

189º Reunião da
Sociedade Portuguesa de Ginecologia

UROGINECOLOGIA

10 e 11 novembro 2017
Hotel Montebelo Vista Alegre, Ílhavo



PROGRAMA CIENTÍFICO

UROGINECOLOGIA

“**N**ovos tempos para prática da Uroginecologia determinados por regras nem sempre muito claras, exigem diferentes atitudes para melhor diagnosticar e tratar as nossas doentes.

Por isso, esta reunião da Secção Portuguesa de Uroginecologia da Sociedade Portuguesa de Ginecologia, pretende ser não só um debate claro e intenso sobre onde estamos e para onde vamos, como deve ser determinante para o início de um documento que vise atingir Consensos em Uroginecologia, definição de critérios para Centros de Referência em Uroginecologia e uma continuação do trabalho já efetuado para a atribuição de Subespecialização/Competências em Uroginecologia, para os clínicos que nesta área pretendam trabalhar de forma certificada.

A Uroginecologia em Portugal atingiu uma maturidade que nos permite aspirarmos a pôr em prática estes objetivos.

É também nossa função formar e educar pelo que esta reunião será dirigida a Internos da Especialidade nos aspetos práticos formativos da Uroginecologia, muito para além da cirurgia e do debate em volta das redes.

A presença dos Internos da Especialidade é para nós da maior importância, para que de forma participativa tragam a visão mais jovem destas temáticas e a curiosidade de quem está em plena formação.

Esperamos que esta reunião desperte não só o interesse de quem se dedica a esta área em particular, como a de todos os Especialistas que queiram dar o seu contributo para o debate de temas tão importantes, na melhor orientação e tratamento das nossas doentes.”

Amália Martins
Bercina Cadoso
Sofia Alegria

Secção Portuguesa de Uroginecologia
da Sociedade Portuguesa de Ginecologia

13.30h Abertura do Secretariado

14.30-14.45h **SESSÃO DE ABERTURA**
Amália Martins e Fernanda Águas

14.45-15.45h **ESTUDO DAS DOENTES EM UROGINECOLOGIA**
Moderadores: Pedro Cabrita e Rui Viana

- **Com prolapso dos órgãos pélvicos** (15 min.)
Rita Torres
- **Com incontinência urinária** (15 min.)
Geraldina Castro
- **Fatores de risco para o uso de redes** (15 min.)
Alexandra Henriques
- **Discussão** (15 min.)

15.45-16.40h **O FUTURO DA RECONSTRUÇÃO PÉLVICA**
Moderadores: Susana Coutinho e António Alves

- **A revolução robótica?** (20 min.)
António Setúbal
- **Que redes?** (20 min.)
Johannes Roovers
- **Discussão** (15 min.)

16.40-17.00h *Coffee-break* e visita aos Posters

17.00-18.00h **CIRURGIA PÉLVICA RECONSTRUTIVA – REFERÊNCIAS ANATÓMICAS**
Moderadores: Carlos Veríssimo e Ana Luísa Ribeirinho

- **Cirurgia clássica com tecidos nativos** (15 min.)
João Colaço
- **Cirurgia com redes** (15 min.)
Marcília Teixeira
- **Cirurgia laparoscópica** (15 min.)
Ana Paula Pereira
- **Discussão** (15 min.)

18.00-18.30h **CONSENSOS EM UROGINECOLOGIA**
Presidente: Fernanda Águas
Amália Martins, Bercina Cando e Sofia Alegria

08.00h Abertura do Secretariado

09.00-10.15h **DESAFIOS DA MULHER COM LUTS**

Moderadores: José Palma dos Reis e José Damasceno

- **A microbióta pélvica: Da biologia à doença** (15 min.)
Pedro Vieira Baptista
- **Investigação da mulher com LUTS** (15 min.)
Paulo Príncipe
- **Infeções urinárias de repetição** (15 min.)
Liana Negrão
- **Como tratar a bexiga hiperativa refratária** (15 min.)
Carlos Silva
- **Discussão** (15 min.)

10.15-11.25h **DOR PÉLVICA CRÓNICA**

Moderadoras: Maria João Andrade e Rosário Alonso

- **Síndrome da bexiga dolorosa** (20 min.)
Paulo Dinis
- **Vulvodínia** (20 min.)
Tereza Paula Gomes
- **Da anatomia da dor ao tratamento médico e cirúrgico** (20 min.)
Marc Possover
- **Discussão** (10 min.)

11.25-11.45h *Coffee-break* e visita aos Posters

11.45-12.15h CONFERÊNCIA **A PERSPETIVA EUROPEIA DA CIRURGIA COM REDES**

Presidente: Amália Martins

Palestrante: Johannes Roovers

12.15-13.30h **DISFUNÇÕES URINÁRIAS E SEXUAIS**

Moderadores: Luís Abranches Monteiro e Carla Rodrigues

- **Retenção urinária aguda e crónica** (15 min.)
Ricardo Pereira e Silva
- **Disfunção do pavimento pélvico e sexualidade** (15 min.)
Graça Santos
- **Cirurgia cosmética** (15 + 15 min.)
Luísa Magalhães Ramos e Teresa Mascarenhas
- **Discussão** (15 min.)

- 13.30-14.30h Almoço
- 14.30-15.30h **COMUNICAÇÕES LIVRES**
Moderadoras: Teresa Mascarenhas e Marta Fernandes
- 15.30-16.00h CONFERÊNCIA **CRITÉRIOS PARA UMA SUBESPECIALIZAÇÃO / ATRIBUIÇÃO DE COMPETÊNCIAS EM UROGINECOLOGIA PARA GINECOLOGISTAS**
Presidente: Miguel Guimarães
Palestrante: Alexandre Lourenço
- 16.00-17.00h SESSÃO INTERATIVA **A IMPORTÂNCIA DE UMA BASE DE DADOS**
Moderadores: Nogueira Martins e Sofia Alegria
- **Como construir uma base de dados** (15 min.)
Firmino Machado
 - **A importância da base de dados na análise crítica de resultados** (15 min.)
Firmino Machado
 - **Contributo da base de dados para a investigação** (15 min.)
Firmino Machado
 - **Discussão**
- 17.00-17.30h **A INVESTIGAÇÃO EM UROGINECOLOGIA – COMO CONTORNAR FALÊNCIA DOS TECIDOS?**
Presidentes: Bercina Candoso e Alexandre Morgado
Palestrante: Pedro Oliveira
- 17.30h Encerramento da Reunião

Resumos

Comunicações Orais

Posters



Comunicações Orais

CO 01

CONCORDÂNCIA ENTRE A CLÍNICA, URODINÂMICA E ECOGRAFIA DO PAVIMENTO PÉLVICO NA MULHER COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Marta Brito¹; Patrícia Isidro Amaral²; Rita Torres³; Guida Gomes⁴; Ana Bello⁵; Maria José Bernardo⁶

¹Interna Ginecologia e Obstetria, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Centro Hospitalar de Lisboa Central; ^{2,4,5}Assistente Ginecologia e Obstetria, departamento de Uroginecologia, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Centro Hospitalar de Lisboa Central; ³Assistente Ginecologia e Obstetria, departamento de Uroginecologia e de Ecografia Ginecológica, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Centro Hospitalar de Lisboa Central; ⁶Assistente Graduada Ginecologia e Obstetria, departamento de Ecografia Ginecológica, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Centro Hospitalar de Lisboa Central

Introdução: A avaliação clínica da incontinência urinária (IU) nem sempre é suficiente para a compreensão da sua fisiopatologia. Para melhor definir a sua etiologia e abordagem terapêutica é, por vezes, necessário recorrer a exames complementares de diagnóstico como o estudo urodinâmico (EUD) ou a ecografia do pavimento pélvico (EPP).

Objetivo: Correlação entre a anamnese, achados da EPP e do EUD em mulheres com sintomatologia de IU.

Materiais e métodos: Estudo retrospectivo de 90 mulheres com sintomas de IU, encaminhadas à consulta de Uroginecologia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa entre janeiro de 2016 e julho de 2017. Todas as mulheres incluídas na amostra foram submetidas a EPP por via transperineal e EUD. No exame ecográfico, foram avaliados: o resíduo pós miccional, descida do colo vesical, ângulo de rotação da uretra, presença de funelling do colo vesical e espessura do detrusor. No exame urodinâmico foram avaliados os achados da cistometria,

curvas de pressão/fluxo, perfilometria uretral e urofluxometria sugestivos de IU de esforço (IUE), IU mista (IUM) e IU de urgência (IUU). Foram considerados como achados significativos uma descida do colo vesical superior a 25 mm e/ou ângulo de rotação da uretra superior a 30° para hiper mobilidade uretral e uma espessura média do detrusor superior a 5 mm para hiperatividade do mesmo.

