

X CONGRESSO **APNUG**

Associação Portuguesa de Neurourologia
e Uroginecologia



CONTROVÉRSIAS
em Neurourologia
e Uroginecologia

19 a 21 de novembro de 2015
Hotel Eurostars Oásis Plaza • Figueira da Foz

PROGRAMA CIENTÍFICO



CONTROVÉRSIAS
em Neurourologia
e Uroginecologia

X CONGRESSO APNUG

Associação Portuguesa de Neurourologia
e Uroginecologia

Comissão Executiva / Comissão Organizadora

Presidente Alexandre Valentim Lourenço

Alexandra Henriques | Ana Luísa Ribeirinho | Fernanda Filipe | Frederico Carmo Reis | João Varregoso
| Luís Abranches Monteiro | Maria Geraldina Castro | Miguel Ramos | Paulo Dinis

Comissão Científica

Alexandra Henriques | Alexandre Valentim Lourenço | Ana Formiga | Ana Luísa Ribeirinho |
Bercina Candoso | Fernanda Filipe | Frederico Carmo Reis | João Varregoso | Liana Negrão |
Luís Abranches Monteiro | Maria Geraldina Castro | Paulo Dinis | Teresa Mascarenhas

Palestrantes

A. Vaz Carneiro | Alexandra Henriques | Alexandra Pauthier | Alexandre Valentim Lourenço | Amália
Martins | Ana Formiga | Ana Luísa Ribeirinho | Bercina Candoso | Cardoso de Oliveira | Catarina
Policiano | Diana Melo Castro | Diogo Gil-Sousa | Eduardo Bataller | Fernanda Filipe | Frederico
Carmo Reis | Inês Pereira | Isabel Canelas | Isabel Pereira | Joana Gomes | João André Carvalho |
João Colaço | João Lopes | João Pimentel | João Varregoso | Joaquim Sarmento | John Heesakkers
| José Palma dos Reis | Judite Neves | Liana Negrão | Luís Abranches Monteiro | Luiz Santiago |
Manuela Mira Coelho | Maria Carvalho Afonso | Maria Geraldina Castro | Miguel Guimarães |
Miguel Ramos | Paulo Dinis | Paulo Príncipe | Paulo Temido | Pedro Nunes | Ricardo Pereira e Silva
| Rita Lermann | Rui Pinto | Rui Sousa | Teresa Mascarenhas | Vanessa Vilas-Boas

Organização



Quinta-feira | 19 de novembro

Cursos Pré-congresso

CURSO A - SALA MONDEGO II

Inverted course: **Incontinência Urinária**

Coordenadores: Miguel Ramos, Maria Geraldina Castro e Joana Gomes

15.00-15.10h	Boas vindas e Introdução
15.10-15.40h	1. Fisiopatologia Nídia Rolim, Fernanda Antunes dos Santos e Margarida Alves
15.40-16.10h	2. Classificação e semiologia Diogo Carneiro, Catarina Policiano e José Esteves Costa
16.10-16.40h	3. Exames complementares de diagnóstico Dânia Ferreira e Rita Marques
16.40-17.00h	Intervalo
17.00-17.30h	4. Tratamento de 1ª linha na Urgência miccional Paulo Jorge Dinis, João Lopes e Sofia Ataíde
17.30-18.00h	5. Tratamento dos casos especiais e refractários de Urgência Vera Marques, Joana Rebelo e Ângela Melo
18.00-18.30h	6. Tratamento Cirúrgico da IUE Nuno Barbosa, Catarina Policiano e Cátia Ferreira
18.30-19.00h	7. Complicações e recidivas da IUE Nuno Barbosa, Sara Rocha e João Pedro Lopes

CURSO B - SALA MONDEGO III

Inverted course: **Prolapso Órgão Pélvico**

Coordenadores: Alexandra Henriques, Frederico Carmo Reis e Fernanda Filipe

15.00- 15.10h	Boas vindas e Introdução
15.10-15.40h	1. Anatomia e fisiopatologia João André Carvalho, Catarina Castro e Joana Leal
15.40-16.10h	2. Semiologia e Classificação João André Carvalho, Mariana Miranda e Isabel Amorim
16.10-16.40h	3. Tratamento conservador do POP Rita Caldas, Inês Mendes e Ana Massa
16.40-17.00h	Intervalo
17.00-17.30h	4. Cirurgia do POP do compartimento anterior Catarina Castro, Hugo Pinheiro e Inês Gante
17.30-18.00h	5. Cirurgia do POP do compartimento apical Inês Pereira, Hugo Pinheiro e Maria João Fonseca Martins
18.00-18.30h	6. Cirurgia do POP do compartimento posterior Tânia Lima, Mariana Miranda e Sara Pereira
18.30-19.00h	7. Complicações e recidivas Inês Pereira, Ariana Gomes e Inês Gante

Quinta-feira | 19 de novembro

Workshop

SALA AROUCA

14.00-19.00h **Brainstorm - Gestão clínica em unidades de Uroginecologia**

Coordenadores: Alexandre Valentim Lourenço e Joaquim Sarmento

Sexta-feira | 20 de novembro

8.00h Abertura do Secretariado

SESSÕES SIMULTÂNEAS

SALA MONDEGO II

9.00-10.00h

SIMPÓSIO

BEXIGA HIPERATIVA: SOLUÇÕES DE FUTURO?

Palestrantes: Alexandra Henriques, Pedro Nunes e Manuela Mira Coelho



10.00-11.30h

O ABC DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Moderadores: Miguel Ramos, Maria Geraldina Castro e Joana Gomes

Fisiopatologia

Classificação e semiologia

Exames complementares de diagnóstico

Tratamento de 1ª linha na Urgência miccional

Tratamento dos casos especiais e refractários de Urgência

Tratamento Cirúrgico da IUE

Complicações e recidivas da IUE

11.30-11.45h

Coffee-break

11.45-13.15h

O ABC DO PROLAPSO DE ÓRGÃO PÉLVICO

Moderadores: Alexandra Henriques, Frederico Carmo Reis e Fernanda Filipe

Anatomia e fisiopatologia

Semiologia e Classificação

Tratamento conservador do POP

Cirurgia do POP compartimento anterior

Cirurgia do POP do compartimento apical

Cirurgia do POP do compartimento posterior

Complicações e recidivas

13.15-14.15h

Almoço de Trabalho

SALA MONDEGO III

9.00-10.00h

SIMPÓSIO

TRATAMENTO DO PROLAPSO DE ÓRGÃO PÉLVICO, DE A A Z

Diagnóstico e seleção de doentes para a melhor abordagem cirúrgica

Bercina Candoso

Técnica TVM (TransVaginal Mesh)

Eduardo Bataller

ASTORA
WOMEN'S HEALTH

10.00-11.30h

FÍSTULAS PERINEAIS E PÉLVICAS

Moderadoras: Ana Formiga e Vanessa Vilas-Boas

Lesões obstétricas e ginecológicas

Alexandre Valentim Lourenço

Fístulas pélvicas: Ponto de vista do urologista

João Varregoso

Fístulas pélvicas e perineais: Ponto de vista do coloproctologista

João Pimentel

11.30-11.45h *Coffee-break*

11.45-13.15h **HIGH-LIGHTS EM NEUROUROLOGIA**

Neuro-anatomia relevante para o controle urinário

Paulo Príncipe

Padrões clássicos de disfunção Supra-ponticos Supra-sagrados/infra-ponticos Nucleares e periféricos

Paulo Temido

Exemplos clínicos:

Doenças desmielinizantes | Doenças dos núcleos da base | Atrofia de múltiplos sistemas

Luís Abranches Monteiro

13.15-14.15h Almoço de Trabalho

SALA MONDEGO II

INTEGRAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS CLÍNICAS E ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - HOSPITAL

14.15–16.00h **SIMPÓSIO**

PERSPETIVA MULTIDISCIPLINAR EM ITU'S: A VISÃO DO GINECOLOGISTA, DO UROLOGISTA E DO CLÍNICO GERAL

Moderadora: Alexandra Pauthier

Como diagnosticar e tratar? A visão do Urologista

Frederico Carmo Reis

Como prevenir? A visão do Ginecologista

Isabel Canelas

E nos Cuidados de Saúde Primários? A visão do Clínico Geral

Luiz Santiago

Debate e conclusões

Alexandra Pauthier



16.00-18.00h **INTEGRAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS CLÍNICAS**

Fernanda Filipe, Frederico Carmo Reis e Rita Lermann

SALA MONDEGO III

CONTROVÉRSIAS NO DIAGNÓSTICO

14.15-15.00h **Debate 1: EXAME URODINÂMICO POR ROTINA ANTES DA CIRURGIA INICIAL DO PROLAPSO DO COMPARTIMENTO ANTERIOR OU DA INCONTINÊNCIA DE ESFORÇO**

Moderadores: João Varregoso e Amália Martins

Intervenientes: Liana Negrão e Rui Sousa

15.00-15.45h **Debate 2: A REABILITAÇÃO DO PAVIMENTO PÉLVICO É UMA PEÇA ESSENCIAL E FUNDAMENTAL NA ABORDAGEM INICIAL DO PROLAPSO E/OU DA INCONTINÊNCIA DE ESFORÇO**

