

V01- BEXIGA HIPERACTIVA IDIOPÁTICA PODE TRATAR-SE CIRURGICAMENTE - CESA/VASA LAPAROSCOPIC SURGERY

Pedro Galego¹; José Eduardo Cardoso De Oliveira¹

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

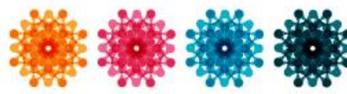
Introdução: Incontinência urinária de urgência, patologia conhecida com bexiga hiperactiva de causa idiopática, afecta cerca de 40% das mulheres com mais de 60 anos de idade, e um número indeterminado nas mais jovens. O tratamento desta patologia consiste, principalmente, na administração oral de anti-muscarínicos. No entanto, pelos seus efeitos secundários e a fraca ou não resposta a este tratamento, cerca de 50% destas doentes acabam sem grandes soluções terapêuticas. Esta nova técnica tem como objectivo principal o tratamento cirúrgico curativo da bexiga hiperactiva idiopática em doentes refractárias ao tratamento médico.

Objetivos: Apresentação de um vídeo onde se ilustra a realização da técnica CESA/VASA por via laparoscópica.

Material e métodos: Segundo o mentor da técnica, Dr. Wolfram Jäger, Director da Uroginecologia do Hospital Universitário de Colonia (Alemanha), a incontinência urinária de urgência (Bexiga Hiperactiva Idiopática) resulta pela rotura ou lassidão dos ligamentos uterosagrados. Esta técnica está indicada para todas as mulheres que apresentam sintomas de incontinência urinária de urgência ou mista, onde sejam excluídas outras causas possíveis como patologias Neurogénicas e Congénitas, e onde todos os tratamentos conservadores/médicos não foram eficazes. A técnica consiste numa abordagem cirúrgica por via abdominal (aberta ou laparoscópica), seguido de histerectomia sub-total, se necessário ou se houver, concomitantemente, prolapso uterino. À posterior identificação dos ligamentos uterosagrados e da vértebra sagrada S2, aplica-se uma fita (CESA/VASA) que se fixa ao colo uterino ou à cúpula vaginal, inserida retroperitonealmente no lugar onde existiam os ligamentos uterosagrados, e fixada ao osso sacro a nível de S2. Quando há prolapso dos órgãos pélvicos associado, nomeadamente uterino ou da cúpula vaginal, esta técnica favorece a correcção desse problema ao fortalecer o pavimento pélvico posterior.

Resultados: Trata-se de uma doente de 68 anos, histerectomizada há 18 anos, que apresentava queixas de incontinência urinária urgência. Apresentava uma frequência urinária > 15x/dia e não conseguia atrasar a micção por > 3 minutos. Já tinha sido submetida a vários tratamentos médicos (anti-muscarínicos e mirabegrom) sem grande resposta terapêutica. Após explicação cuidada da técnica, a doente aceitou a intervenção cirúrgica - CESA/VASA por via Laparoscópica. O tempo cirúrgico total foi de 95 minutos com perdas de sangue insignificantes. Intra e pós-operatório sem intercorrências e a doente teve alta 48h após a intervenção. 12 semanas após a cirurgia a doente estava curada. Apresentava uma frequência urinária 5-6x/dia e já conseguia atrasar a micção por mais de 15 minutos. Às 24 semanas após a cirurgia a doente mantinha-se curada e bastante satisfeita.

Discussão/Conclusões: Podemos concluir que CESA/VASA, apesar de ser ainda uma técnica em fase de desenvolvimento, poderá "marcar" o FUTURO da Uroginecologia no tratamento da bexiga hiperactiva idiopática.



V02 - AUTOLOGOUS FASCIAL SLING: A SUCCESSFUL TECHNIQUE IN A HOPELESS CASE

Mariana Madanelo¹; Carlos Ferreira¹; Avelino Fraga¹; Paulo Príncipe¹

1 - Serviço de Urologia - Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: The autologous fascial pubovaginal sling (AFPVS) is a well-known technique used for stress urinary incontinence since the 1990s. Further, since the US Food and Drug Administration warning regarding transvaginal mesh, there has been an increase in AFPVS placement.

Although it can be used as a primary choice for uncomplicated stress urinary incontinence, it is used more often in particular indications such as patients with intrinsic sphincter deficiency, prior pelvic irradiation and failed and/or complicated synthetic midurethral slings.