Resultados e conclusões: A amostra foi dividida em 3 grupos com base na sintomatologia: grupo A com IUE (N = 42), grupo B com IUM (N = 39) e grupo C com IUU (N = 9). No grupo A, 25 e 27 casos apresentaram, respetivamente, achados ecográficos e urodinâmicos compatíveis com IUE, o que correspondeu a uma sensibilidade de 92,5% e uma especificidade de 33,3 % da EPP para o diagnóstico de IUE. No grupo B, 24 e 14 casos apresentaram, respetivamente, achados ecográficos e urodinâmicos compatíveis com IUM. Neste grupo, a EPP apresentou uma sensibilidade de 78,6% e uma especificidade de 57,1% para o diagnóstico de IUM. No grupo C, a clínica foi compatível com os achados ecográficos em 4 casos, dos quais 3 apresentaram simultaneamente características urodinâmicas sugestivas de IUU. De todos os casos de IUE corroborados pelos resultados urodinâmicos, o ângulo de rotação da uretra superior a 30° foi a característica ecográfica mais prevalente, identificada em 67,1% das mulheres seguida do funelling do colo vesical, presente em 21,9%. Apesar das suas limitações, o EUD continua a ser o *Gold Standard* para definir a fisiopatologia da IU. Quando comparada com o EUD, a EPP apresentou no nosso estudo uma elevada sensibilidade, embora com especificidade mais baixa, no diagnóstico dos diversos tipos de IU, o que vai de encontro aos dados descritos na literatura. A EPP poderá representar

um método pouco dispendioso e não invasivo para avaliar a presença de hiper mobilidade uretral, que tem sido associada em alguns estudos a um fator de bom prognóstico no tratamento cirúrgico da IUE.

CO 02

COLPOPLASTIA ANTERIOR COM TECIDO NATIVO – EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DE CASCAIS

Rita Simões Carvalho¹; Filipa Ribeiro²; Isabel Grilo²; João Colaço²; Filomena Nunes²

¹Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, EPE; ²Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida

Introdução: O prolapso de órgãos pélvicos (POP) é uma patologia comum, de incidência crescente devido ao envelhecimento da população, e que tem implicações significativas na qualidade de vida da mulher.

Existem vários métodos na abordagem e tratamento da mulher com POP.

Objetivos: avaliar as características demográficas e os resultados em pacientes submetidas a colpoplastia anterior com tecidos nativos na instituição, durante 24 meses.

Material e métodos: estudo retrospectivo, com revisão dos processos clínicos de 91 doentes submetidas a colpoplastia anterior com tecidos nativos, durante os anos de 2014 e 2015.

A avaliação pré e pós-operatória do prolapso do compartimento anterior (CA) foi realizada de acordo com o sistema de classificação Baden-Walker (BW). O sucesso do tratamento cirúrgico foi considerado quando ausência de prolapso do CA ou até grau 2 da classificação BW.

Resultados e conclusões: Foram excluídas 12 mulheres do estudo por ausência de *follow-up*. A idade média das doentes foi 63 anos (mín-máx:38-80), com 70,9% (n = 56) múltiparas, com 91,3% de partos vaginais sendo a média do peso do recém-nascido mais pesado 3680g. Da amostra, 25,3 % (n = 20) tinham cistocele grau IV e 48,1% (n = 38) tinham cistocele grau III sintomático.

Dos antecedentes a realçar: 12,7% (n = 10)

tinham histerectomia prévia e 12,7% (n = 10) tinham realizado correção cirúrgica de prolapso do CA.

Foi realizada histerectomia vaginal no mesmo tempo cirúrgico em 68,4% (n = 54) e em 40,5% (n = 32) foi realizada concomitantemente correção do compartimento posterior. Apresentavam incontinência urinária de esforço 30,4% (n = 24) das doentes e foram submetidas à sua correção no mesmo ato cirúrgico. Em 13,9% (n = 11) dos procedimentos foi realizada suspensão ao arco tendíneo. Não existiram complicações intraoperatórias. As complicações mais frequentes no pós-operatório foram as infeções do trato urinário (n = 4) e a incontinência urinária de novo (n = 2). O *follow-up* médio foi de 13,7 meses (mín-máx:3-44). A taxa de cura foi de 84,8% (n = 67). Até à data, nenhuma das utentes necessitou de re-intervenção por recorrência de prolapso do CA.

Assim, a colpoplastia anterior com tecidos nativos, revelou-se uma técnica eficaz no tratamento do prolapso do CA.

CO 03

QUAL A PREVALÊNCIA DA AVULSÃO DO MÚSCULO LEVANTADOR DO ÂNUS NUMA AMOSTRA DA POPULAÇÃO PORTUGUESA COM DISFUNÇÃO DO PAVIMENTO PÉLVICO?

Rita Rosado¹; Alexandra Henriques¹; Mariana Mouraz²; Catarina Castro¹; Inês Pereira¹; Alexandre Valentim Lourenço¹

¹Equipa de Uroginecologia. Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução Humana, Hospital de Santa Maria, Centro Hospital de Lisboa Norte; ²Serviço de Ginecologia – Obstetrícia do Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Introdução: A ecografia do pavimento pélvico é um método adjuvante no diagnóstico das disfunções do pavimento pélvico. A ecografia 3D do pavimento pélvico avalia a integridade do músculo levantador do ânus (MLA). Estudos demonstram que as lesões do MLA se asso-

ciam com o prolapso de órgãos pélvicos (POP).

Objetivo: Avaliar a prevalência de avulsão do MLA numa coorte de doentes com sintomatologia de POP e incontinência urinária (IU). Secundariamente, avaliar as variáveis demográficas e clínicas das mulheres com avulsão do MLA.

Material e métodos: Estudo retrospectivo que incluiu mulheres com disfunção do pavimento pélvico referenciadas à consulta de Uroginecologia de um centro terciário, de agosto de 2014 a julho de 2017. A colheita de dados foi obtida através da anamnese, realização de exame físico: avaliação de POP através da classificação internacional (POP-Q), Q-tip, stress teste e realização de ecografia transperineal 3D. Todas as ecografias foram realizadas pelo mesmo operador. Foram avaliadas as taxas de avulsão total e parcial do MLA, uni e bilateralmente. As doentes foram estratificadas de acordo com a sintomatologia em: POP, incontinência urinária de esforço (IUE), incontinência urinária de urgência (IUU) e incontinência urinária mista (IUM).

Resultados: Foram incluídas 324 mulheres, com idades compreendidas entre os 29 e os 86 anos (média 60 anos), sendo que 71% eram múltiparas e 1,5% nulíparas (n = 5). Duzentas e trinta mulheres (71%) encontravam-se na pós-menopausa. A avulsão do MLA foi detetada em 65 casos (20,1%), tratando-se de avulsão unilateral em 31 (47,7%) casos e avulsão bilateral em 34 (52,3%) casos. A sintomatologia de POP (com ou sem IU) motivou 233 ecografias (71,9%) e neste grupo a taxa de avulsão foi de 32,6%. Quando subdividimos este grupo em mulheres com (n = 101) e sem IU (n = 132), verificámos existir uma relação estatisticamente significativa entre a avulsão do MLA e a sintomatologia POP sem IU (p < 0,0001), onde constatámos uma taxa de avulsão de 38,6% (51/132). A IU sem POP motivou a avaliação ecográfica em 91 casos. A taxa de avulsão do MLA neste grupo de mulheres foi de 9,9% (IUU, IUE e IUM foi de

18,2%, 17,9%, 3,8%, respectivamente).

Conclusões: A prevalência de avulsão do MLA numa amostra portuguesa de doentes com disfunção do pavimento pélvico foi de 20,1%, o que está de acordo com os dados da literatura. Esta lesão foi mais prevalente no grupo de mulheres com POP quando comparado com os grupos com incontinência urinária.

CO 04

RECIDIVAS/FALHAS APÓS COLOCAÇÃO DE SLING SUBURETRAL: QUAIS OS FATORES DE RISCO PARA A SUA OCORRÊNCIA?

Ana Galvão; Daniela Gonçalves; Marcília Teixeira; Raquel Reis; Anabela Branco; Alexandre Morgado; Bercina Candoso

Centro Materno Infantil do Norte (CMIN) – Centro Hospitalar do Porto (CHP)

Introdução: Os slings suburetrais têm sido largamente utilizados como forma de tratamento da incontinência urinária (IU) de esforço feminina. As recidivas ou falhas de tratamento colocam importantes desafios terapêuticos.

Objetivos: Este trabalho tem como objetivo pesquisar fatores de risco para falha/recidiva de IU após colocação de sling suburetral sintético não absorvível. O critério falha foi definido pelo insucesso presente na consulta de revisão e o critério recidiva foi definido sempre que o insucesso ocorreu posteriormente.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de mulheres que foram submetidas a colocação de sling suburetral entre janeiro de 2004 e maio de 2017. Comparação entre dois grupos: mulheres com recidiva/falha e mulheres sem recidiva/falha. Análise estatística dos dados com recurso ao software SPSS® 25.0.

Resultados e conclusões: Foram realizadas 1917 cirurgias de colocação de sling suburetral feminino. A idade média das mulheres foi de 53,03 anos e o índice de massa corporal (IMC) médio foi de 28,00 kg/m².