Moderadoras: Fernanda Filipe e Teresa Mascarenhas

Intervenientes: Isabel Pereira e Cardoso de Oliveira

15.45-16.15h **Conferência: OS MICROBIOTAS NA PATOLOGIA VESICAL – UMA FRONTEIRA POR EXPLORAR?**

Presidente: Paulo Dinis

Palestrante: Luís Abranches Monteiro

16.15-16.30h *Coffee-break*

16.30-17.15h **Debate 3: CIRURGIA DE 1ª ESCOLHA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO – TRANSOBSTURADOR VERSUS MINISLING**

Moderadores: Frederico Carmo Reis e Vanessa Vilas-Boas

Intervenientes: Ana Luísa Ribeirinho e Paulo Príncipe

17.15-18.00h **Debate 4: CIRURGIA INICIAL DO PROLAPSO GRAU 3 - 4 – TECIDOS NATIVOS VERSUS PRÓTESES**

Moderadores: Maria Geraldina Castro e Cardoso de Oliveira

Intervenientes: Bercina Candoso e João Colaço

18.00-18.30h **Conferência: PROLAPSO APICAL GRAVE - QUE VIA DE ABORDAGEM: VAGINAL OU LAPAROSCÓPICA?**
Presidentes: Amália Martins e Isabel Canelas
Palestrante: Eduardo Bataller

18.30h **Assembleia Geral da APNUG**

Sábado | 21 de novembro

8.00h Abertura do Secretariado

SESSÕES SIMULTÂNEAS

SALA MONDEGO II

9.00-10.00h **SIMPÓSIO**
NEUROMODULAÇÃO
Palestrante: José Palma dos Reis

Medtronic
Further Together

10.00-11.30h **A PRATA DA CASA: COMUNICAÇÕES CIENTÍFICAS SELECIONADAS**
Moderadores: Maria Geraldina Castro e Frederico Carmo Reis

Prevalência e incidência da incontinência urinária prévia à gravidez, durante a gravidez e no pós-parto
Catarina Policiano

Lesão do músculo elevador do ânus e tipo de parto - Haverá alguma associação?
Diana Melo Castro

Perifilometria uretral e obstrução infra-vesical na mulher levantado o véu sobre o problema
Ricardo Pereira e Silva

Pode o King's health questionnaire ser útil na avaliação de cura e melhoria subjectiva após cirurgia de incontinência urinária?
Inês Pereira

Sling de incisão única ajustável (AJUST®) versus sling transobturador inside-out (TVT-O®) no tratamento da incontinência urinária de esforço feminina: Eficácia, efeito na qualidade de vida e complicações
Catarina Policiano

Eficácia da rede ELEVATE™ versus PROLIFT™ na correção do prolapso urogenital combinado (anterior e apical)
Maria Carvalho Afonso

Será a injeção repetida de toxina botulínica a intradetrusor realmente eficaz?
João André Carvalho

Neuromodulação sagrada em distúrbios miccionais - Experiência inicial do Centro Hospitalar Porto
Diogo Gil-Sousa

11.30-11.45h *Coffee-break*

SALA MONDEGO III

9.00-10.00h **SIMPÓSIO**
SÍNDROME DOLOROSO VESICAL
Moderador: Miguel Ramos

Bexiga hiperativa vs Cistite Intersticial/Síndrome Doloroso Vesical
— *Da ciência básica à clínica*
Rui Pinto

Fisiopatologia da Cistite Intersticial/Síndrome Doloroso Vesical
— *O papel da barreira urotelial*
John Heesakkers

- 10.00-11.30h **O OURO DA CASA: FORMAÇÃO, GESTÃO E QUALIDADE EM PATOLOGIA DO PAVIMENTO PÉLVICO**
 Moderadores: Alexandre Valentim Lourenço e Paulo Dinis
Especialidades, sub-especialidades e competências: O enquadramento da neuro uroginecologia na Ordem dos Médicos
 Miguel Guimarães
Regulação dos dispositivos médicos em Uroginecologia e Urologia
 Judite Neves
Gestão em Saúde e aplicação na Uroginecologia
 Conclusões do Workshop
- 11.30-11.45h *Coffee-break*
- 11.45-12.30h **Debate: EVIDENCE BASED MEDICINE OU EXPERIENCE BASED SURGERY NA UROGINECOLOGIA**
 Moderadores: Luís Abranches Monteiro e Teresa Mascarenhas
 Intervenientes: A. Vaz Carneiro e Alexandre Valentim Lourenço
- 12.30h Encerramento do congresso, entrega de prémios e entrega de certificados

CURSOS (em simultâneo)

- 14.00-19.00h **CURSO A - SALA MONDEGO II**
Curso Hands-On Correção de lacerações perineais obstétricas
 Coordenadora: Ana Luísa Ribeirinho
 Monitores: Alexandre Valentim Lourenço, Alexandra Henriques, Inês Pereira e João Lopes
- 14.00-15.40h **PARTE I - TEÓRICA**
Introdução
Princípios gerais de correções do períneo
Prevenção do trauma obstétrico
 Ana Luísa Ribeirinho
Anatomia
Fisiopatologia da incontinência anal após lesão obstétrica
 Alexandre Valentim Lourenço
OASIS - lesões obstétricas
Diagnóstico e classificação
Técnicas de reparação
Problemas pós-parto
 Alexandra Henriques
- 16.00-19.00h **PARTE II – PRÁTICA**
Correcção de laceração em modelo animal
- 14.00-19.00h **CURSO B - SALA AROUCA**
Curso Multidisciplinar de Urodinâmica: Erros frequentes
 Luís Abranches Monteiro, Joana Gomes, Maria Geraldina Castro e Vanessa Vilas-Boas
Terminologia e boas práticas em 2015
Urodinâmica da incontinência e disfunções miccionais
Erros frequentes, de captação e de interpretação
Elaboração de um relatório
- 14.00-19.00h **CURSO C - SALA MONDEGO III**
Curso avançado de Cirurgia: Técnicas, complicações e casos limite
 Liana Negrão, João Colaço, Rita Lermann e João Varregoso

X CONGRESSO
APNUG

Associação Portuguesa de Neurourologia
e Uroginecologia



**COMUNICAÇÕES
CIENTÍFICAS**

C 01**PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA PRÉVIA À GRAVIDEZ, DURANTE A GRAVIDEZ E NO PÓS-PARTO**

Catarina Policiano, Ana Costa, Andreia Fonseca, Mariana Pimenta, Alexandre Valentim Lourenço, Nuno Clode
Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hosp. Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Objetivo: Pretende-se determinar a prevalência da incontinência urinária (IU) durante a gravidez e no puerpério; identificar fatores de risco obstétricos e neonatais para IU e avaliar o impacto na qualidade de vida da IU durante a gravidez e puerpério.

Material e métodos: Estudo prospectivo observacional, com base na aplicação de questionários validados (ICIQ-SF, que avalia a presença de sintomas de IU e *King's Health Questionnaire* que determina o impacto das queixas urinárias na qualidade de vida) às 35/36 semanas de gestação, no puerpério imediato e 6 meses após o parto. Considerou-se impacto significativo na qualidade de vida se $KHQ \geq 30$. Na análise estatística utilizaram-se os testes qui-quadrado, exato de Fisher e U-Mann-Whitney.

Resultados: Incluíram-se 138 grávidas. A prevalência de IU às 35/36 semanas foi 38% (53/138), no puerpério imediato de 17% (24/138) e aos 6 meses pós-parto de 8% (11/138). Considerando os casos com IU durante a gravidez (53 casos), registamos uma persistência das queixas no puerpério imediato em 34% (18/53) e, dentro destas, em 33% persistiam aos 6 meses de puerpério (6/18). Verificou-se que o maior impacto das queixas urinárias durante a gravidez na qualidade de vida ($KHQ \geq 30$) se associou a um maior risco de persistência de queixas urinárias no puerpério imediato (OR 3,71; IC 95% 1,02-13,51; $p = 0,04$), não se tendo confirmado este risco para a persistência de IU aos 6 meses de puerpério. Não se registaram associações com significado estatístico entre variáveis obstétricas (tipo de parto, duração do trabalho de parto, trauma perineal) ou características neonatais e a incidência ou persistência de IU nem com o impacto na qualidade de vida.

Conclusões: A frequência de IU diminui após a gravidez e com a evolução do puerpério. O maior impacto na qualidade de vida da grávida associou-se à persistência mais frequente da IU no puerpério imediato.

C 02**LESÃO DO MÚSCULO ELEVADOR DO ÂNUS E TIPO DE PARTO — HAVERÁ ALGUMA ASSOCIAÇÃO?**

Diana Melo Castro, Yida Fan, Osvaldo Moutinho
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: A integridade anatómica e funcional do

músculo elevador do ânus (MEA) tem um papel crítico na funcionalidade adequada do pavimento pélvico. A sua lesão aquando do parto vaginal é atribuída à diminuição da força muscular do pavimento pélvico, ao alargamento do hiato urogenital e ao prolapso dos órgãos pélvicos.

Objetivo: correlacionar a ocorrência de lesão do MEA com o tipo de parto.

Métodos: Análise retrospectiva de ecografias do pavimento pélvico realizadas em 155 pacientes entre Janeiro de 2014 e Junho de 2015, na nossa instituição. As doentes foram divididas em grupos 1 e 2, de acordo com a presença de parto prévio por via vaginal (presente no grupo 2). Adicionalmente, a mesma amostra foi dividida em 5 grupos, de acordo com antecedentes de parto (grupo A- nulípara; grupo B- parto eutócico; grupo C- parto por ventosa obstétrica; grupo D- parto por fórceps; grupo E- parto por cesariana).

A associação entre o tipo de parto e a presença e o tipo de lesão do MEA foi analisada usando o programa *SPSS Statistics v22 x86*.

