passa por uma abordagem conservadora com alterações no estilo de vida, nomeadamente perda de peso, e realização de exercícios dos músculos do pavimento pélvico. A abordagem cirúrgica inclui, entre outros, a colposuspensão de Burch e a colocação de *slings* pubo-vaginais ou da uretra média (retropúbicos, transobturadores ou de incisão única). Os *slings* da uretra média têm uma taxa de cura de 80-90%, com uma taxa de erosão/extrusão inferior a 5%.

Os Estudos Urodinâmicos (EUD) são um método de avaliação da função do trato urinário inferior que têm como objetivo reproduzir os sintomas da doente e encontrar uma explicação fisiopatológica para os mesmos, podendo ainda prever problemas e excluir alterações que podem interferir com o tratamento. De acordo com as *guidelines* da Associação Europeia de Urologia, a realização por rotina de EUD pré-cirúrgico não é necessária na IUE não complicada.

**Objetivos:** Descrever a população de mulheres submetidas a cirurgia de correção de IUE com *sling* transobturador e avaliar o impacto da realização de EUD pré-cirúrgico nos desfechos pós-operatórios.

**Material e métodos:** Estudo de coorte retrospectivo, num total de 167 mulheres submetidas a cirurgia de correção de IUE com *sling* transobturador, entre 2017 e 2019 no Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães.

**Resultados:** No período em análise, foram submetidas a cirurgia de correção de IUE com *sling* transobturador 167 mulheres, com uma idade média de 53,7 anos  $\pm$  9,9 [33-79]. 33,5% destas mulheres apresentavam excesso de peso (IMC  $\geq$ 25 kg/m<sup>2</sup>) e 18% eram obesas (IMC  $\geq$ 30 kg/m<sup>2</sup>). Relativamente à paridade, 94% eram múltiparas, 8,9% das quais grandes múltiparas ( $\geq$ 4 partos).

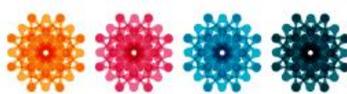
O EUD foi realizado em 37 pacientes (22,2%) previamente à cirurgia. Das pacientes que realizaram EUD, 2 tinham sido submetidas previamente a cirurgia com *sling* transobturador. Constatou-se a ocorrência de apenas uma complicação peri-operatória: laceração vesical iatrogénica. Neste grupo, a taxa de sucesso sem complicações foi de 83,8% (n=31). Verificou-se persistência/recorrência da IUE em 5,4% das pacientes (n=2), incontinência urinária de urgência (IUU) “de novo” em 8,1% (n=3) e 1 caso de extrusão da prótese (2,7%).

No grupo que não realizou EUD (n=130) verificou-se, tal como no grupo que realizou o exame, apenas 1 caso de laceração vesical iatrogénica. A taxa de sucesso sem complicações foi de 83,1% (n=108). Neste grupo, 8,5% (n=11) das pacientes tiveram IUE persistente/recorrente, 3,8% (n=5) queixas de dor hipogástrica/inguinal crónica e 2,3% (n=3) IUU “de novo”. Constatou-se um caso de retenção urinária.

A diferença na taxa de sucesso sem complicações e na taxa de persistência/recorrência de IUE entre os dois grupos não foi estatisticamente significativa (p=0,92 e p=0,54, respetivamente).

**Discussão/Conclusões:** A incontinência urinária é muito comum, porém continua a ser subtratada pois a vergonha, falta de conhecimento sobre as opções de tratamento e medo da cirurgia fazem com que muitas mulheres não procurem ajuda.

Devido ao grande impacto na qualidade de vida, a otimização terapêutica é essencial. Tal como demonstrado em outros estudos, a realização pré-operatória de EUD não melhorou os desfechos cirúrgicos na IUE.