Houve 241 mulheres no grupo recidiva/falha (12.57%). A idade média das mulheres deste

grupo foi de 55,66 anos e o IMC médio foi de 28,30 kg/m². A obesidade, a presença de IU de esforço ou mista atual, a paridade e a presença de co-morbilidades (doença pulmonar obstrutiva crónica, diabetes mellitus, obstipação, doença neurológica, doença psiquiátrica) não tiveram associação com a recidiva/falha. Por outro lado, o aumento da idade e o estado pós-menopausa tiveram associação. A recidiva/falha foi significativamente mais frequente em mulheres sem cirurgia prévia de prolapso e sem antecedentes de histerectomia.

Analisando apenas as falhas, quando comparados os procedimentos realizados em mais de 100 doentes e em número comparável, houve uma associação estatisticamente significativa entre o tipo de abordagem e a falha: a colocação de minisling teve a taxa mais alta de falha (15,7%). Não se encontrou associação significativa entre perda com esforço, hiper-mobilidade uretral, capacidade vesical, pressão de encerramento uretral ou abdominal leak point pressure e falha da técnica.

Conclui-se que, na nossa amostra, as mulheres com maior probabilidade de recidiva/falha são as mulheres mais velhas, pós-menopáusicas. A paridade, as co-morbilidades e a obesidade não se associaram com maior probabilidade de falha/recidiva. As falhas foram significativamente diferentes de acordo com o tipo de abordagem utilizada.

CO 05

FATORES PREDITORES DE AGRAVAMENTO DA IUU APÓS TRATAMENTO CIRURGICO EM MULHERES COM IUM

Daniela Reis Gonçalves; Ana Galvão;
Anabela Branco; Marília Teixeira; Raquel Reis;
Alexandre Morgado; Bercina Cando
Serviço de Uroginecologia, Centro Materno-Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto, Portugal

Introdução: A incontinência urinária (IU) afeta 33% das mulheres com mais de 40 anos. Classifica-se em IU de esforço (IUE), de urgên-

cia (IUU) e mista (IUM). O tratamento cirúrgico desempenha um papel preponderante na IUE.

Objetivos: Avaliar os fatores preditores de agravamento da IUU após tratamento cirúrgico em mulheres com IUM.

Material e métodos: Estudo retrospectivo entre janeiro 2004 e maio 2017. Incluídos 472 casos de mulheres com IUM submetidas a tratamento cirúrgico. Identificação das mulheres com agravamento da IUU após cirurgia e comparação com aquelas cuja IUU melhorou ou se manteve estável após cirurgia. Avaliadas variáveis demográficas, antecedentes pessoais, dados do exame objetivo e exames complementares de diagnóstico.

Resultados e conclusões: Foram realizadas 1917 cirurgias por IUE durante o período de estudo. 33,1% apresentavam IUU associada. Foram excluídos 163 casos por falta de informação no pós-operatório. Avaliadas 472 mulheres, 8,9% com agravamento e 91,1% com melhoria/estabilidade da IUU no pós-cirúrgico. A idade média foi significativamente superior no grupo com agravamento da IUU após cirurgia ($p < 0,05$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os 2 grupos relativamente ao IMC, paridade, comorbilidades ou tempo de evolução dos sintomas. Todas as mulheres com cirurgia prévia por IU e 81,5% daquelas com cirurgia prévia por prolapso urogenital apresentaram IUU melhorada/estável no pós-operatório ($p = 0,08$). Ao exame objetivo 63,2% das mulheres com agravamento da IUU após cirurgia apresentavam hiper-mobilidade uretral ($p < 0,001$), mas não se verificaram diferenças entre os 2 grupos relativamente à perda de urina com a tosse ou valsalva, ou quanto a prolapso urogenital associado. Relativamente ao estudo urodinâmico a maioria das mulheres com agravamento da IUU após cirurgia (74,1%) não apresentavam hiper-actividade do detrusor mas apresentavam um valor de *Abdominal leak point pressure* médio

menor ($p = 0,08$). Não se verificaram diferenças significativas na pressão de encerramento uretral nem na capacidade vesical média entre os 2 grupos. Os slings mais utilizados foram, em ambos os grupos, o Monarc® e ALIGN TO®. Não se verificaram diferenças significativas entre os 2 grupos relativamente à taxa de sucesso cirúrgico para a IUE.

A taxa de agravamento da IUU em mulheres com IUM submetidas a cirurgia foi 8,9%. A idade e a hiper mobilidade uretral correlacionaram-se significativamente com este agravamento.

CO 06

AVULSÃO DO MÚSCULO LEVANTADOR DO ÂNUS – QUAL A RELAÇÃO COM O PROLAPSO DE ÓRGÃO PÉLVICO?

Mariana Mouraz¹; Alexandra Henriques²;
Rita Rosado²; Catarina Castro²; Inês Pereira²;
Alexandre Valentim Lourenço²

¹Serviço de Ginecologia/Obstetria do Hospital de Cascais Dr. José de Almeida; ²Equipa de Uroginecologia, Departamento de Obstetria, Ginecologia e Medicina da Reprodução Humana, Hospital de Santa Maria, Centro Hospital de Lisboa Norte

Introdução: Estima-se que a avulsão do músculo levantador do ânus (MLA) afete 20% das multiparas. A relação do prolapso de órgão pélvico (POP) com esta lesão está claramente estabelecida. Quanto maior o defeito, em largura e profundidade, maior é a probabilidade de sintomas e/ou sinais de prolapso.

Objetivo: Avaliar a relação entre a avulsão do MLA e o tipo de compartimento envolvido em mulheres com POP.

Material e métodos: Estudo retrospectivo que incluiu mulheres seguidas na consulta de uroginecologia de um hospital terciário por prolapso de órgãos pélvicos, submetidas a ecografia 3D transperineal entre janeiro de 2014 e agosto de 2017. Os dados foram obtidos através da consulta dos processos clínicos e da base de dados relativa aos parâmetros

ecográficos. Todas as ecografias foram realizadas pelo mesmo operador. Foi considerado apenas o prolapso com grau superior ou igual a dois na escala internacional de POP (POP-Q). A informação foi estratificada de acordo com o tipo de prolapso em anterior (ponto Ba > -2), apical (ponto C > -2), posterior (ponto Bp > -2) e complexo (envolvimento de mais do que um compartimento). Para avaliar a correlação entre o tipo de compartimento envolvido e a avulsão do MLA foi utilizado o teste exato de Fisher.

Resultados: A amostra foi constituída por 251 mulheres, sendo 95,6% de raça caucasiana, com idade média de 63 anos (34-84 anos) e uma paridade mediana de 2 (0-7 partos), sendo que apenas duas eram nulíparas(0,8%). Constatou-se uma taxa de avulsão do MLA de 30,3% (compartimento anterior 3,2%, apical 1,6%, posterior 4,8%, complexo 20,7%). Verificou-se uma relação entre avulsão do MLA e o prolapso do compartimento apical com significado estatístico ($p = 0.0007$). Subdividimos o prolapso complexo em antero-apical e antero-posterior, tendo sido verificado uma relação estatisticamente significativa entre a avulsão do MLA com o prolapso antero-apical ($p = 0.0008$). Relativamente à lateralidade da avulsão: direita, esquerda e bilateral, verificámos uma taxa de 18,4%, 19,8% e 60,5%, respetivamente, e quanto à gravidade: parcial 18,4% e total 81,6%.

Conclusão: Os resultados do nosso trabalho mostram que 1/3 das mulheres com POP apresentavam lesão do MLA, sendo o POP do compartimento antero-apical o que mais se associou a avulsão. Estes dados estão de acordo com a literatura. A importância de identificar esta lesão prende-se com o facto de, quando associada ao prolapso, aumentar significativamente o risco de recidiva, após uma cirurgia corretiva.

CO 07

ECOGRAFIA TRANSPERINEAL NO DIAGNÓSTICO DE AVULSÃO DO MÚSCULO LEVANTADOR DO ÂNUS

Sofia Mendes¹; Margarida Cunha²; Rita Torres³; Maria José Bernardo³

¹Centro Hospitalar de Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria; ²Centro Hospitalar de Setúbal - Hospital de São Bernardo; ³Centro Hospitalar de Lisboa Central – Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Introdução: O parto vaginal é um fator de risco major para a disfunção do pavimento pélvico. A lesão dos músculos levantadores do ânus (MLA) durante o parto parece estar envolvida na fisiopatologia do prolapso de órgãos pélvicos (POP). A avulsão dos MLA foi documentada em 10-35% das mulheres com um parto vaginal. A ecografia transperineal é cada vez mais um método de eleição na identificação destes casos.

Objetivo: Avaliar a prevalência de avulsão do músculo levantador do ânus em mulheres com antecedentes de parto vaginal bem como identificar factores de risco.