O ecógrafo utilizado foi um Voluson 730 Pro.

A lesão do MEA (direita, esquerda ou bilateral) foi diagnosticada por ecografia 3D (em repouso e em valsalva) perante a presença de descontinuidade ou distorção da parte anteromedial do músculo pubovisceral num plano coronal ou em imagem adquirida.

Resultados: A idade média das doentes foi de 58 anos e 66% eram pós-menopáusicas. O índice de massa corporal médio foi de 30kg/m² (entre 19 e 43kg/m²). A paridade da amostra variou entre 0 e 12 partos e o peso médio do recém-nascido mais pesado foi de 3600g (2000-5300g).

Quando os grupos foram comparados entre si, não houve diferenças estatisticamente significativas em termos de características demográficas, nas duas divisões. Na comparação dos grupos 1 e 2, a lesão do MEA foi de 18,8% e 56,8%, respetivamente, tendo essa diferença significância estatística ($P=0,04$). Na comparação dos grupos A e E, a lesão do MEA ocorreu em 20%, 54,3%, 85,7%, 75% e 20%, respetivamente. Esta diferença foi estatisticamente significativa entre os grupos ($P=0,034$).

Adicionalmente quando investigado o tipo de lesão do MEA, a lesão mais frequentemente encontrada na nossa amostra foi unilateral e esquerda.

Conclusões: O nosso estudo sugere que a presença de lesão do MEA é mais prevalente nos partos instrumentados e curiosamente a lesão mais frequente é unilateral e esquerda.

Palavras-Chave: Músculo elevador do ânus, Ecografia pavimento pélvico, lesão do pavimento pélvico.

C 03

PERFILOMETRIA URETRAL E OBSTRUÇÃO INFRA-VESICAL NA MULHER LEVANTANDO O VÉU SOBRE O PROBLEMA

Ricardo Pereira e Silva, José Palma dos Reis, Tomé Lopes
Serviço de Urologia do Centro Hosp. Lisboa Norte, EPE

Introdução: A perfilometria uretral permite a colheita de informação adicional sobre o aparelho urinário inferior que pode ser útil no estabelecimento do diagnóstico funcional de certos doentes. A dificuldade na padronização da técnica e a falta de reprodutibilidade têm sido apontadas como as principais limitações da técnica, provavelmente responsáveis pela sua atual sub-utilização.

Objetivos: Avaliar as principais variáveis da perfilometria uretral no sexo feminino, de acordo com a idade e relacionando os valores com o formato da curva e existência de obstrução infra-vesical no estudo pressão-fluxo.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, realizado através de uma pesquisa na base de dados do nosso laboratório de Urodinâmica para obtenção de dados do estudo pressão-fluxo e perfilometria uretral incluindo: presença ou ausência de obstrução infra-vesical (definida neste estudo como $Q_{max} > 10 \text{ mL/s}$ e $P_{det} - Q_{max} > 25 \text{ cmH}_2\text{O}$); pressão máxima na perfilometria uretral em repouso (UPPmax); pressão máxima de encerramento uretral (MUCP); formato da curva (normal/pico/plateau, sendo este último considerado como um segmento horizontal com duração igual ou superior a 10 segundos — retração a 1 mm/s — incluindo a UPPmax). Foram selecionadas doentes do sexo feminino com idade igual ou superior a 18 anos e os estudos foram realizados de acordo com os padrões de boa prática em urodinâmica da ICS. Todos os estudos urodinâmicos foram realizados por um único urologista e foram revistos por dois urologistas experientes na realização de perfilometrias uretrais.

Resultados: Foram revistos 127 estudos urodinâmicos dos quais 107 foram incluídos na análise. A idade média das doentes foi de 58.9 ± 16.0 anos. A UPPmax média foi de $77.9 \pm 42.3 \text{ cmH}_2\text{O}$ demonstrando um decréscimo com o aumento da idade, particularmente em mulheres com menos de 50 anos ($R^2=0.193$). Após os 50 anos de idade, UPPmax e MUCP mostraram apenas um discreto decréscimo ($R^2=0.018$ e $R^2=0.027$ respetivamente). As doentes com um curva de perfilometria em plateau apresentaram maior probabilidade de ter obstrução infra-vesical e eram significativamente mais jovens ($p < 0.005$). Não foi observada associação do formato normal ou em pico da curva de perfilometria com a presença de obstrução infra-vesical, nem a média da idade das doentes com estes formatos diferiu significativamente entre si e em relação à média geral.

Comentários/Conclusões: O decréscimo da UPPmax e MUCP é mais rápido em mulheres com idade in-

ferior a 50 anos, ainda que a insuficiência intrínseca do esfíncter tenha um papel preponderante na presença de incontinência urinária principalmente na mulher pós-menopausa. A história obstétrica, mais do que os efeitos do hipostrogenismo pós-menopausa, pode estar na gênese deste padrão de decréscimo da UPPmax com a idade. Uma curva com formato em plateau é mais frequentemente encontrada em doentes mais jovens e, no nosso estudo, parece estar associada à presença de obstrução infra-vesical.

C 04

PODE O KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE SER ÚTIL NA AVALIAÇÃO DE CURA E MELHORIA SUBJECTIVA APÓS CIRURGIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA?

Rita Luz¹, Inês Pereira², Alexandra Henriques³, Ana Luísa Ribeiro⁴, Alexandre Valentim-Lourenço⁴

¹Interna de Ginecologia e Obstetria, Centro Hosp. de Setúbal, E.P.E.; ²Interna de Ginecologia e Obstetria, Centro Hosp. Lisboa Norte, E.P.E.; ³Assistente Hosp. de Ginecologia e Obstetria, Centro Hosp. Lisboa Norte, E.P.E.; ⁴Assistente Hospitalar Graduado de Ginecologia e Obstetria, Centro Hosp. Lisboa Norte, E.P.E.

Introdução: a incontinência urinária (IU) influencia negativamente a qualidade de vida. A utilização de slings transobturadores é uma técnica aceite como de primeira linha, mas a definição de sucesso e cura varia consideravelmente entre os estudos. O *King's Health Questionnaire (KHQ)* foi concebido para avaliar o impacto da IU na qualidade de vida, ficando por esclarecer qual o valor da sua avaliação quantitativa no pré e pós-operatório.

Objetivos: Avaliar a utilidade do *KHQ* na avaliação de cura e melhoria subjetiva em doentes submetidas a cirurgia de IU, determinar valores de cutoff e reportar a taxa de sucesso e complicações tardias.

Metodologia: Estudo retrospectivo de 204 doentes submetidas a correção de IU com sling transobturador *inside-out* (170 a TVT-O e 34 a TVT® Abbrevo, *Gynecare Ethicon Inc.*) na nossa unidade entre 2004 e 2013 por IU de esforço ou mista. As doentes foram avaliadas aos 0, 6, 12 e 24 meses e os parâmetros avaliados incluíram os achados clínicos, cura objetiva (stress teste com a tosse) e score do *KHQ*. Os critérios de exclusão foram:¹ cirurgia de correção de prolapso urogenital concomitante;² ausência de avaliação pré-operatória adequada;³ ausência de vigilância; e⁴ cirurgia após falência de cirurgia com outro sling. Foram usadas Curvas de Características de Operação do Receptor para calcular valores de cutoff do score global do *KHQ* para determinar cura subjetiva. A “diferença clinicamente importante” foi calculada através de um método baseado na distribuição (dimensão do efeito) para uma referência elevada (0,80 do desvio padrão do score global do *KHQ* basal) e usado para inferir sobre melhoria subjetiva. O *KHQ* foi aplicado a 20 mulheres sem sintomas ou história

de IU como referência para o “normal”.

Resultados: A idade média das doentes de 57 anos ($\pm 9,9$) e a IU era mista em 119 casos (58%). O *score* global do *KHQ* pré-operatório médio foi de 55 ($\pm 12,8$). A taxa de cura objetiva foi de 97% e 95% aos 6 e 24 meses, respetivamente. A sensibilidade e especificidade para valores de cutoff entre 29 e 32 são apresentados na tabela 1. O *score* máximo obtido em mulheres saudáveis foi de 30 (mediana de 25). Utilizando o valor 31 como cutoff, a taxa de cura subjetiva foi de 80% e 83% aos 6 e 24 meses, respetivamente. A “diferença clinicamente importante” para uma referência elevada foi de 10 (12,8 x 0,80) e avaliando as doentes com uma diferença superior ou igual a este valor, 87% e 90% apresentavam melhoria subjetiva aos 6 e 24 meses, respetivamente.

Conclusão: O *KHQ* é útil na avaliação de cura e melhoria subjetiva após correção de IU e provavelmente é mais adequado que o stress teste (cura objetiva) para representar o sucesso da cirurgia dado ter em conta o impacto na qualidade de vida.

Tabela 1. Sensibilidade (S) e especificidade (E) para diferentes cutoffs.