Objetivos: We present a case of a patient who had been through an autologous fascial sling procedure after some complications of two synthetic midurethral slings.

Resultados

Clinical Case: A 61-year-old female with no past medical history who underwent a transvaginal and a transobturator midurethral sling procedure for stress urinary incontinence (SUI) in 2004 and 2015. After the second procedure, the patient presented complaints of dysuria, urgency, refractory incontinence, paraurethral pain and some dyspareunia. A protrusion of the synthetic tape into the urethra was found and she underwent some procedures of mesh extrusion. All these surgeries were made outside our hospital and we did not have access to the details.

On January 2018, she was referred to our hospital for total urinary incontinence.

On September 2018, she underwent another endoscopic and transvaginal mesh removal procedure at the operating room. After this surgery, the incontinence had gotten worse.

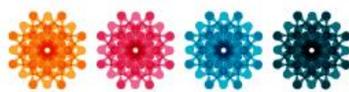
The urodynamic investigation showed no detrusor overactivity or abnormal accommodation but a hypersensitive bladder at filling. She initiated micturition voluntarily with no post-void residual urine, as well as, no signs of obstruction. The abdominal leak point pressure urine was 26 cmH₂O. During cystoscopy we found a persistent protrusion of the synthetic tape into the bladder neck.

On September 2019, she underwent an AFPVS. This video demonstrates our technique of AFPVS.

She voided with a transitory difficulty on post op day 1 but with a quick functional recovery being discharged at day 3 post op without any complaint.

She is now clinically well and satisfied. She reported no incontinence. Three months after surgery, an ultrasound scan was made and showed absence of post-void residual urine.

Discussão/Conclusões: Autologous fascial sling seems to be a safe and valid method to treat refractory stress urinary incontinence even after severe complications of synthetic midurethral slings.



V03 - MESHECTOMY LAPAROSCÓPICA – UM DESAFIO CIRÚRGICO DO UROLOGISTA MODERNO

Joana Polido¹; Tito Palmela Leitão¹; Ricardo Pereira E Silva¹; Carolina Borges Da Ponte¹; Afonso Sousa Castro¹; José Palma Reis¹; Tomé Lopes¹

1 - Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte

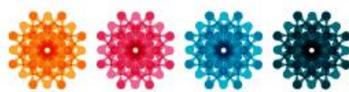
Introdução: A utilização de materiais sintéticos na correção de prolapso de órgãos pélvicos (POP) permite uma maior durabilidade dos resultados funcionais pós-cirúrgicos, mas tem vindo a ser cada vez mais questionada pelas complicações associadas, habitualmente de etiologia multifactorial.

Objetivos: Descrever e demonstrar um caso de infecção e erosão de prótese após sacrocolpopexia laparoscópica e respectiva extracção pela mesma via.

Material e métodos: Doente do sexo feminino, 68 anos, diabética insulinotratada, obesa, com antecedentes de histerectomia total e anexectomia direita, medicada com clopidogrel e ginkgo biloba. Foi submetida a sacrocolpopexia (implantação de rede de polipropileno) laparoscópica para correção de POP total (compartimento anterior, médio e posterior), complicado de hematoma pélvico ao sétimo dia pós-operatório na sequência de não interrupção de ginkgo biloba, substância com conhecido efeito anticoagulante. Este foi inicialmente abordado de forma conservadora. Ao 4^o mês pós-operatório iniciou quadro de supuração vaginal, sem qualquer extrusão identificável ou colecção identificável em TC. Por persistência da supuração após diversos ciclos de antibioterapia, optou-se por excisar o componente posterior da prótese, na sua totalidade, por via vaginal. Por insucesso na resolução do quadro e perante a evidência de colecção com cerca de 5,5cm junto à cúpula vesical em ecografia realizada, foi proposta para excisão de componente remanescente de prótese de sacrocolpopexia via abdominal por laparoscopia.

Resultados: A abordagem cirúrgica foi laparoscópica transperitoneal, com a doente em posição de litotomia modificada e utilização de 4 portas. Foi inicialmente realizada ooforectomia de ovário remanescente à esquerda. Posteriormente realizou-se abordagem e dissecação cuidadosa do espaço vesico-vaginal, que apresentava processo fibrótico exuberante. Realizou-se extracção da prótese remanescente, encapsulada em posição lateral à cúpula vaginal. O procedimento decorreu sem intercorrências. O tempo cirúrgico foi 314 minutos e as perdas hemáticas 500cc. No pós-operatório a doente evoluiu favoravelmente, tendo realizado ciclo de antibioterapia com cefalosporina e metronidazol, com alta ao oitavo dia pós-operatório. Aos 30 dias após a cirurgia, a doente apresentava-se assintomática, sem qualquer supuração purulenta vaginal, dispareunia ou incontinência.