Material e métodos: Estudo prospetivo de caso-controlo de todos os casos submetidos a avaliação ecográfica transperineal, no Departamento de Ecografia Ginecológica do Centro Hospitalar Lisboa Central, entre fevereiro de 2013 e março de 2017 (n = 432). Foram registados os dados relativos à avaliação ecográfica do pavimento pélvico. Posteriormente, a recolha dos dados foi complementada com a consulta retrospectiva dos processos clínicos para aferição de dados epidemiológicos, anamnésicos e do exame objetivo.

Resultados e conclusões: Foram incluídas no estudo 432 mulheres, das quais 12 foram excluídas por serem nulíparas. A idade média das mulheres foi de 60,0 ± 13,4 anos (25-89), sendo 38,5% (n = 162) destas primíparas (grupo A) e 61,4% (n = 258) múltíparas (grupo B).

No grupo A, 66,0% das mulheres (n = 107) teve um parto eutócico, 20,4% (n = 32) um parto por fórceps, 3,1% (n = 5) parto por ventosa e

10,5% (n = 17) um parto por cesariana. No grupo B, em 71,7% dos casos (n = 185) os partos foram exclusivamente eutócicos, em 3,4% (n = 9) exclusivamente por fórceps, e em 1,2% (n = 3) exclusivamente por cesariana. Em 34 casos pelo menos um dos partos foi por fórceps. Das mulheres cujo parto ocorreu por cesariana nenhuma tinha lesão do MLA. Da totalidade das mulheres, 51,1% tiveram pelo menos um RN com peso superior a 3500 g e 51,3% apresentavam concomitantemente POP sintomático.

A avulsão do MLA foi detectada em cerca de 50% dos casos (n = 211). 45,2% (n = 138) das mulheres com parto eutócico, 83,8% (n = 67) das mulheres com parto por fórceps, 40,0% (n = 6) das mulheres com parto por ventosa. Os factores que se associaram a uma maior detecção de avulsão foram: multiparidade (p = 0,031, OR 4,66), parto instrumentado (p ≤ 0,0001, OR 34,14) e recém-nascido com peso superior a 3500g (p = 0,0002, OR 9,72). A presença de avulsão dos MLA associou-se ainda a POP sintomático (65,7% vs 34,3%, p < 0,0001 OR 29,9).

O nosso estudo, apesar das suas limitações, demonstrou uma prevalência muito significativa de avulsão do MLA em mulheres com parto vaginal anterior. O parto instrumentado e o peso do recém-nascido superior a 3500 g associaram-se a um maior risco de lesão. A ecografia pelo seu baixo custo e fácil acessibilidade é um método cada vez mais promissor na avaliação destas lesões.

P 01

ECOGRAFIA DO PAVIMENTO PÉLVICO NA AVALIAÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Rita Torres¹; Sofia Mendes²; Marta Brito¹; Maria José Bernardo¹

¹Centro Hospitalar Lisboa Central – Maternidade Dr. Alfredo Costa; ²Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital Santa Maria

Introdução: O papel da ecografia do pavimento pélvico na avaliação da incontinência urinária (IU) é controverso. As orientações mais recentes da FIGO e ICS definem a quantificação do resíduo pós miccional como a única indicação primária desta técnica, considerando a sua utilização opcional na avaliação de casos complicados ou recidivantes.

Objetivo: Analisar os casos de IU submetidos a avaliação ecográfica transperineal na nossa instituição.

Material e métodos: Estudo prospetivo de caso-controlo de todos os casos submetidos a avaliação ecográfica transperineal, no Departamento de Ecografia Ginecológica do Centro Hospitalar Lisboa Central, entre fevereiro de 2013 e março de 2017 (n = 432). Foram avaliados: resíduo pós miccional, descida do colo vesical, angulo de rotação da uretra, espessura do detrusor, existência de lesões da bexiga e uretra, localização de material protésico, descida dos compartimentos anterior, médio e posterior em valsalva e avaliação 3D/4D do músculo levantador do anus e do esfíncter anal. A recolha de dados foi complementada com a consulta retrospectiva dos processos clínicos para aferição de dados epidemiológicos, anamnésicos e exame objetivo.

Resultados e conclusões: Neste período foram avaliadas 432 mulheres, das quais 78 foram excluídas por falta de dados. A média de idade foi $60,34 \pm 13,2$ anos (25-89). 37,9% (n = 134) era primípara e 62,1% (n = 220) multi-

para. 74,6% (n = 264) tinha história de parto eutócico, 4,2% (n = 15) parto por cesariana e 21,2% (n = 75) história de parto instrumentado (ventosa 3,7% e fórceps 17,5%). 58,4% (n = 207) tinha IU, 51,1% (n = 181) prolapso urogenital sintomático e 3,7% (n = 13) incontinência anal. Dos casos de IU, 43,4% apresentava IU de esforço, 17,5% urgência e 39,1% mista.

A avaliação por subgrupos de IU, IU de esforço (grupo A, n = 90) e IU de urgência (grupo B, n = 36) revelou, respetivamente, uma média de idade de $56,08 \pm 12,86$ e $64,39 \pm 12,18$ (p = 0,001), paridade de $1,86 \pm 1,26$ e $1,92 \pm 0,91$ (p NS), volume residual pós miccional de $4,94 \pm 16,46$ e $4,58 \pm 15,46$ mL (p NS), espessura do detrusor de $5,25 \pm 1,27$ e $6,41 \pm 1,54$ mm (p $\leq 0,0001$), descida do colo vesical de $17,11 \pm 8,62$ e $14,09 \pm 9,26$ (p NS) e angulo de rotação de $58,53 \pm 33,80$ e $51,24 \pm 34,88$ (p NS). 49,4% e 80,6% das mulheres nos grupos A e B apresentavam uma espessura do detrusor superior a 5 mm (p = 0,001, OR 10,22) e 21,3% e 63,9% superior a 6 mm (p $\leq 0,0001$, OR 20,79), para os restantes parâmetros avaliados (angulo de rotação da uretra superior a 30°, descida do colo vesical superior a 25 mm e *funneling*) não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Os resultados do nosso estudo vão de encontro aos dados publicados da literatura sugerindo um papel ainda limitado da ecografia na avaliação primária da incontinência urinária. É importante manter esta linha de investigação e identificar *cutoffs* com aplicabilidade clínica.

P 02

TRATAMENTO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO EM MULHERES PRÉ-MENOPAUSA COM LASER CO2: ESTUDO PROSPECTIVO

Tânia Lima¹; Amélia Almeida²; Baptista Vilaça²

¹Departamento da Mulher e da Medicina Reprodutiva, Centro Materno-Infantil do Norte; ²Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar do Médio Ave

Introdução: O tratamento da incontinência urinária de esforço (IUE) passa na maioria das vezes por correção cirúrgica com slings suburetrais. No entanto, o desenvolvimento de laser para rejuvenescimento vaginal tem mostrado eficácia no tratamento da IUE.

Objetivos: Avaliar os resultados clínicos e influência na qualidade de vida das mulheres tratadas com Laser CO2 para IUE.

Material e métodos: Estudo prospectivo das mulheres submetidas a tratamento de IUE com Laser CO2 fracionado microablativo. Os tratamentos consistiram em três sessões com intervalo de um mês. As variáveis analisadas foram a idade, antecedentes pessoais e obstétricos e alterações ao exame físico pré e pós-tratamento. Na avaliação da qualidade utilizaram-se o *Pelvic Organ Prolapse/ Urinary Incontinence Sexual Questionnaire* (PISQ-12) e o *International Consultation on Incontinence Questionnaire – short form* (ICIQ-SF). Todas as participantes assinaram Termo de Consentimento Informado.

Resultados e conclusões: Foram avaliadas 11 mulheres com média de idades de 40 anos. Todas as mulheres foram diagnosticadas com IUE. Dez mulheres fizeram o tratamento proposto com 3 sessões e uma realizou apenas duas sessões. Não houve nenhuma intercorrência major durante o procedimento. Previamente ao tratamento, todas as mulheres tinham um ICIQ-SF ≥ 10 (impacto muito grave da IU na qualidade de vida). Após o tratamento, cinco mulheres referiam um impacto nulo ou leve da IU na qualidade de vida (45,5% das mulheres), duas referiam impacto moderado, duas referiam im-

pacto grave e apenas duas mantiveram o *score* idêntico à fase pré-tratamento (*score* ICIQ-SF ≥ 10). Em relação ao PISQ-12, apenas uma mulher referiu alterações significativas (melhoria) após o tratamento; todas as outras mantiveram um *score* idêntico ao pré-tratamento.

Embora limitado a uma amostra pequena, este estudo vem reiterar que a utilização de Laser CO2 em mulheres com IUE pode contribuir para a melhoria da sintomatologia de incontinência e qualidade de vida destas mulheres.