## CA25 - CIRURGIA LAPAROSCÓPICA NO TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE GENITO-URINÁRIA

Jorge Correia<sup>1</sup>; Diogo Carneiro<sup>1</sup>; Mariana Madanelo<sup>1</sup>; Bernardo Teixeira<sup>1</sup>; Gonçalo Mendes<sup>1</sup>; Sofia Mesquita<sup>1</sup>; Hélder Ferreira<sup>1</sup>; Avelino Fraga<sup>1</sup>; Miguel Silva-Ramos<sup>1</sup>

1 - Centro Hospitalar Universitário do Porto

**Introdução:** A endometriose caracteriza-se pela presença de tecido endometrial em focos ectópicos fora da cavidade uterina, apresentando-se com sintomas inespecíficos que dificultam o seu diagnóstico. O envolvimento do tracto urinário é raro (1%), sendo a bexiga o local mais comumente afectado (70-85%). O tratamento definitivo é a excisão cirúrgica das lesões.

**Objetivos:** Realizar uma análise da eficácia, segurança e complicações do tratamento cirúrgico da endometriose genito-urinária.

**Material e métodos:** Foi efectuada uma análise retrospectiva das características demográficas, resultados peri-operatórios e melhoria dos sintomas (avaliados por escala visual analógica da dor [EVA]) de todos os doentes submetidos a tratamento cirúrgico por endometriose genito-urinária na nossa instituição entre 2014 e 2019. Todas as cirurgias foram realizadas pelo mesmo grupo de cirurgiões por via laparoscópica.

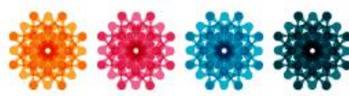
**Resultados:** Foram intervencionadas 26 doentes neste período com média de idades 38,9±5,7 anos. A maioria era nulípara (61,5%), sendo que 46% (n=12) apresentava história prévia de cirurgia ginecológica (83% destas por anterior exérese de lesões endometriais). 13 doentes (50%) encontravam-se já previamente com tratamento médico (92% sob terapêutica hormonal combinada).

Os sintomas mais frequentemente referidos foram dismenorria e dispareunia (85% e 69%, respectivamente), seguidos de disúria (46%). Verificou-se uma associação significativa entre a presença de disúria e o tamanho da lesão endometrial ( $p=0,003$ ) e uma correlação moderada entre a intensidade da disúria (avaliada por EVA) e o tamanho da lesão ( $r=0,67$ ;  $p=0,01$ ), embora não houvesse associação com a presença de LUTS ( $p=0,697$ ). Um elevado número de doentes ( $n=15$ ) referia também disquécia, que se relacionava com o facto de 69% das mulheres apresentarem focos de endometriose noutras localizações removidos no mesmo tempo cirúrgico.

O número de doentes com endometriose vesical foi o mesmo das com atingimento ureteral ( $n=11$ , 42% em cada), sendo que 1 doente apresentava envolvimento de ambos, e 3 apenas envolvimento superficial. A cistectomia parcial foi o tratamento mais utilizado na endometriose vesical (67%), sendo as restantes realizadas com tratamento combinado (auxiliado por abordagem transuretral). Na endometriose ureteral os tratamentos realizados foram a ureterectomia segmentar com anastomose topo-a-topo (50%), a uretrólise (33%) e a ureteroneocistostomia (17%). Todos os casos de endometriose superficial foram abordados com ureterólise. Na maioria dos casos foram referenciados os ureteres por cateterização retrógrada com JJ ( $n=22$ ; 85%). Ocorreram complicações intra-operatórias minor em 6 doentes (23%), a maioria lacerações iatrogénicas de vísceras vizinhas prontamente corrigidas com rafia intra-corporal, sendo que em 1 doente houve necessidade de conversão da cirurgia para correcção da lesão. Não se registaram complicações major nem houve necessidade de re-intervenção em nenhum caso.