Cutoff	Avaliação aos 6 meses		Avaliação aos 12 meses		Avaliação aos 24 meses	
	S	E	S	E	S	E
≤ 29	100%	80%	88%	82%	63%	83%
≤ 30	100%	81%	88%	84%	63%	84%
≤ 31	100%	82%	88%	85%	63%	86%
≤ 32	75%	83%	75%	86%	63%	86%

C 05

SLING DE INCISÃO ÚNICA AJUSTÁVEL (AJUST®) VERSUS SLING TRANSOBTURADOR INSIDE-OUT (TVT-O®) NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO FEMININA: EFICÁCIA, EFEITO NA QUALIDADE DE VIDA E COMPLICAÇÕES

Catarina Policiano, Inês Martins, Catarina Castro, Alexandra Henriques, Ana Luísa Ribeirinho, Alexandre Valentim Lourenço

Dep. de Obstetrícia e Ginecologia Hosp. de Santa Maria, Centro Hosp. Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Introdução: O tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço (IUE) é indicado quando as queixas interferem significativamente com a qualidade de vida e após a falência das modalidades conservadoras. As técnicas cirúrgicas têm evoluído de forma a serem menos invasivas, com maior rapidez de execução técnica, menores taxas de complicações e internamentos mais curtos.

Objetivos: O objetivo primário foi comparar a taxa de cura aos 12 meses e o efeito na qualidade de vida entre um sling de incisão única (Ajust®) e um sling

transobturador inside-out (TVT-O®) no tratamento cirúrgico da IUE. Os objetivos secundários foram avaliar se as taxas de cura se mantêm ao longo do tempo (24 e ≥ 36 meses) bem como avaliar as complicações.

Material e métodos: Análise retrospectiva comparativa entre dois tipos de cirurgias para IUE: grupo A – Ajust®, realizadas consecutivamente entre 2009 e 2012, sob anestesia local; grupo B – TVT-O®, selecionados aleatoriamente para um matching 1:1, realizadas entre 2004 e 2012, sob anestesia loco-regional. Os critérios de exclusão foram: cirurgia vaginal concomitante, antecedentes de cirurgia de IU, prolapso do compartimento anterior com grau ≥ 2 na classificação *Pelvic Organ Prolapse – Quantification System*, volume residual pós-miccional >100 ml e patologia neurológica. A cura objetiva foi definida por stress test negativo e a cura subjetiva pelas queixas das doentes, refletidas num inquérito de qualidade de vida (*King's Health Questionnaire*). Como métodos estatísticos, utilizaram-se os testes qui-quadrado e exato de Fisher para comparação entre variáveis categóricas e o teste U-Mann-Whitney para comparação entre variáveis contínuas. Valor p Valor $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

Resultados: Avaliaram-se 127 mulheres: grupo A – 63 casos; grupo B – 64 casos. As taxas de cura aos 12 meses foram semelhantes entre os dois grupos (cura objetiva: 94.7% vs 93.1%, $p=1.000$; cura subjetiva: 81.4% vs 84.1%, $p=0.935$, respetivamente para o grupo A e B). Ao longo do seguimento não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas taxas de cura entre os dois grupos. Em ambos os grupos registou-se uma melhoria significativa do impacto das queixas na qualidade de vida, não havendo diferença entre os grupos. Não houve diferenças no que respeita à frequência das complicações.

Conclusões: A colocação de slings Ajust® em ambulatório, sob anestesia local, permite reduzir os custos inerentes ao internamento, com resultados equivalentes à de técnicas realizadas sob anestesia loco-regional, tal como o TVT-O®, relativamente a taxas de cura aos 12, 24 e ≥ 36 meses, impacto na qualidade de vida e complicações.

Palavras-chave: Incontinência urinária de esforço, correção cirúrgica, sling.

C 06

EFICÁCIA DA REDE ELEVATE™ VS PROLIFT™ NA CORREÇÃO DO PROLAPSO UROGENITAL COMBINADO (ANTERIOR E APICAL)

Maria Carvalho Afonso, Inês Pereira, Alexandra Henriques, Ana Luísa Ribeirinho, Alexandre Valentim-Lourenço
Departamento/Clinica Universitária de Obstetrícia e Ginecologia, CHLN-Hospital Universitário de Santa Maria Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, CAM –

Introdução: O prolapso dos órgãos pélvicos (POP) é uma entidade que afecta um número crescente de mulheres e com um impacto negativo na sua qualidade de vida.

As formas mais comuns de POP resultam de defeitos de suporte cumulativos e envolvem habitualmente mais do que um compartimento pélvico.

A utilização de redes de polipropileno por via transvaginal é uma opção frequente e e com taxas de sucesso superiores às correcções com tecidos nativos.

Objetivo: Comparar a eficácia (subjetiva e objetiva) do Elevate™ na correção do compartimento anterior em formas combinadas de POP envolvendo os compartimentos anterior e apical, com a rede Prolift™, na presença e ausência de útero.

Material e métodos: Estudo retrospectivo comparativo entre as primeiras doentes tratadas na nossa instituição com prótese Elevate™ Anterior (AMS Inc.), entre Setembro de 2013 e Maio de 2015, e as primeiras doentes tratadas com prótese Prolift Anterior™, (GynaeCare, Ethicon), entre Janeiro 2005 e Dezembro de 2006.

Foram incluídos prolapso sintomáticos dos órgãos pélvicos \geq Grau II (classificação POP-Q), envolvendo o compartimento anterior e apical. Foram excluídas mulheres com antecedentes de cirurgia do compartimento anterior.

Constituíram-se dois grupos: Grupo Elevate, submetido a colocação de Elevate™ Anterior; Grupo Prolift, submetido a colocação de Prolift™ Anterior. Foi comparado o desfecho anatómico a 6 meses entre os grupos, baseado na avaliação do ponto Ba e C (POP-Q). Considerou-se cura anatómica quando Ba < -1; melhoria anatómica quando Ba \geq -1 e Ba0 > Ba6, em mulheres assintomáticas e recidiva quando Ba \geq -1 e necessidade de cirurgia.

O teste de Mann-Whitney foi utilizado para a análise estatística das variáveis contínuas e o teste exacto de Fisher para as variáveis categóricas. O nível de significância foi estabelecido como <0.05 .

Resultados: Em cada grupo foram incluídas 45 mulheres. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que concerne à idade, índice de massa corporal (IMC), menarca, idade da menopausa, número de partos vaginais e existência de histerectomia prévia à cirurgia.

Não foram encontradas diferenças relativas ao desfecho anatómico do ponto Ba entre os dois grupos, bem como na taxa de cura anatómica, melhoria anatómica ou recidiva (Tabela 2).

Não existiu diferenças estatísticas do ponto Ba, consoante o tipo de prótese, na presença (grupo Elevate -2.3 \pm 0.3 vs grupo Prolift -2 \pm 0.2, $p=0.41$) ou ausência de útero (grupo Elevate -2.3 \pm 0.2 vs grupo Prolift -2.4 \pm 0.3, $p=0.72$).

Comentários: Aos 6 meses de *follow up*, as próteses Elevate™ e Prolift™ apresentaram taxas de cura

e melhoria anatómica semelhantes e a presença ou não de útero, quando a cirurgia reconstrutiva, não pareceu ter influência negativa no seu sucesso.

Palavras-chave: Prolapso urogenital; Elevate™ Anterior; Prolift™ Anterior; Compartimento anterior; histerectomia vaginal.

Tabela 1. Desfecho anatómico do ponto Ba consoante o tipo de prótese utilizada.

	Elevate n= 45	Prolift n= 45	<i>p</i>
Ponto Ba aos 0 meses	3.9 \pm 0.3	3.4 \pm 0.3	0.27
Ponto Ba aos 6 meses	-2.4 \pm 0.2	-2.2 \pm 0.2	0.37
Cura Anatómica (Ba < -1)	33/41*	30/40**	0.6
Melhoria Anatómica (Ba \geq -1 e Ba0 > Ba6, assintomática)	7/8	9/10	1
Recidiva	1/8	1/8	1

*Perda de 4 doentes no *follow up* aos 6 meses.

**Perda de 5 doentes no *follow up* aos 6 meses.

C 07 SERÁ A INJEÇÃO REPETIDA DE TOXINA BOTULÍNICA A INTRADETRUSOR REALMENTE EFICAZ?

João André Carvalho, Vera Marques, Hugo Coelho, Pedro Nunes, Francisco Rolo, Alfredo Mota

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A injeção de toxina botulínica tipo A (TBA) intradetrusor está aprovada como terapêutica em Urologia para a hiperatividade vesical neurogénica e não neurogénica, sendo comum a sua utilização repetida.

Objetivos: Caracterizar a população de doentes de um hospital terciário submetidos a aplicação de três ou mais injeções de TBA, procurando verificar eficácia e custos.

Materiais e métodos: Dos 173 doentes submetidos a injeção de TBA de 01/01/2009 a 31/12/2014, selecionaram-se 47(27%) que foram submetidos a três ou mais injeções. Procedeu-se à análise retrospectiva dos dados clínicos, resultados (manutenção ou suspensão da terapêutica ou alta médica), complicações resultantes (retenção urinária aguda, infeções urinárias e disreflexia autonómica) e ao respetivo estudo estatístico. A idade média dos doentes foi de 52,6 \pm 16,7 anos, sendo 59,6% do sexo masculino e 40,4% do feminino. Os diagnósticos que levaram ao tratamento foram em 70,2% hiperatividade vesical neurogénica, em 21,3 % hiperatividade vesical idiopática e em 8,5% cistite intersticial.