P 03

CIRURGIA COM REDES NO TRATAMENTO DO POP

Filipa Reis; Cristina Pestana; Filipa Santos; Manuela Silva; Tânia Freitas; Kathleen Brazão; Carmo Sousa

Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM, E.P.E., Funchal

Introdução: O prolapso de órgão pélvico (POP) afeta um grande número de mulheres e quando sintomático compromete a sua qualidade de vida. A elevada taxa de recidivas da colporrafia tradicional, conduziu à crescente utilização das redes no tratamento do POP. Estas não são contudo desprovidas de riscos.

Objetivo: Avaliar os desfechos da cirurgia com redes no tratamento do POP.

Metodologia: Estudo longitudinal retrospectivo, com consulta do processo clínico hospitalar e entrevista telefónica (efetuada em setembro de 2017) das pacientes submetidas a correção de POP com utilização de redes de polipropileno (Prolift®) entre janeiro de 2007 e dezembro de 2013 (n = 126). Foi colhida informação acerca das características demográficas das pacientes, existência de cirurgia pélvica prévia, motivo e tipo de cirurgia efetuada. Registaram-se todas as queixas das pacientes e complicações do procedimento ao longo de 4 anos a 10 anos de *follow-up*.

Resultados: A idade média das pacientes foi de 63,6 anos e o IMC médio de 28,1. 45,2% (n = 57) tinha antecedentes de cirurgia pélvica prévia. A principal indicação cirúrgica foi o prolapso

do compartimento anterior – 58,7% (n = 74). Colocaram-se 67 (53,2%) próteses anteriores, 37 (29,4%) posteriores e 22 (17,5%) anteriores e posteriores/totais; em 30,2% (n = 38) dos casos, outros procedimentos foram efetuados concomitantemente. Obtivemos 1 (0,8%) complicação peri-operatória – cistotomia. No pós-operatório registaram-se 14 (11,1%) complicações relacionadas com a rede: 10 extrusões, 2 retrações e 2 infeções – 6 (42,9%) pacientes foram re-intervencionadas.

Após a cirurgia, surgiram 25,4% (n = 32) POP de novo e 4,0% (n = 5) de recidivas.

Ao fim de 4 anos 46% (n = 58) das pacientes encontrava-se assintomática, 11,1% (n = 14) com disfunção miccional, 1,6% (n = 2) com disfunção defecatória, 1,6% (n = 2) com dor pélvica/dispárea e 7,9% (n = 10) com outras queixas.

68,3% (n = 71) das pacientes contactadas (n = 104) encontrava-se satisfeita com a cirurgia, 49,0% (n = 51) mantinha aplicação regular de estrogénio tópico vaginal.

Conclusões: A maioria das pacientes encontra-se satisfeita com o procedimento e a nossa taxa de recidivas (4,0%) foi discretamente inferior à descrita na literatura.

Obtivemos uma taxa de complicações relacionada com a rede de 11,1% (n = 4); o treino contínuo do cirurgião e a criteriosa seleção das pacientes são fundamentais na redução das mesmas.

O prolapso após a cirurgia é uma realidade, ocorrendo maioritariamente no compartimento não corrigido.

P 04

CIRURGIA VAGINAL OBLITERATIVA – A EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE UROGINECOLOGIA

Mafalda Simões; Sofia Alegre; Rui Viana; Conceição Telhado
Hospital CUF Descobertas

Introdução: A cirurgia vaginal obliterativa

representa uma opção terapêutica para o prolapso apical quer em mulheres com útero quer para mulheres com prolapso da cúpula vaginal após histerectomia. Estas intervenções cirúrgicas oferecem elevada taxa de sucesso aliada a uma baixa morbilidade cirúrgica, não sendo necessário utilizar próteses ou entrar na cavidade peritoneal. A única contraindicação para uma colpocleisis é o desejo de manter o canal vaginal funcional.

Objectivo: Avaliar os resultados anatómicos e funcionais, a satisfação da paciente bem como a morbilidade e mortalidade associada à cirurgia obliterativa nos últimos 5 anos na nossa instituição.

Material e métodos: Revisão casuística das mulheres submetidas a um procedimento obliterativo da vagina na nossa Unidade de Uroginecologia durante os últimos 5 anos (n = 18). A amostra foi caracterizada tendo sido feita a recolha dos dados demográficos e dos dados clínicos: indicação cirúrgica, intercorrências intra e pós operatórias e avaliação no pós operatório. Analisaram-se os dados utilizando a estatística descritiva, dada a pequena dimensão da amostra.

Resultados: A idade média da nossa amostra foi de 81,1 anos, com um índice de massa corporal médio de 26. Todas as pacientes submetidas a esta intervenção cirúrgica tinham a classificação de prolapso grau IV, sendo que 4 delas teriam uma incontinência urinária de esforço associada e 2 delas uma incontinência urinária de urgência. 5 pacientes tinham como antecedentes cirúrgicos uma histerectomia e 10 tinham múltiplas co-morbilidades. Em 6 casos, a colpocleisis foi associada à colocação de um sling sub-uretral (técnica TOT). Não foram registados casos de complicações intra ou pós operatórias significativas. A duração média de internamento foi de 1,9 dias. Na avaliação pós operatória todas as pacientes mostraram um grau de satisfação elevado

com o tratamento. Tivemos um caso de urgência de novo que melhorou com medicação anti-colinérgica e em 2 casos persistiu a incontinência urinária embora de menor gravidade em relação ao período pré operatório.

Conclusões: Embora tradicionalmente os procedimentos obliterativos tenham sido destinados a mulheres idosas com prolapso completo sem desejo de vida sexual ou para doentes com múltiplas co-morbidades com contra-indicação para cirurgias longas ou anestesia geral, poderão representar uma excelente opção para mulheres que não tenham nem desejem uma vida sexual activa, após um aconselhamento adequado.

P 05

CORREÇÃO DO PROLAPSO DE ORGÃOS PÉLVICOS COM FIXAÇÃO DE REDE AOS LIGAMENTOS SACRO – ESPINHOSOS: EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DE BRAGA

Soraia Cunha¹; Cátia Abreu²; Pedro Cabrita²; Luís Braga²; Isabel Reis²

¹Unidade Local de Saúde do Alto Minho; ²Hospital de Braga

Introdução: O prolapso dos órgãos pélvicos (POP) é uma patologia comum nas mulheres, com incidência crescente na menopausa.

Diversas técnicas cirúrgicas têm sido propostas para a correção do POP com e sem recurso ao uso de redes.

Os ligamentos sacro-espínhosos (LSE) têm sido usados como ponto de fixação para kits de redes sintéticas na correção de POP. Estas técnicas poderão ter espoletado um novo conjunto de complicações, além das já descritas na cirurgia clássica de fixação aos LSE, que motivaram a FDA a recomendar precaução na sua utilização.

Objetivo: Avaliar os resultados da correção cirúrgica de POP com fixação de rede aos LSE, analisando a taxa de sucesso e taxa de complicações.

Metodologia: Estudo retrospectivo de 33 doen-

tes submetidas a correção de POP com fixação de rede sintética aos LSE, executadas pela mesma equipa cirúrgica, entre janeiro de 2016 e junho de 2017.

Resultados e conclusão: A idade média das doentes foi de 67 anos, 96% eram múltíparas e 96,9% encontravam-se em menopausa.

Em 10 casos o POP foi recorrente, 6 mulheres tinham antecedentes de HT e 2 mulheres de HV. Foi realizada cirurgia de correção de IUE concomitante em 7 casos e HV em 7 casos.

As redes usadas foram Elevate® (1 caso), Uphold® (1 caso), Nuvia® (5 casos), MIPS® (3 casos) e BSC® (23 casos).

A maioria das doentes não apresentou complicações. Verificou-se extrusão de rede em apenas 1 caso (3%), sem necessidade de reintervenção cirúrgica. As restantes complicações descritas no pós-operatório precoce foram hemáturia em 6% (2 casos) e dor pélvica/perineal em 12 % (4 casos). Na consulta de avaliação pós-operatória foram descritas as seguintes complicações: dor pélvica de novo em 6% (2 casos), IUE em 6% (2 casos), IUM em 3% (1 caso) e ITU em 6% (2 casos).

O tempo médio de *follow-up* foi de 9 meses. Neste período, verificou-se recorrência do prolapso do compartimento apical em 2 casos, que aguardam sacrocolpopexia abdominal.

Foram registados prolapsos do compartimento anterior de novo em 2 casos (POP-Q grau 2, assintomáticos) e um caso de recorrência de prolapso do compartimento anterior (POP-Q grau 3, assintomático), sem necessidade de reintervenção cirúrgica até ao momento.

No nosso estudo verificou-se uma elevada taxa de sucesso, sendo superior à descrita na cirurgia clássica de fixação aos LSE sem rede. O número de complicações foi reduzido e bem tolerado pelas doentes, no entanto, o nosso estudo apresenta um pequeno número de casos e um período de *follow-up* curto.