Observou-se uma melhoria significativa na dor por dismenorria (7,38 pré-operatoriamente para 1,63 no pós-operatório;  $p<0,001$ ), dispareunia (4,63 para 2,42;  $p=0,014$ ) e disúria (3,46 para 0,9;  $p=0,005$ ). A taxa de recorrência foi de 8%. Dos 8 casos de infertilidade antes da cirurgia, 3 doentes obtiveram uma gravidez clínica (37,5%). Não se observou relação entre a localização das lesões e infertilidade ( $p=0,751$ ) ou gravidez com sucesso ( $p=0,641$ ).

**Discussão/Conclusões:** A cirurgia laparoscópica é uma técnica segura e eficaz no tratamento da endometriose, com melhoria clínica e da qualidade de vida destas doentes, apresentando uma baixa taxa de complicações.



## CARTAZ COM DISCUSSÃO

### CA26 - TRANSOBTURATOR MIDURETHRAL SLINGS IN OBESE PATIENTS – SUCCESSFUL OR NOT?

Maria Lúcia Moleiro<sup>1</sup>; Helena Veloso<sup>1</sup>; Raquel Reis<sup>1</sup>; Marcília Teixeira<sup>1</sup>; Anabela Branco<sup>1</sup>; Bercina Cadoso<sup>1</sup>

*1 - Centro Materno Infantil do Norte – Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal*

**Introdução:** Obesity - body mass index (BMI) above 30 Kg/m<sup>2</sup> – is growing, as well as its associated comorbidities. Urinary incontinence (UI) is known to be more frequent with higher BMI and a loss of weight may be the only intervention necessary to cure it. However, surgery may be necessary and sometimes of paramount importance for lifestyle changes that make that loss of weight possible. When proposing a surgical correction of UI, namely on obese patients, it's vital, on the one hand, to choose the most appropriate technique and, on the other hand, to explain them the realistic results expected and how can they contribute to them.

**Objetivos:** To understand if success rates of IU treatment with transobturator midurethral sling (TOT) in women vary according to BMI and if there's a type of TOT associated with great success in obese population.

**Material e métodos:** A retrospective study was conducted based on an existing database which included all women who were operated for urinary incontinence using transobturator midurethral sling approach in our Department, between January 2004 and June 2019. Data regarding patients BMI, type of TOT and outcome were analysed using *SPSS IBM Statistics 25*. Parametric tests were chosen according to the type of variable.

**Resultados:** This study included 1843 women (after exclusion of 341 cases with no data regarding BMI). Three groups were formed according to their BMI distribution: group 1 with 511 women (27.7%) - normal BMI (18-25 Kg/m<sup>2</sup>); group 2 with 792 women (43%) - overweight (25-30 Kg/m<sup>2</sup>); and group 3 with 540 women (29,3%) - obese (> 30 Kg/m<sup>2</sup>).

It was noticed a tendency towards failure of the technique with increasing BMI, since failure rate on group 1 was 7.3%, on group 2 was 8.2% and on group 3 was 9.6%. Nevertheless, the comparison between success rates on these groups reported no significant statistical difference (p=0.419). Complication's rate was also equivalent between groups (0.9%, 1.2% and 0.8%, respectively).

When comparing “outside in” and “inside out” approaches and success rate among groups, none has proved to be significantly more efficient. Regarding the success obtained with tension-free vaginal tape (TVT-Abbrevio®), no significant differences were also found between groups.

**Discussão/Conclusões:** Despite a tendency of less success of surgery for IU on patients with higher BMI it was not significant probably due to the short-term follow-up (median 7 months) or maybe because other lifestyle and personal risk factors may have a higher influence. The low unsuccess rate and short follow-up may have limited the analysis of the success between the different types of slings among groups.

In conclusion, in the short-term, BMI doesn't impact TOT surgery success rate despite the type of sling used. Nevertheless, given the chronic characteristics of obesity and the pathophysiology of UI, studies with longer follow-up are important to understand the real efficacy of each technique.