Resultados: Foram realizadas 226 procedimentos: em 60,6% administrou-se toxina onabotulínica A, em 22,1% toxina incobotulínica A e em 17,3% toxi-

na abobotulínica A, com um número médio de tratamentos de $4,79 \pm 1,59$ e um custo total médio do produto de $1495,91 \pm 722,93$ €. O intervalo médio entre cada tratamento foi de $7,33 \pm 1,39$ meses para um seguimento médio de $40,13 \pm 14,72$ meses. Verificou-se retenção urinária aguda em $12,8\%$, infeção urinária em $19,1\%$ e disreflexia autonómica em $6,4\%$. Não se verificou associação estatisticamente significativa entre diagnóstico e seguimento médio em cada grupo, sendo que os intervalos de tempo entre as administrações não foram diferentes consoante os diagnósticos. Os intervalos de tempo entre os 2 primeiros tratamentos e entre a 5^a-6^a administração foram significativamente diferentes: aumento médio de $3,64 \pm 5,32$ meses ($p=0,02$). Verificou-se associação estatisticamente significativa entre diagnóstico e resultado final ($p=0,04$), verificando-se que os doentes com hiperatividade neurogénica foram os que mais mantiveram a injeção de TBA ($87,1\%$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a manutenção, suspensão de tratamento ou alta entre sexos e escalões etários.

Conclusões: A injeção de TBA é uma mais-valia no nosso centro, com baixa incidência de complicações e sem taquifilaxia. O intervalo de tempo entre as administrações parece poder ser alargado à medida que o tempo avança nos doentes submetidos a mais de cinco injeções.

Palavras-chave: Toxina botulínica A; hiperactividade vesical neurogénica; hiperactividade vesical não neurogénica.

C 08

NEUROMODULAÇÃO SAGRADA EM DISTÚRBIOS MICCIONAIS - EXPERIÊNCIA INICIAL DO CENTRO HOSPITALAR PORTO

Gil-Sousa, Diogo¹; Pinto, André¹; Oliveira, Manuel Castanheira de²; Lopes, Ana³; Soares, José⁴; Príncipe, Paulo⁴; Silva-Ramos, Miguel⁴; Fraga, Avelino⁵

¹Interno Serviço Urologia Centro Hospitalar do Porto (CHP); ²Assistente Hospitalar Serviço Urologia CHP;

³TDT Neurofisiologia, Serviço Urologia CHP; ⁴Assistente Hospitalar Graduado Serviço Urologia CHP; ⁵Director Serviço Urologia CHP

Introdução: Neuromodulação sagrada (NMS) é uma opção terapêutica em doentes com bexiga hiperactiva (BHA) e retenção urinária crónica não-obstrutiva refractários à terapêutica conservadora.

A maioria dos estudos descritos na literatura sobre NMS foca a eficácia clínica e os avanços técnicos desta modalidade, adotando essencialmente outcomes clínicos e avaliação de evento adversos. O impacto na Qualidade de Vida e Função Sexual tem sido subvalorizado e avaliado em menor extensão.

Objetivos: Avaliar o impacto na qualidade de vida, através do questionário *Short Form Health Survey - 36 item* (SF-36), e impacto na função sexual, através dos questionários *IIEF-15* (*International Index*

of Erectile Function 15) e *FSFI* (*Female Sexual Function Index*), nos doentes com disfunção miccional submetidos a NMS, antes e após colocação de neuromodulador definitivo *Medtronic Interstim II*.

Material e métodos: Estudo prospectivo com avaliação de 20 doentes submetidos a NMS entre Out/2012 e Out/2015 no serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Porto, e aplicação dos questionários validados para Português SF-36, IIEF-15 (homens) e FSFI (mulheres), antes e após aplicação de neuromodulador definitivo. Comparação estatística de resultados através do teste-t para amostras emparelhadas, com o uso de software estatístico STATA v13.

Resultados: Total de 20 doentes submetidos a colocação de NMS - 19 com distúrbios miccionais (2 doente com incontinência urinária e fecal associada) e 1 com incontinência fecal isolada. Amostra predominantemente do sexo feminino (78,95%), com média de idades de $50,58 \pm 11,92$ anos. Cinco doentes apresentavam alterações ao exame neurológico - 3 doentes com PAF, um com antecedentes de AVC e uma doente com lesão medular na sequência de cirurgia por hérnia discal C5-C6.

73,68% dos doentes foram indicados por Retenção Urinária Crónica Não-obstrutiva, 10,53% por BHA (apresentando incontinência urinária de urgência) e 15,79% por distúrbio misto. Tempo médio de evolução dos sintomas de $69,26 \pm 67,25$ meses. 80% dos doentes propostos avançaram para a colocação de neuromodulador definitivo.

Foi realizada a análise das principais variáveis do diário miccional específicas para cada um dos distúrbios - Retenção Urinária Crónica Não-obstrutiva, BHA e distúrbio misto - antes e após o procedimento definitivo.

A avaliação da Qualidade de Vida através do questionário SF-36 revelou uma melhoria significativa do score médio quer dos componentes físicos - $41,43 \pm 16,34$ no início do seguimento, para $66,46 \pm 14,87$ após o procedimento definitivo ($p < 0,001$), quer dos componentes mentais - de $43,32 \pm 19,74$ para $68,53 \pm 18,21$ ($p < 0,001$).

A avaliação da Função Sexual, através do questionário IIEF-15 para os homens e FSFI para as mulheres, revelou uma melhoria do score médio de 8,2 para 10,0 ($p=0,24$) e 11,7 para 17,3 ($p=0,013$), respetivamente

A avaliação subjectiva da importância do distúrbio miccional através da Escala Visual Analógica (EVA) demonstrou uma clara melhoria após o procedimento, com uma diminuição do valor absoluto médio de 8,05 para 3,79 ($p < 0,001$).

Discussão/Conclusão: A NMS demonstrou ser um tratamento eficaz no tratamento de distúrbios miccionais refractários à terapêutica conservadora, condicionando uma melhoria significativa da qualidade de vida, em ambos os componentes físico e mental do SF-36, e da função sexual destes doentes.

X CONGRESSO
APNUG

Associação Portuguesa de Neurourologia
e Uroginecologia



PÓSTERES

P 01

IMPACTO DO ESTUDO URODINÂMICO NA AVALIAÇÃO PRÉ OPERATÓRIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO – ESTUDO RETROSPECTIVO

José Carlos Santos¹, Rui Leal², Filipa Ribeiro³, Isabel Grilo³, João Colaço³, Filomena Nunes³

¹Centro Hospitalar Lisboa Ocidental; ²Centro Hospitalar de Setúbal; ³Hospital de Cascais Dr. José Almeida

Introdução: A utilização de estudos urodinâmicos (EUD) na avaliação da incontinência urinária de esforço é fonte de alguma controvérsia. Alguns autores sugerem que nos casos em que a história clínica e o exame objetivo confirmam o diagnóstico de incontinência urinária de esforço pura/genúina, que se poderá dispensar a utilização de estudos invasivos, outros sugerem que antes de qualquer intervenção terapêutica invasiva se deverá realizar avaliação funcional. Os resultados dos EUD podem confirmar diagnósticos e prever eventuais complicações, permitindo um melhor esclarecimento do doente antes da decisão cirúrgica.

Objetivos: Revisão dos resultados de estudos urodinâmicos realizados em mulheres submetidas a colocação de slings subureterais por via transobturadora e a sua relação com os resultados cirúrgicos.

Material e métodos: Avaliação retrospectiva dos processos clínicos das doentes submetidas a colocação de sling suburetral transobturador entre 2010 e 2014. Avaliação dos resultados dos EUD obtidos e sua relação com outcomes cirúrgicos

Resultados: Neste período foram realizadas 178 colocações de sling suburetral transobturador, das quais 60% em casos com queixas de incontinência urinária de esforço isolada. Sessenta e dois por cento das doentes realizaram um EUD antes do procedimento cirúrgico (n=117), sendo que apenas 103 mantiveram follow up de pelo menos 12 meses. Destas, 91,3% demonstraram Incontinência Urinária com o esforço, e 26,2% hiperactividade do detrusor sem incontinência (18.5% apresentaram os dois fenómenos em simultâneo). Durante o follow up cerca de 70% mostraram-se sem queixas (cura da IUE), 11,1% apresentavam queixas de incontinência urinária de urgência, e 7% algum tipo de perdas com o esforço (melhoria da IUE). As doentes com queixas de incontinência urinária mista apresentavam mais frequentemente hiperactividade do detrusor (p<0,05). O sub grupo de mulheres nas quais não foi demonstrada incontinência urinária de esforço no EUD apresentou maior frequência de manutenção das queixas (p<0.05). As doentes que apresentaram queixas de incontinência de urgência apresentavam EUD prévio com hiperactividade do detrusor com maior frequência que as doentes sem queixas no pós operatório (p>0,05). Não foram encontradas outras associações estatisticamente significativas nesta amostra

ticamente significativas nesta amostra

Discussão/Conclusões: Os resultados cirúrgicos encontram-se dentro do descrito na bibliografia. Nesta série, a presença de hiperactividade do detrusor ou a ausência de incontinência de esforço no estudo urodinâmico pré operatório foi relacionada com resultados clínicos menos satisfatórios, ideia já demonstrada previamente em alguns artigos. No entanto, e sendo este um estudo retrospectivo, estudos prospectivos são necessários para validar ou refutar estes resultados.

Palavras-chave: Incontinência urinária esforço, Estudo Urodinâmico.

P 02

BACTERIÚRIA APÓS CIRURGIA POR PROLAPSO DE ÓRGÃO PÉLVICO E/OU INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Pereira, S.; Policiano, C.; Henriques, A.; Ribeirinho, A.; Lourenço, A.

Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução: a infeção do trato urinário (ITU) é um importante fator de morbilidade após cirurgia uroginecológica, sendo comum em mulheres algalias das mesmo após profilaxia antibiótica.