P 06

LACERAÇÃO PERINEAL GRAU IV NO PARTO E AVALIAÇÃO DO PAVIMENTO PÉLVICO

Patrícia Alves; Inês Sá; Mariana Morais; Yida Fan; Cátia Carnide; Osvaldo Moutinho

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: Lesões obstétricas do esfíncter anal (OASIS) incluem as lesões perineais de 3º e 4º grau. O risco destas lesões é de 1% em todos os partos vaginais. A identificação precoce destas lesões é de primordial importância uma vez que determina o desfecho no puerpério e as complicações que possam advir.

Objetivo: Avaliação do pavimento pélvico num parto complicado com lesão perineal de grau IV.

Caso clínico: Trata-se de primigesta de 34 anos, com gravidez complicada com diabetes gestacional controlada com dieta, sem outros antecedentes de relevo.

Foi admitida ao bloco de partos em início de trabalho de parto às 40 semanas, tendo ocorrido o parto após 24 horas, auxiliado por ventosa por paragem da descida da apresentação, com a realização de episiotomia medio-lateral esquerdo. Após a extração de um recém-nascido com 3200 g, constatou-se uma laceração da mucosa retal medial ao local de episiotomia. Com a colaboração de equipa de cirurgia geral, foi realizada correção da laceração perineal e episiorrafia e colostomia em bagueete provisória por 2 meses para derivação do trânsito intestinal. Ao primeiro mês pós-parto, ao exame físico verificava-se tônus diminuído do esfíncter anal (EA), sem assimetrias. Ao 4º mês, já com reconstrução do trato intestinal, realizou ecografia do pavimento pélvico 3D que [YF1] revelou integridade do EA interno e externo e iniciou fisioterapia de reabilitação do pavimento pélvico. Aos 14 meses, realizou ecografia endoanal com integridade do EA e ao exame físico verificou-se melhoria do tônus.

Conclusões: As lesões OASIS se não pesquisadas podem passar despercebidas, e com isso

todos os desfechos adversos consequentes, nomeadamente incontinência anal, fistulas re-tovaginais e infeções de ferida do períneo.

A avaliação do pavimento pélvico no pós-parto é benéfica de modo a orientar a reabilitação do pavimento pélvico e a prever as sequelas que possam advir da lesão OASIS.

P 07

SACROCOLPOPEXIA ABDOMINAL NO TRATAMENTO DO PROLAPSO DA CÚPULA VAGINAL – CASUÍSTICA DE 3 ANOS DA ULSAM

Rosália Coutada; Soraia Cunha; João Pedro Prata; João Pedro Silva; Paula Pinheiro
Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: O prolapso dos órgãos pélvicos (POP) é um problema comum, estimando-se que 11,1% das mulheres serão submetidas a cirurgia de correção de POP durante a sua vida. A sacrocolpopexia é considerada o gold-standard para o tratamento do prolapso da cúpula vaginal, com uma eficácia a longo prazo que ronda os 78-100%.

A sacrocolpopexia abdominal apresenta como principais complicações a lesão intra-operatória vascular, do trato urinário ou intestinal, a hemorragia com necessidade de transfusão, a oclusão mecânica intestinal e a erosão da rede.

Objetivos: Caracterização das doentes submetidas a sacrocolpopexia abdominal na Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), durante um período de 3 anos, e avaliação da eficácia e complicações desta técnica.

Material e métodos: Estudo retrospectivo dos processos clínicos das doentes submetidas a sacrocolpopexia abdominal na nossa Instituição entre 2014 e 2016.

Resultados e conclusões: No período de estudo referido, foram realizadas 31 sacrocolpopexias. A idade média das doentes foi de 69,3 anos. Todas as mulheres apresentavam prolapso da cúpula vaginal e tinham realizado previamente histerectomia – 12 mulheres com histerecto-

mia total abdominal prévia e 8 com histerectomia vaginal, sendo de 11 anos o tempo médio decorrido entre a histerectomia e a sacrocolpopexia. Três casos tinham sido submetidos anteriormente a correção vaginal de POP anterior ou posterior (colporrafia); não foram registados antecedentes de correção de POP apical. Todas as intervenções foram realizadas por via laparotómica, com recurso a redes de polipropileno, e em dois casos foi concomitantemente realizada correção de incontinência urinária de esforço (IUE) com sling suburetral. No pós-operatório, verificaram-se dois casos de infeção da ferida operatória e não foram documentadas complicações major. O procedimento revelou-se eficaz em todas as doentes (resolução da sintomatologia e ausência de prolapso da cúpula ao exame objetivo). Durante o período de *follow-up*, três doentes desenvolveram IUE de novo e foram submetidas a correção com sling suburetral.

A sacrocolpopexia abdominal tem sido realizada na nossa Instituição com bons resultados e baixa taxa de complicações pós-operatórias.

P 08

TRATAMENTO A LASER CO2 NAS LESÕES VIN: QUAL O SEU PAPEL?

Sofia Raposo; Rita Sousa; Domingos Oliveira; Luís Sá
IPO Coimbra

Introdução: A incidência das neoplasias vulvares intraepiteliais (VIN) tem vindo a aumentar a nível mundial. Este aumento é mais significativo nas mulheres jovens (cerca de 75% dos casos), devido a este fato é necessário instituir terapêuticas conservadoras de forma a preservar a anatomia vulvar. O tratamento a laser CO2 tem elevada eficácia clínica, permite precisão microscópica com preservação dos tecidos normais, uma cicatrização rápida com restituição *ad integrum* e um número reduzido de complicações.

Objetivos: Avaliar o papel do laser CO2 no tra-

tamento das lesões VIN.

Resultados: Doente de 59 anos com lesão vulvar pruriginosa persistente com cerca de 6 meses de evolução; era portadora de biópsia incisional da referida lesão que revelava *doença de Bowen* (VIN III). Menarca aos 12 anos, ciclos regulares, com início da vida sexual aos 23 anos e ausência de atividade sexual há 15. Antecedentes de histerectomia total aos 39 anos por HSIL do colo do útero. Sem antecedentes patológicos de relevo e sem hábitos tabágicos. Ao exame objetivo apresentava uma extensa lesão máculo-papular, com áreas hiperpigmentadas e áreas de hiperqueratose desde o 1/3 médio do pequeno lábio vulvar esquerdo posteriormente até ao 1/3 inferior do pequeno lábio direito, envolvendo a fúrcula e todo o períneo até ao ânus, mas sem envolvimento vaginal. Efetuou-se exérese local alargada da lesão a laser CO2 sob controlo colposcópico, e no final realizou-se fulguração das margens da lesão. O estudo histológico revelou tratar-se de VIN de alto grau, com aspectos de VIN II e VIN III, multifocal, de tipo clássico, com áreas bowenóides e basalóides, com atingimento focal das margens. A doente apresentou um excelente resultado estético e funcional nas consultas subsequentes, sem sinais de recorrência local até à data. Foi posteriormente vacinada com a vacina nonavalente.

Conclusões: A cirurgia a laser CO2 permite o tratamento das lesões VIN em regime de ambulatório, com excelentes resultados cosméticos e funcionais. O tratamento também pode ser ajustado às necessidades específicas de cada doente, com a possibilidade de calibrar a profundidade dos tecidos vaporizados e removidos. O tratamento excisional é o método preferido porque permite a avaliação histológica do tecido excisado e a deteção de possível invasão precoce oculta. Devido ao elevado índice de persistência/recidiva e progressão para cancro invasivo (4-8%) a vigilância deve

ser apertada nos primeiros dois anos e depois anual indefinidamente.

P 09

EFEITO DO TRATAMENTO LASER NO MÚSCULO DO PAVIMENTO PÉLVICO: IMPORTÂNCIA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Elisabete Silva¹; Marco Parente¹;
Teresa Mascarenhas²; Renato Natal Jorge¹
¹LAETA, INEGI, Faculty of Engineering, University of Porto, Rua Dr. Roberto Frias, 4200-465, Porto, Portugal; ²Department of Gynecology and Obstetrics, Centro Hospitalar de São João-EPE, Faculty of Medicine, University of Porto, Alameda Prof. Hernâni Monteiro, 4200-319 Porto, Portugal

Introdução: A incontinência urinária (IU), associada à perda involuntária de urina, afeta a qualidade de vida de muitas mulheres, sendo considerada um problema de saúde pública com impacto social e económico considerável¹. A incontinência urinária de esforço (IUE) é o tipo de incontinência mais prevalente, causada pelo aumento transitório da pressão intra-abdominal ou mesmo pelo enfraquecimento/debilidade das estruturas de suporte, como fásia, ligamentos e músculos. Em condições anatómicas normais, ausência de disfunções, o suporte uretral é fornecido, principalmente, por colagénio e tecido conjuntivo elástico, no entanto, com o aumento da idade ou sob várias condições patológicas pode ocorrer degeneração. Recentemente, estudos mostraram que o suporte uretral – redução de sintomas de IUE – pode ser melhorado através de uma terapia laser, não-invasiva, baseada na ação térmica sob a mucosa vaginal^{1,2}. Esta terapia tem sido usada para reduzir sintomas de atrofia vaginal e de incontinência, atuando na parede vaginal, aumentando a sua espessura e elasticidade.