Discussão/Conclusões: A infecção e erosão/extrusão é uma das complicações possíveis associadas à utilização de material sintético na cirurgia reconstrutiva pélvica. Alguns factores de risco estão associados a complicações na implantação de redes sintéticas nestas cirurgias, entre os quais se incluem factores do hospedeiro, factores cirúrgicos e as características do material protésico implantado. A excisão de material protésico infectado é cirurgicamente desafiante, por todas as alterações anatómicas existentes em território previamente intervencionado e intensa fibrose. O futuro do uso das próteses sintéticas na cirurgia reconstrutiva pélvica é incerto, sendo idealmente reservado a doentes cuidadosamente seleccionados e a centros com experiência na sua colocação e abordagem das complicações.



V04 - “OLD BUT GOLD” - COLPOSUSPENSÃO DE BURCH LAPAROSCÓPICA NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO

Joana Polido¹; Ricardo Pereira E Silva¹; Tito Palmela Leitão¹; Joana Gomes¹; José Palma Dos Reis¹; Tomé Lopes¹

1 - Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

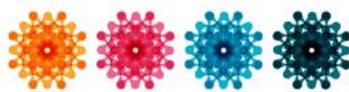
Introdução: A colposuspensão de Burch é uma opção cirúrgica viável para o tratamento da incontinência urinária de esforço (IUE) em doentes que optem pela não utilização de material sintético. A via laparoscópica parece apresentar igual eficácia à técnica clássica, pelo que tem vindo a ser crescentemente utilizada.

Objetivos: Demonstrar a técnica de colposuspensão de Burch laparoscópica.

Material e métodos: Doente do sexo feminino, 53 anos, com antecedentes pessoais de HTA, tremor essencial, 2 gravidezes com partos eutócicos de termo (laceração perineal em um deles) e menopausa aos 50 anos. Apresentava quadro de perda de urina com esforço, ocasionalmente com episódios de urgência miccional e, por vezes, com necessidade de recurso a manobra de Valsalva no final da micção. Ao exame ginecológico apresentava: hipotonia vaginal generalizada com adequada hidratação e trofismo da mucosa; prolapso do compartimento anterior e posterior grau I; hiper mobilidade uretral com perda involuntária de urina com manobra de Valsalva. Realizou estudo urodinâmico, que revelou IUE com componente de hiper mobilidade uretral e hipoatividade ligeira do detrusor, contudo sem impacto clínico por conseguir esvaziamento vesical com auxílio de aumento da pressão abdominal, com resíduo pós-miccional (RPM) nulo. Foi proposta para colposuspensão de Burch via laparoscópica transperitoneal.

Resultados: Com a doente em decúbito dorsal, foram colocadas 4 portas: 1 umbilical, 2 laterais junto às espinhas ilíacas ântero-superiores, e 1 mediana suprapúbica. Procedeu-se inicialmente a incisão do peritoneu a nível do útero, para acesso ao espaço de Retzius. Após dissecação do espaço de Retzius, procedeu-se à dissecação da fáscia endopélvica, expondo a uretra e porção lateral da vagina, com auxílio de dissecação digito-guiada vaginal. Identificaram-se o osso púbico, o ligamento de Cooper bilateralmente e o colo vesical, referências anatómicas para realização das suturas de suspensão. Foi aplicada uma sutura de suspensão, desde o ligamento de Cooper à parede vaginal (sem transfixação da mesma), ao nível da uretra média, bilateralmente. Após confirmação de adequado suporte e mobilidade vaginal, realizou-se segunda sutura de reforço, ligeiramente lateral e posterior à primeira, bilateralmente, ao nível do colo vesical. Posteriormente realizou-se revisão de hemostase e encerramento do peritoneu. O procedimento durou 80 minutos, com perdas hemáticas de 50cc. O dreno aspirativo e a algália foram removidos no D1 pós-operatório. A doente teve alta após micção espontânea, com RPM desprezível (20cc após volume inicial de 200cc) e sem perdas desde a cirurgia. Aos 30 dias pós-operatório, mantinha-se sem perdas e com RPM nulo.