Objetivo: o objetivo primário foi avaliar a taxa de ITU após cirurgia por prolapso de órgão pélvico (POP) e/ou incontinência urinária de esforço (IUE). O objetivo secundário foi avaliar se existe diferença da taxa de bacteriúria consoante o tipo de procedimento realizado, nomeadamente correção de prolapso do compartimento anterior, apical e/ou posterior (com e sem prótese) e/ou colocação de sling sub-uretral para tratamento cirúrgico da IUE.

Material e métodos: realizou-se um estudo retrospectivo que incluiu as mulheres que foram submetidas a cirurgia por POP e/ou IUE desde Janeiro 2009 a Maio 2015, num centro hospitalar terciário. Todas as doentes receberam 2g de cefoxitina endovenosa, como profilaxia antibiótica, nos 30 minutos que antecederam o início da cirurgia. Foram incluídas as doente que colheram urina para urocultura (UC) pré e pós cirurgia. Critérios de exclusão: doentes com UC prévia à cirurgia com isolamento de agente infeccioso ou UC contaminada. Foram avaliadas as UC prévias à cirurgia (até dois meses) e as UC colhidas no dia seguinte à cirurgia. Foi utilizado o seguinte teste estatístico: ANOVA, e o software SPSS v.21.

Resultados: das 613 doentes elegíveis, 51 foram excluídas por UC prévia positiva e 34 por UC contaminada, 300 foram excluídas por não terem UC pré e pós cirurgia. Foram incluídas 228 doentes divididas em três grupos: cirurgia para correção de POP (113), cirurgia para correção de IUE (44) e cirurgia para correção concomitante de POP e IUE (71). A

média de idade foi de 62 anos (intervalo dos 34 aos 84 anos), não se tendo registado variação estatisticamente significativa na média de idade entre os grupos POP, IUE e POP+IUE ($p=0,449$). A taxa de bacteriúria após cirurgia foi de 9,6% (22/228), não se verificando diferença estatisticamente significativa entre os grupos: POP (11/113) vs IU (6/44) vs POP+IU (5/71) ($p=0,507$).

Discussão: A taxa de bacteriúria (sintomática e não sintomática) após cirurgia, no nosso centro (9,6%) é sobreponível à taxa de ITU após cirurgia uroginecológica descrita em estudos anteriores (9%). Não se verificou maior taxa de bacteriúria nas doentes submetidas a correção de IUE em relação às submetidas a cirurgia de POP, apesar de as primeiras serem submetidas a desalgiação intra-operatória para ajuste da tensão da fita sub-uretral e posterior re-algiação. Uma das limitações do nosso estudo consiste no facto de não ter sido avaliado o efeito da antibioterapia profilática na taxa de bacteriúria das UC na manhã seguinte à cirurgia em comparação com UC colhidas com maior distância em relação à toma de antibiótico.

Conclusão: A taxa de bacteriúria após cirurgia do pavimento pélvico no nosso centro foi de 9,6%, não parecendo haver diferenças entre os tipos de procedimentos uroginecológicos realizados.

P 03

ESTUDOS URODINÂMICOS: QUAL A SUA CONTRIBUIÇÃO PARA O SUCESSO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA?

Ariana Gomes, Alexandrina Mendes, Ana Lopes, Marcília Teixeira, Raquel Reis, Anabela Branco, Bercina Candozo Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa Centro Materno Infantil do Norte (C.M.I.N.) - Centro Hospitalar do Porto

Introdução: O papel dos estudos urodinâmicos (EUD) na avaliação pré-operatória de todos os casos de incontinência urinária não está claramente definido, impondo-se a sua utilização nos casos mais complexos. O valor máximo destes estudos prende-se com a sua capacidade de alterar uma conduta clínica, com o objetivo último de melhorar os resultados da mesma.

Objetivo: Avaliar a correlação entre a realização de EUD e o sucesso do tratamento cirúrgico, em mulheres com história de incontinência urinária de esforço (IUE) ou incontinência urinária mista (IUM).

Métodos: Estudo retrospectivo avaliando um total de 1566 mulheres submetidas a tratamento cirúrgico de incontinência urinária (*Transobturador Tape*), no período de tempo compreendido entre 1 de Janeiro de 2004 e 31 de Maio de 2015. O sucesso do tratamento cirúrgico foi definido como cura ou melhoria significativa dos sintomas.

Resultados: Nas pacientes com IUE, foi obtida uma taxa de sucesso de 89,5% com a realização de EUD pré-operatório e de 93,1% naquelas que não reali-

zaram este estudo ($p=0,045$).

Nas pacientes com IUM foi obtida uma taxa de sucesso de 87,9% com a realização de EUD e de 91,6% sem este estudo, apesar dos resultados não serem estatisticamente significativos ($p=0,189$). As pacientes selecionadas para a realização do EUD diferiram das restantes por antecedentes de correção cirúrgica de incontinência urinária, estado pós-menopausa ou co-morbilidades (ex. Diabetes Mellitus).

Conclusões: Os EUD auxiliam os clínicos a identificar quais as mulheres com indicação para o tratamento cirúrgico e quais aquelas em risco de disfunção miccional no pós-operatório.

Os principais fatores de insucesso cirúrgico (cirurgias uro-ginecológicas prévias, estado pós-menopausa, entre outros) são muitas vezes aqueles que impõem a realização de um EUD, parecendo mesmo constituir os fatores preponderantes para o êxito do tratamento.

Palavras-chave: Estudos urodinâmicos; Incontinência Urinária, *Transobturador Tape*.

P 04

RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA NA GRAVIDEZ - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Pedrosa S., Boia M., Oliveira N., Ferreira I., Moreira C., Oliveira M.

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: As funções da bexiga são normalmente mantidas durante a gravidez. No entanto, quando estamos perante uma retroversão uterina, o esvaziamento urinário pode não realizar-se adequadamente ou até mesmo levar a uma obstrução completa da uretra.

Objetivos: Apresentar um caso clínico de retenção urinária aguda durante a gravidez devido a obstrução uretral pela retroflexão uterina.

Descrição: Apresentamos um caso clínico de uma grávida de 36 anos, primigesta, com 13 semanas de gestação, que recorreu ao serviço de urgência por sensação de esvaziamento incompleto da bexiga. Ao exame objetivo detectou-se um posição anterior do colo uterino. Analiticamente sem alterações e ecograficamente observou-se um útero retroflectido com bexiga repleta. Efectuou-se o esvaziamento com sonda vesical de Foley nº16 com exteriorização de 1000mL de urina límpida. Optou-se por colocar uma sonda vesical de silicone nº16 durante uma semana. Após a remoção da sonda a grávida referiu micção espontânea sem complicações. A restante gestação decorreu sem intercorrências, teve um parto eutóxico às 40 semanas sem incidentes e puerpério sem alterações.

Discussão: Na gravidez inicial, o útero retroflectido aumenta de tamanho e o fundo normalmente sobe ao longo do sacro e fica em posição anterior, cor-

rigindo espontaneamente a sua posição. Em casos raros, o fundo uterino mantém-se no promontório sagrado onde continua a crescer. Concomitantemente, o colo é deslocado para cima da sínfise púbica e comprime a uretra e a bexiga o que interfere com o seu normal funcionamento. Normalmente, a grávida apresenta sintomatologia entre as 13 e 16 semanas devido ao início da compressão das estruturas anatómicas adjacentes pelo útero em crescimento. O tratamento passa pela tentativa de redução do colo uterino. A abordagem inicial deverá ser a passiva. Neste caso a grávida é instruída a esvaziar a bexiga. Se a micção espontânea for difícil, uma sonda vesical deve ser colocada até se dar a subida do fundo uterino para a cavidade abdominal. Quando não é resolvida desta forma deverá tentar-se as outras opções, nomeadamente, redução manual, colposcópica ou laparoscópica. Recomenda-se, geralmente, a evicção da redução do colo uterino após as 20 semanas, em grávidas assintomáticas ou com sintomas ligeiros. Neste caso deve ser vigiada e a sonda vesical mantida. Devendo dar especial atenção a situações de dor pelo risco de necrose da parede ou rotura uterina. O parto vaginal está contra-indicado nas grávidas em que não se consegue realizar a redução. A cesariana com incisão supra-umbilical vertical é a melhor abordagem para evitar transecção da bexiga, colo ou vagina. No caso apresentado a redução foi passiva pelo que foi possível para a grávida ter uma gravidez sem intercorrências e um parto vaginal sem incidentes.

Conclusão: A retenção urinária aguda na gravidez por útero retrovertido é uma condição muito rara na gravidez. O curso normal destas gestações é a elevação espontânea e a descompressão de estruturas anatómicas tais como a bexiga. Deverá ser explicada à grávida a possibilidade de recorrência desta situação em próximas gestações.

P 05

REPARAÇÃO PARAVAGINAL NO TRATAMENTO DO CISTOCELO

Diana Melo Castro, Yida Fan, Osvaldo Moutinho
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: O cistocele corresponde ao prolapso da parede vaginal anterior e pode surgir quando o folheto anterior da fásia endopélvica se encontra danificado. O defeito pode ser localizado na região central (defeito central) ou na fixação lateral ao arco tendinoso da fásia endopélvica (defeito paravaginal ou lateral).

Objetivo: avaliar a eficácia da reparação paravaginal dos defeitos laterais do compartimento anterior (CA), por via vaginal.