Objetivo: O objetivo do presente trabalho é usar um modelo computacional do músculo do pavimento pélvico (MPP) de uma mulher incontinente, e estimar de que forma o efeito térmico influencia os deslocamentos antero-

-posterior e supero-inferior durante a manobra de Valsalva. Para o efeito, foram usados dois conjuntos de propriedades (mais elásticas, de mulheres incontinentes e mais rígidas, de mulheres assintomáticas)³.

Material e métodos: Os deslocamentos foram obtidos com base na alteração das propriedades biomecânicas, isto é, propriedades elásticas e rígidas correspondem a regiões do músculo não rejuvenescidas e rejuvenescidas, respetivamente, ou seja, o MPP foi seccionado em diferentes regiões, porção posterior média e inferior. Posteriormente, comparou-se os deslocamentos destes modelos com os do modelo da mulher assintomática (usando as propriedades mais rígidas).

Resultados: Os deslocamentos antero-posterior e supero-inferior do modelo com a porção inferior rejuvenescida (com propriedades rígidas) foram mais próximos dos deslocamentos da mulher assintomática, sendo a diferença de apenas 11% e 31%, respectivamente, enquanto que na porção posterior média foi de 13% e 37%.

Discussão e conclusões: Os resultados mostram que o deslocamento antero-posterior e supero-inferior é próximo dos da mulher assintomática se o laser atuar na porção posterior-inferior do MPP. Este estudo permitiu inferir de uma forma aleatória possíveis locais onde o laser pode atuar remodelando o colagénio e o tecido conjuntivo.

Estudos anteriores mostram que as terapias laser aplicadas permitem remodelação de colagénio e elastina, causando um aperto do canal vaginal^{1,2}, no entanto, queremos perceber se esta terapia, de alguma forma, altera as propriedades da fásia, ligamentos e musculatura. Assim, num futuro próximo, acreditamos que os modelos computacionais acoplados a algoritmos de otimização permitirão estimar as propriedades in vivo antes e após a aplicação do laser e tentar perceber o campo de actuação. O conhecimento das propriedades in vivo permi-

tirá otimizar a terapia, de forma a aumentar as taxas de cura/melhoria de mulheres com IUE, aumentando a sua qualidade de vida.

Referências

¹ U. B. Ogrinc, S. Senčar, and H. Lenasi, "Novel minimally invasive laser treatment of urinary incontinence in women," *Lasers Surg. Med.*, vol. 47, no. 9, pp. 689–697, 2015.

² F. N. Fisticic Ivan, Findri-Gustek Stefica, "Minimally invasive laser procedure for early stages of stress urinary incontinence (SUI)," *J. Laser Heal. Acad.*, vol. 1, no. 1, pp. 67–74, 2012.

³ M. E. T. Silva, S. Brandão, M. P. L. Parente, T. Mascarenhas, and R. M. Natal Jorge, "Biomechanical properties of the pelvic floor muscles of continent and incontinent women using an inverse finite element analysis," *Comput. Methods Biomech. Biomed. Engin.*, vol. 5842, no. March, pp. 1–11, 2017.

P 10

EXTRUSÃO VAGINAL DE SLING SUBURETRAL: UMA FORMA PECULIAR DE APRESENTAÇÃO

Sofia Aguilar; Ana Bello; Patrícia Isidro Amaral; Guida Gomes; Frederico Ferronha; Rita Torres
Maternidade Dr. Alfredo da Costa; Hospital de São José – Centro Hospitalar Lisboa Central

Introdução: Nos últimos anos os slings suburetrais da uretra média instituíram-se como a abordagem preferencial para tratamento cirúrgico de incontinência urinária de esforço (IUE). Uma das potenciais complicações é o risco de extrusão/erosão da prótese.

Objetivo: Relato de um caso de extrusão de sling suburetral transobturador da uretra média, com erosão da mucosa vaginal, que se destaca pela sua diferente forma de apresentação.

Material e métodos: Caso de uma mulher de 52 anos, submetida a colocação de sling suburetral da uretra média há 13 anos (TVT *outside-in*) para correção de IUE. Sem outros antecedentes pessoais relevantes. Recorreu à consulta de Uroginecologia da nossa instituição por sensação de corpo estranho na vagina, associada a desconforto durante a relação

sexual e recidiva de IUE. Sem outras queixas. A observação revelou exteriorização vaginal da prótese na linha média medindo cerca de 3 cm, com tecido supra-adjacente formando múltiplas esferas, de aspeto calcificado, sugestivo de cálculos. A ecografia do pavimento pélvico identificou prótese suburetral pregueada, visualizando-se no plano médio presença de cálcio e vascularização aumentada junto à prótese (na área correspondente a extrusão). Realizou RMN do pavimento pélvico, que mostrou abaulamento da prótese com calcificações, junto à parede posterior do 1/3 médio da uretra, sem evidência de fístula vesico-vaginal.

Foi submetida a remoção da porção extrusada da prótese, juntamente com o tecido calcificado que a revestia, seguida de encerramento da mucosa vaginal no local da erosão. O material excisado foi enviado para análise. Sem complicações intra ou pós-operatórias.

Resultados e conclusões: Os cálculos vaginais são uma entidade relativamente rara, podendo surgir na presença de um corpo estranho na vagina, nomeadamente quando ocorre extrusão de próteses sintéticas. No caso clínico apresentado os cálculos formaram-se na porção exposta do sling, que entrava em contacto com a urina, uma situação agravada pelas queixas de incontinência urinária. Após pesquisa, os autores encontraram apenas três outros casos semelhantes descritos na literatura.

P 11

REINTervenções por Cirurgia de Incontinência Urinária – Estudo Retrospectivo 5 Anos

Ana Correia; Ana Rolha; Catarina Silva; Inês Ramalho; Simone Subtil; João Paulo Marques; Sara Campos; Giselda Carvalho; Francisco Falcão; Fernanda Águas

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Serviço de Ginecologia A

Introdução: A incontinência urinária é um problema muito comum e debilitante que afeta cer-

ca de 50% das mulheres. A incontinência urinária de esforço (IUE) é a causa predominante em 30% a 80%, com impacto importante na qualidade de vida. As cirurgias de correção de IUE são um tratamento cirúrgico minimamente invasivo, altamente efetivo a curto e médio prazo, com evidências acumuladas que demonstram a sua eficácia a longo prazo.

Objetivos: Analisar as situações de reintervenção após cirurgia de correção de incontinência urinária de esforço de forma a caracterizar a população, as complicações, o tipo de cirurgias realizadas.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo dos casos de reintervenção após cirurgia de correção de incontinência urinária de esforço entre 2012 e 2016, no serviço de Ginecologia A do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Para a análise dos resultados obtidos foi utilizado o software Microsoft Excel®.

Resultados: Durante os 5 anos do estudo foram realizadas 771 cirurgias de correção de incontinência urinária de esforço, havendo necessidade de reintervenção em 58 casos, o que representa uma taxa de 7,5%. A idade média das pacientes foi de 54 anos, com IMC de 27 kg/m², 81% (n = 57) tinham patologia associada com medicação diária, 57% (n = 33) estão em menopausa, sob terapêutica hormonal em 39% (n = 13); 97% (n = 56) tinham antecedente de partos vaginais; 31% (n = 18) apresentavam prolapso urogenital associado. O primeiro procedimento cirúrgico a que as doentes foram submetidas ocorreu noutra instituição hospitalar em 31% (n = 18) e no serviço Ginecologia A em 69% (n = 40). Dos procedimentos efetuados, em 74% (n = 43) foi colocado sling da uretra média por via transobturador, em 7% (n = 4) foi colocado sling retro-púbico, em 9% (n = 5) casos foi colocado sling suburetral concomitante a cirurgia de prolapso urogenital e em 10% (n = 6) colpossuspensão retropúbica/Op. Burch. As complicações que motivaram a reintervenção foram na persistên-

cia ou agravamento das queixas de incontinência urinária em 62% (n = 36), erosão da mucosa em 19% (n = 11), retenção urinária, hematoma, infeções de repetição e dor nos restantes casos (n = 11). A reintervenção ocorreu com menos de 1 ano de intervalo em 28% (n = 16) e com mais de 5 anos em 22% (n = 13). Houve necessidade de uma 3ª cirurgia em 29% (n = 17) e uma 4ª cirurgia em 7% (n = 4).

Conclusões: O seguimento pós-operatório é essencial no sentido de abordar e aferir as complicações resultantes deste tipo de cirurgias. A hemorragia vaginal persistente, secreção vaginal ou infeções urinárias recorrentes devem induzir um exame e possível avaliação adicional para exposição da rede ou erosão da mucosa. Também a persistência, recorrência ou agravamento dos sintomas que motivaram a primeira cirurgia poderão conduzir à necessidade de reintervenção com bons resultados e longo prazo.