Discussão/Conclusões: A colposuspensão de Burch é uma técnica antiga mas eficaz no tratamento da IUE em doentes que optem pela não utilização de material sintético. Em caso de falência, permite ainda a colocação ulterior de um *sling* suburetral. A realização desta técnica via laparoscópica por cirurgiões experientes apresenta igual eficácia e segurança comparativamente à via aberta, com menor tempo de internamento, menos dor, menos perdas hemáticas e mais rápida recuperação no pós-operatório.



V05 - SLING AUTÓLOGO NO TRATAMENTO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO POR HIPERMobilIDADE URETRAL

Carolina Borges Da Ponte¹; Ricardo Pereira E Silva¹; Joana Polido²; Afonso Castro¹; Paulo Pe-Leve¹; José Palma dos Reis¹

1 - Serviço de Urologia do Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte; 2 - Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Setúbal

Introdução: O *sling* autólogo pubovaginal é uma opção no tratamento de incontinência urinária de esforço (IUE), descrita em 1978. Atendendo à preocupação crescente com as complicações associadas à utilização de material sintético, esta técnica tem vindo novamente a integrar o *armamentarium* cirúrgico em Urologia Funcional.

Objetivos: Descreve-se o procedimento cirúrgico, a sua colocação a nível da uretra média, assim como eventuais complicações.

Material e métodos: Doente com 52 anos, com achados clínicos compatíveis com IUE por hiper-mobilidade uretral predominante e detrusor de contratilidade *borderline*, com esvaziamento vesical completo. Após explicadas as alternativas terapêuticas - *Sling* sintético suburetral, colposuspensão de Burch por via laparoscópica e *sling* autólogo pubovaginal, a doente optou pela última. Foi efetuado ensino de cateterismo intermitente, completado com sucesso, no pré-operatório.

Resultados: A cirurgia compreendeu dois tempos: retropúbico e vaginal, para colheita e colocação do enxerto, respetivamente. A doente foi posicionada em litotomia, com acesso à região suprapúbica e vaginal, tendo sido previamente algaliada.

No tempo retropúbico, foi realizada uma incisão de *Pfannenstiel* com 6 cm de comprimento, 2 cm acima da sínfise púbica. Procedeu-se a disseção e exposição da aponevrose dos retos abdominais. Demarcou-se com caneta dermatográfica o enxerto, com forma retangular com 2 cm de largura e 8 cm de comprimento. Foram colocadas duas suturas Prolene 0, em cada extremidade, de forma a providenciar tensão na colheita do enxerto.

No tempo vaginal, após hidrodisseção da mucosa com soro fisiológico, procedeu-se a incisão mediana longitudinal, a cerca de 1,5 cm do meato uretral. Realizou-se disseção romba do tecido periuretral, em direção ao espaço de Retzius ao qual se acedeu igualmente por digito-disseção. Foi passada, de cada lado, uma agulha dupla (condutor de Pereyra) a partir do espaço de Retzius em direção à incisão vaginal, de forma a transpor a sutura da extremidade do enxerto da incisão vaginal para a abdominal.

Nesta altura, foi realizada uretrrocistoscopia flexível para exclusão de perfuração vesical. Após confirmação da integridade vesical, foi realizada tração nas suturas a partir da incisão suprapúbica, de forma a posicionar o enxerto entre o colo vesical e a uretra proximal, o qual foi fixado com Vycril 2/0 no ponto médio. Ataram-se as duas suturas acima da aponevrose dos retos, a uma distância de aproximadamente dois dedos, com a doente algaliada, de forma a que o enxerto não apresentasse tensão. A cirurgia apresentou uma duração de 72 minutos, tendo a doente apresentado resolução de IUE. O resíduo pós-miccional na primeira micção foi de 100mL e nulo após duas semanas, sem necessidade de cateterismo intermitente durante este período.

Discussão/Conclusões: A utilização de *sling* autólogo pubovaginal na uretra média é uma alternativa viável para o tratamento da IUE com hiper-mobilidade uretral predominante, em doentes que pretendam cirurgia com tecidos nativos ou que possam apresentar risco aumentado de complicações da implantação de material sintético.

Dado o risco de retenção urinária no pós-operatório, principalmente em doentes com detrusor hipoativo, o ensino de cateterismo intermitente previamente à intervenção deve ser efetuado e a doente deve estar apta e motivada para a realização dos mesmos de forma temporária ou definitiva, se indicado.