Método: Estudo retrospectivo que incluiu 46 mulheres com defeitos paravaginais sintomáticos do CA. A avaliação pré e pós-operatória do prolapso

do CA foi realizada de acordo com o sistema de classificação Baden-Walker (BW).

A reparação paravaginal do cistocele consistiu na reconstrução da fásia vesicovaginal com a fixação ao arco tendinoso da mesma juntamente com a parede vaginal através de dois ou mais pontos de sutura reabsorvível, bilateralmente.

Todas as doentes tiveram *follow-up* pós-operatório. O sucesso do tratamento cirúrgico foi considerado e dividido em 2 tipos: cura objetiva, isto é, a ausência de prolapso do CA superior ou igual ao grau 2 da classificação BW; e cura subjetiva, o que corresponde à ausência de prolapso sintomático e satisfação da paciente com o resultado cirúrgico.

Resultado: A idade média das doentes foi 64 anos e 98% eram pós-menopáusicas. O índice de massa corporal médio foi de 28kg/m² (19-35kg/m²). Quanto aos antecedentes pessoais verificou-se: em 13% obstipação crónica, em 13% obesidade, em 5% doença pulmonar obstrutiva crónica/asma e em 4% acidente vascular cerebral. Nenhuma doente era fumadora. Dezoito por cento das doentes apresentavam antecedentes de cirurgias pélvicas, tendo sido 3 delas submetidas à plasia do CA. O número de paridade variou entre 1 e 11. Quanto ao tipo de prolapso dos órgãos pélvicos, apenas 11% das paciente apresentaram cistocele isoladamente, verificando-se associação de prolapso de um ou mais compartimentos nas restantes. Em 95% dos casos, o grau de prolapso do compartimento anterior (PCA) foi igual ou superior ao grau 2. O tempo médio de *follow-up* das doentes foi de 5 meses. A taxa de cura objetiva foi de 91% enquanto a taxa de cura subjetiva foi de 93%.

Conclusões: A reparação paravaginal dos defeitos do CA lateral pela técnica de fixação ao arco tendíneo revelou-se uma técnica eficaz, com a taxa de cura objetiva de 91%. Além disso, 93% das doentes ficaram assintomáticas e satisfeitas com o resultado cirúrgico.

Palavras-Chave: Cistocele, fixação ao arco tendinoso, reparação paravaginal.

P 06

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS (POP) COM PRÓTESE VAGINAL: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Ângela Melo; Helena Fachada; Marta Fernandes; José Damasceno Costa

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E

Palavras-chave: Estudo retrospectivo, prolapso dos órgãos pélvicos (POP); próteses vaginais.

Introdução: O prolapso dos órgãos pélvicos (POP) está associado a elevada incidência e disfunção. O seu tratamento cirúrgico é alvo de debate e optimização constante. O uso das redes/próteses vaginais consiste numa das alternativas, não isenta de controvérsia.

Objetivos: Classificar as doentes submetidas a correcção de POP com prótese vaginal pela equipa da Unidade de Uroginecologia e Pavimento Pélvico do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E, desde Janeiro de 2011 a Dezembro de 2014, no que concerne à idade, peso, paridade, status pós-menopausa, comorbilidades, indicação cirúrgica, tipo de prótese e taxa de complicações.

Material/Métodos: Estudo retrospectivo com consulta dos processos informáticos das doentes submetidas a tratamento de POP com prótese vaginal no período de tempo considerado. Tratamento estatístico com recurso a software IBM SPSS® versão 21.

Resultados: 33 mulheres foram submetidas a cirurgia de correcção com prótese vaginal, correspondendo a 11,9% das cirurgias realizadas para correcção de POP. A idade média foi de 64 anos, e o peso de 64 kg. 21% das mulheres apresentavam paridade compatível com 3 ou mais partos e 51,5% tinham já sido submetidas a cirurgia clássica para correcção de POP. 42,4% não apresentavam comorbilidades.

Em relação às indicações cirúrgicas, todas as doentes apresentavam POP III/IV, 13 mulheres do compartimento anterior (39%), 8 do compartimento apical, 2 do compartimento posterior e 10 prolapso generalizado ou de mais do que um compartimento.

Foram colocadas 41 próteses: 11 Perigee®, 9 Elevate Anterior®, 4 Elevate Posterior®, 1 Apogee® e 8 Perigee® em simultâneo com Elevate Posterior®. Não se registou qualquer complicação intraoperatória.

Para um *follow-up* médio de 22 meses, ocorreram como complicações pós-operatórias 1 caso de extrusão de prótese (2,4%) e 2 casos de incontinência urinária de esforço de novo (6%). Em 5 casos observou-se recidiva anatómica (POP III) e/ou sintomática (15%).

As restantes apresentavam-se sem queixas e ao exame objetivo sem POP ou com POP assintomático (POP I/II).

Comentários/Conclusões: Apesar das excelentes taxas de sucesso com esta técnica, as complicações que lhe têm sido associadas desencorajaram a sua utilização universal, restringindo-se atualmente a centros especializados e a indicações específicas. Apenas 11,9% das nossas doentes foram seleccionadas para colocação de prótese, correspondendo aos casos de POP grave ou recidivado. Os níveis de sucesso terapêutico a rondar os 85%, associados à reduzida morbilidade encontrada, confirmam que esta é uma alternativa terapêutica eficaz e segura nos casos em que se prevê que a cirurgia clássica conduza a recidiva.

P 07

IMPACTO DO USO DO CATETER URINÁRIO INTERMITENTE NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM BEXIGA NEUROGÊNICA

Láís Fumincelli, Alessandra Mazzo, José Carlos Amado Martins, Fernando Manuel Dias Henriques, Cintia Fernandes Baccarin Biazio, Márcia Maria Godinho dos Reis Sanches Machado

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil; Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal; Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, Portugal.

Introdução: A bexiga urinária neurogênica pode ser causar retenção urinária, incontinência urinária e em casos mais complexos infecção do trato urinário, formação de cálculos renais por estase urinária e hidronefrose¹. Geralmente, conforme o volume incompleto de esvaziamento vesical, é recomendado o uso do cateterismo urinário intermitente², o qual pode acarretar alterações nos hábitos de vida diários dos pacientes, por conseguinte, afetar sua qualidade de vida³.

Objetivos: Identificar o impacto do uso do cateter urinário intermitente na qualidade de vida dos doentes com bexiga neurogênica.

Material e métodos: Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, transversal, de tipo observacional, analítico. Seguidos os preceitos éticos, foi realizado em um Centro de Reabilitação no interior do estado de São Paulo, com doentes maiores de 18 anos, com diagnóstico médico de bexiga neurogênica e que usassem o cateterismo urinário intermitente. Utilizou-se dois questionários, um de caracterização sociodemográfica, clínica e cateterismo urinário e um sobre qualidade de vida (WHOQOL-bref). Os dados foram analisados no aplicativo SPSS (versão 22.0).

Resultados e comentários: Foram entrevistados 170 (100.0%) doentes. Conforme já demonstrado em estudos anteriores(1-3), eram jovens (inferior a 50 anos - 70.0%) e a maioria do gênero masculino (71.2%). Os principais diagnósticos médicos que acarretaram a bexiga neurogênica foram trauma raquimedular (55.9%) e mielomeningocele (15.3%). Quanto ao incompleto esvaziamento vesical, a maioria realizava o cateterismo urinário intermitente mais de quatro vezes ao dia (45.9%) e há mais de 10 anos (57.9%). A maioria referiu uma qualidade de vida boa (50.0%) e referiram precisar bastante de um tratamento médico (40.0%). Os piores escores pontuados sobre qualidade de vida foram oportunidades de atividade de lazer (12.4%), vida sexual (41.8%) e sentimentos negativos, maior parte (57.1%). Grande parte estava satisfeito com as relações pessoais (44.7%) e o domínio com maior escore foi psicológico (68,7).

Conclusões: Por meio da mensuração de domínios específicos de qualidade de vida, torna-se possível

a descoberta dos impactos do uso do cateter urinário nas atividades de vida diárias dos pacientes com bexiga neurogênica. Desse modo, pode-se auxiliar a equipe de saúde a identificar áreas de intervenção prioritárias com vista a melhoria da respectiva qualidade de vida.

Referências:

1. Nardozza Junior A, Zerati Filho M, Reis RB. Urologia Fundamental. Sociedade Brasileira de Urologia. São Paulo (SP): Planmark, 2010.
2. Kocaoz S, Talas MS, Atabekoglu CS. Urinary incontinence in pregnant women and their quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23-24):3314-3323, 2010.
3. Castel-Lacanal E et al. Impact of intermittent catheterization on the quality of life of multiple sclerosis patients. *World Journal of Urology*. 2013; 31(6):1445-1450.

P 08

EROSÃO URETRAL POR PRÓTESE SUBURETRAL: UMA COMPLICAÇÃO RARA MAS POTENCIALMENTE GRAVE PÓS CIRURGIA DE CORREÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO

Dânia Ferreira, Cátia Ferreira, Sofia Costa, Rui Versos, Manuela Mesquita, José Vivas
Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães

Introdução: A terapêutica cirúrgica da Incontinência Urinária de Esforço (IUE) com próteses suburetrais tem-se afirmado como o tratamento de eleição desta patologia, pela facilidade de execução e bons resultados, e pela reduzida taxa de complicações. No entanto, em menos de 1% dos casos o recurso a slings suburetrais sintéticos de polipropileno pode originar complicações como a erosão uretral.

Objetivos: Apresentar um caso clínico de erosão uretral, bem como fazer uma revisão bibliográfica acerca das erosões uretrais pós-cirurgias de correção de IUE.