P 12

SLING DE INCISÃO ÚNICA ALTIS® PARA CORREÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO

Mariana Carlos Alves¹; Maria Geraldina Castro²; Conceição Aparício²; José Alberto Catarino²; Liana Negrão²; Fernanda Águas³

¹Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital de Viana do Castelo; ²Serviço de Ginecologia B, Maternidade Bissaya Barreto – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ³Diretora do Serviço de Ginecologia B, Maternidade Bissaya Barreto – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A incontinência urinária de esforço (IUE) é o tipo mais comum de incontinência urinária (IU), sendo a colocação de um sling suburetral na uretra média o método gold standard para o tratamento. Apesar de raras, existem algumas complicações associadas aos slings suburetrais, tais como lesão vesical e intestinal, dor no membro inferior e formação de hematomas. Os slings

de incisão única surgem na tentativa de minimizar esses efeitos laterais.

Objetivos: Avaliar a eficácia e as complicações da técnica de sling de incisão única Altis®, no tratamento da IUE.

Material e métodos: Estudo retrospectivo das 33 doentes submetidas a correção de IUE com Altis®, na MBB, entre o ano de 2014 e 2017. Foram analisados os dados relativos às características clínicas e urodinâmicas das doentes, complicações intra e pós-operatórias, e *follow-up* a curto prazo (2 meses) e a longo prazo (primeiro ano após cirurgia), com recurso ao programa SPSS®.

Resultados: A idade média das doentes em estudo foi de 59,6 anos (39-81 anos). A maioria apresentava queixas de IUE isolada (n = 26, 78,8%), sendo que as restantes 21,2% apresentavam IU mista. O estudo urodinâmico foi realizado em 14 doentes (42,4%), tendo sido confirmada IUE em 12 (85,7%) e IU mista em 2 (14,3%). A duração média da cirurgia foi de 15,4 minutos, não tendo ocorrido qualquer complicação intraoperatória em 31 (93,9%) doentes. Verificou-se retenção urinária no pós-operatório em apenas 1 doente (3,0%) e o tempo médio de internamento foi de 1,6 dias. A taxa de cura foi de 87,9% (n = 29) aos 2 meses e 93,8% (n = 15) no 1º ano de *follow-up*. Nenhuma das doentes realizou nova intervenção cirúrgica para correção de IUE. Verificou-se erosão da tira em 1 doente (3,0%), 3 meses após a cirurgia, tendo sido corrigida através de invaginação da tira. A ocorrência de IU urgência de novo foi constatada em 2 doentes (6,1%) aos 2 meses e noutras 2 doentes (6,1%) no 1º ano de *follow-up*.

Conclusão: A avaliação dos resultados preliminares de uma técnica reveste-se de especial importância para que se possa continuar a utilizá-la. A utilização do sling de incisão única Altis® para a correção de IUE é uma técnica segura e eficaz. No entanto, o aumento da casuística e o *follow-up* a longo prazo serão fundamentais para consolidar os resultados obtidos.

P 13

COLPOPLASTIA POSTERIOR COM TECIDO NATIVO: EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DE CASCAIS

Rita Simões Carvalho¹; Filipa Ribeiro²; Isabel Grilo²; João Colaço²; Filomena Nunes²

¹Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, EPE; ²Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida

Introdução: O prolapso de órgãos pélvicos (POP) afeta até 50% das mulheres múltiparas, podendo comprometer de forma significativa a sua qualidade de vida sendo o prolapso do compartimento posterior (CP) o segundo tipo de POP mais comum.

A correção com tecidos nativos é a técnica mais comum da cirurgia de prolapso, particularmente devido às últimas recomendações sobre a utilização de redes para a correção do mesmo.

Objetivos: Avaliar as características demográficas e os resultados em pacientes submetidas a colpoplastia posterior com tecidos nativos na instituição, durante 24 meses.

Material e métodos: estudo retrospectivo, com revisão dos processos clínicos de 69 doentes submetidas a esta cirurgia, durante os anos de 2014 e 2015.

A avaliação pré e pós-operatória do prolapso do CP foi realizada de acordo com o sistema de classificação Baden-Walker. O sucesso do tratamento cirúrgico foi considerado quando ausência de prolapso do CP ou até grau 2.

Resultados e conclusões: Foram excluídas 8 mulheres do estudo por ausência de *follow-up*. A idade média das doentes foi de 64 anos (min-máx: 40-88), com 68,6% (n = 42) de múltiparas, com 89,3% de partos vaginais, sendo o peso médio do recém-nascido mais pesado 3690 g.

Da amostra, 18% (n = 11) tinham retocelo grau IV e 31,1% (n = 19) retocelo grau III sintomático. Dos antecedentes a salientar: 23% (n = 14) tinham tido histerectomia prévia e 11,5% (n = 7) tinham feito anteriormente correção de prolapso do CP.

Em 50,8% (n = 31) foi realizada histerectomia vaginal no mesmo tempo cirúrgico, e 55,7% (n = 34) realizaram correção do compartimento anterior concomitante. Foi realizada perineoplastia em 32,8% (n = 20) das pacientes. As complicações mais comuns no pós-operatório foram infecções do trato urinário, com um caso de insuficiência renal aguda.

O *follow-up* médio foi de 15,8 meses (mín-máx: 3-40). A taxa de cura foi 91,8% (n = 56). Das 8,2% (n = 5) das doentes com recorrência do prolapso CP, uma foi submetida a segunda cirurgia de colpoplastia posterior com tecidos nativos em 2016.

A colpoplastia posterior com tecidos nativos, revelou-se uma técnica eficaz no tratamento do prolapso do compartimento posterior com a maioria das doentes a ficarem assintomáticas.

P 14

CIRURGIA VAGINAL CLÁSSICA: EXPERIÊNCIA DE 4 ANOS DE UM DEPARTAMENTO

Cristina Pestana; Filipa Reis; Filipa Santos; Manuela Silva; Tânia Freitas; Kathleen Brazão; Carmo Sousa

Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM, E.P.E., Funchal

Introdução: A disfunção do pavimento é uma entidade frequente e multifatorial. Acarreta um vasto numero de complicações como incontinência urinária e fecal, obstrução à defecação, disfunção sexual, depressão e prolapso de órgão pélvico (POP). Ao longo da vida, uma mulher tem um risco de 10-20% de ser submetida a uma cirurgia de correção de POP, com uma taxa de reintervenção alta (8,5-58%).

Objetivos: Avaliar e caracterizar a população submetida a cirurgia vaginal clássica de correção de POP, as recidivas e grau de satisfação das doentes.

Material e métodos: Estudo retrospectivo longitudinal elaborado através da consulta do processo hospitalar e entrevista telefónica em setembro de 2017, às mulheres submetidas a correção de POP através de cirurgia clássica

entre janeiro de 2010 e dezembro de 2013 (n = 171) no departamento de Pavimento Pélvico do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HDNM). Foram incluídas características demográficas, motivo da cirurgia e tipo de procedimento efetuado. As queixas das pacientes e complicações dos procedimentos foram registadas ao longo de um período de *follow-up* entre 4 a 7 anos. Foram excluídos os POP's assintomáticos.

Resultados: A idade média das mulheres no momento da cirurgia foi de 65,1 anos, IMC médio de 27,0 e idade média da menopausa 50,3 anos. Em relação à paridade, 94,2 % tiveram pelo menos um parto vaginal, com uma média de 3,58 partos vaginal por mulher. As indicações cirúrgicas foram a existência de prolapso do compartimento apical, anterior e/ou posterior. Foram realizadas 171 cirurgias contemplando 394 procedimentos: 19 histerectomias (HV), 12 colpofasciorrafias anteriores (CFRA), 2 colpofasciorrafias posteriores (CFRP) e 138 cirurgias combinadas. Registaram-se 5 complicações intra-operatórias (4 lacerações da bexiga e 1 laceração de ureter) e 4 complicações pós-operatórias (1 caso deiscência da sutura da cúpula vaginal, 2 casos de retenção urinária e 1 caso de fístula entero-vaginal).

No final do período de *follow-up* registaram-se: queixas de disfunção urinária (n = 12), queixas de disfunção defecatória (n = 2), queixas de disfunção sexual (n = 1), recidiva de POP (n = 5), POP de novo (n = 3) e outras queixas (n = 2). Das mulheres contactadas telefonicamente (n = 136), 85% encontrava-se satisfeita com o resultado da cirurgia e apenas 28,7% mantinha aplicação tópica regular de estriol tópico vaginal.

Conclusão: De um modo global as doentes submetidas a cirurgia de correção de POP encontram-se assintomáticas e satisfeitas com o procedimento. A taxa de complicações e recidivas foi baixa.

ORGANIZAÇÃO



Secção Portuguesa de Uroginecologia da Sociedade Portuguesa de Ginecologia

Amália Martins | Bercina Candoso | Sofia Alegria

PATROCÍNIOS



SECRETARIADO



ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3 1000-027 Lisboa

T: +351 21 842 97 10 | F: +351 21 842 97 19

E: paula.cordeiro@admedic.pt | W: www.admedic.pt