Material e métodos: Consulta do processo clínico e revisão de literatura.

Resultados: Paciente de 66 anos referenciada à consulta de Uroginecologia por IUE. Ao exame apresentava atrofia vulvovaginal, provas de esforço positivas e hipermobilidade uretral. Foi proposta uma uretropexia por via transobturadora. Durante a cirurgia, verificou-se laceração iatrogénica do colo vesical, suturada, após o que se introduziu a prótese sem outros incidentes. A doente teve alta ao 3º dia pós-operatório algaliada. Às 6 semanas pós-operatório, mantinha perdas de urina, pelo que realizou estudo urodinâmico, que revelou perdas com pressões abdominais baixas (VLPP 48 cmH2O); sem contrações não inibidas do detrusor e micção não obstruída. A doente foi então proposta para uretropexia TVT via retropúbica, que aceitou e realizou sem incidentes, com cistoscopia intra-operatória confirmando integridade vesical. A doente manteve-se assintomática até 15 meses pós-TVT, altura em que iniciou quadro de dor suprapúbica, disúria e perdas de urina precedidas de urgência, com dor

à palpação da uretra e estenose à passagem de sonda uretral. Realizou uma uretrocistoscopia, que revelou “presença de prótese no lúmen da uretra”. A doente foi inscrita para remoção parcial de prótese e reconstrução uretral. A cirurgia foi realizada por via vaginal, através de colpotomia, uretrotomia e exérese parcial da prótese seguida de reconstrução uretral. A doente teve alta em 24 horas, algaliada e medicada com ciprofloxacina e estrogénios tópicos. Em consulta de *follow-up* apresenta-se sem dificuldades na micção e com raros episódios de perda de urina.

Comentários/Conclusões: A utilização de próteses suburetrais tornou-se o procedimento cirúrgico de eleição para o tratamento da IUE. O crescente número de intervenções realizadas permite antever uma possibilidade de aumento das complicações infrequentes como a erosão uretral. Fatores como o status hormonal pós-menopausa e a existência de uretropexias prévias podem elevar a fragilidade dos tecidos e favorecer a erosão progressiva da parede uretral pelo material sintético. Estas são complicações raras mas desafiantes, que obrigam a um elevado nível de alerta para o seu diagnóstico e tratamento.

Palavras-chave: Incontinência urinária de esforço; Prótese suburetral; Erosão uretral por prótese.

P 09

UTILIZAÇÃO DE TOXINA BOTULÍNICA NA DISSINERGIA VESICO-ESFINTERIANA

Filipa Alexandra Pereira, André Maia e Silva, Orlando Cardoso, Marco Pontinha, Maria João Azevedo
Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães

Introdução: As lesões medulares podem cursar com bexiga neurogénica e nos casos de localização suprasagrada podem concomitantemente apresentar dissinergia vesico-esfinteriana, definida como a alteração na coordenação entre o músculo detrusor da bexiga e o esfíncter uretral externo durante o esvaziamento urinário. Esta disfunção miccional com a subsequente incapacidade em esvaziar por completo a bexiga, resulta em elevadas pressões intravesicais, volume residual elevado e risco de refluxo vesicoureteral, insuficiência renal e infeções urinárias de repetição. O estudo urodinâmico é o melhor método para avaliação da fisiopatologia desta disfunção vesico-esfinteriana. Uma das formas de tratamento utilizadas é a toxina botulínica.

Objetivos: Apresentação de um caso paradigmático de dissinergia vesico-esfinteriana após lesão medular submetido com sucesso a tratamento com toxina botulínica.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, de 51 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, traumatismo cranioencefálico após queda e mielopatia espondilótica cervical submetido a discectomia e artrodese de C5-C6 e C6-C7. Referenciado à consulta

de Medicina Física e de Reabilitação por alterações vesicoesfinterianas desde a operação supracitada, com queixas de sensação de urgência miccional com perdas urinárias, dificuldade em iniciar a micção e sensação de esvaziamento incompleto. Realizou estudo urodinâmico: “Bexiga neurogênica supra-nuclear, com hipossensibilidade à repleção, sem contrações não inibidas mas com presença de dissinergia vesico-esfinteriana. Volume residual elevado. Boa contração do detrusor na fase de esvaziamento com fluxo obstrutivo por dissinergia vesico-esfinteriana”. Foi submetido a tratamento com toxina botulínica tipo A 100U em dois pontos do esfíncter uretral externo, apresentando, posteriormente, melhoria da capacidade de esvaziamento vesical. Este resultado foi confirmado na repetição do estudo urodinâmico, evidenciando-se um volume residual desprezível. Não se verificaram efeitos laterais. Continua em seguimento na consulta, urina por micção voluntária por horário, mantém volume residual desprezível 9 meses após a infiltração, sem perdas urinárias; mantém preservação da função renal e ausência de infecções urinárias.

Conclusão: A administração de toxina botulínica no sentido de reduzir a resistência do esfíncter uretral e por conseguinte facilitar a micção e proteger a função reno-vesical pode constituir um método de tratamento eficaz e seguro nos doentes com dissinergia vesico-esfinteriana após lesão medular.

Palavras-chave: Bexiga neurogênica; Dissinergia vesico-esfinteriana; Toxina botulínica; Esfíncter uretral.

P 10 **BEXIGA NEUROGÉNICA NA SÍNDROME DA** **IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA) – A PROPÓSITO** **DE UM CASO CLÍNICO**

Vera Marques, Francisco Rolo, Pedro Moreira, Alfredo Mota
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A incidência de complicações neurológicas em doentes com síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) varia entre 30-40%. Estas podem resultar de infecções oportunistas, lesões imunológicas de órgãos alvo ou neoplasias. A bexiga neurogênica constitui uma dessas complicações.

Objetivos: Descrever um caso clínico raro de bexiga neurogênica como complicação neurológica da SIDA, contextualizando-o nos dados descritos na literatura.

Material e métodos: Entrevista clínica e consulta do processo hospitalar da doente; pesquisa bibliográfica das palavras chave na PubMed.

Resultados: RFC, 62 anos, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus não insulino-tratada, deficiência de alfa1-anti-tripsina, hipertensão e depressão. Diagnóstico de infeção por vírus da imunodeficiência humana tipo 1 em Novembro/2012 em contexto de estudo de síndrome mielodisplásico. Internada em Infecçiology para início de terapêutica

anti-retroviral (TARV) com emtricitabina, tenofovir e raltegravir. Seguida em consulta de Urologia por bexiga hiperativa com incontinência refratária à terapêutica médica (anti-colinérgicos e mirabegrom) e infecções do trato urinário (ITU) de repetição. O estudo urodinâmico revelou baixa capacidade cistométrica máxima (33 mL), com incontinência total devida a hiperreflexia com hiperpressões, sem obstrução do trato de saída. A cistografia confirmou a baixa capacidade vesical, com refluxo vesico-uretérico grau V à direita e grau III à esquerda. As biopsias vesicais aleatórias revelaram intenso infiltrado inflamatório, excluindo neoplasia. A função renal era globalmente diminuída (TFG=65mL/min). A doente foi submetida a derivação urinária (ureteroileostomia cutânea) em Junho/2015, tendo um pós-operatório sem complicações. No *follow-up*, sem dor pélvica, sem ITU de novo, com boa adaptação à derivação urinária. Mantém atualmente TARV prescrita, sem carga viral detetável.

Comentários/Conclusões: Com as novas TARV, a esperança média de vida destes doentes aumenta e as disfunções miccionais serão diagnosticadas mais frequentemente. Porém, as causas neurogênicas implicam um pior prognóstico. O seu correto tratamento pode melhorar condição de mais de 50% dos casos. O achado urodinâmico de hiperreflexia ocorre em 18% dos casos, podendo surgir também arreflexia e uropatia obstrutiva. A deterioração da função renal por compromisso do aparelho urinário alto desta doente implicou a realização de uma cirurgia de derivação urinária, terapêutica de última linha.

Palavras-chave: Bexiga neurogênica, síndrome da imunodeficiência adquirida, complicações neurológicas.

P 11 **SERÁ QUE A VLPP (VALSAVA LEAK POINT PRESSURE)** **PRÉ-OPERATÓRIA INFLUENCIA A TAXA DE SUCESSO DA** **CORREÇÃO CIRÚRGICA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE** **ESFORÇO COM FITA TRANSOBTURADORA (TVT-O)?**

Vera Veiga, Fernanda Santos, Elisabete Santos, António Santiago, António Correia, Isabel Duarte e Gonçalo Ramos
Centro Hospitalar de Leiria

Introdução: A incontinência urinária de esforço (IUE) define-se como a perda involuntária de urina após algum tipo de esforço físico e tem um grande impacto psicossocial. A colocação de fitas transobturadoras é atualmente o método cirúrgico mais utilizado na correção desta patologia.

Objetivo: Caracterizar a população feminina submetida a correção cirúrgica da IUE com a fita transobturadora (TVT-O) e verificar se o valor da VLPP no estudo urodinâmico (EUD) pré-operatório influencia a taxa de sucesso cirúrgico.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de 90 mulheres submetidas a TVT-O de Janeiro de 2013 a Ju-

lho de 2014. Da avaliação subsequente foram excluídas 24 utentes (18 por o EUD não incluir o valor da VLPP e 6 por não comparecimento na consulta de *follow-up*). As mulheres incluídas foram divididas em 2 grupos consoante os valores da VLPP, G1 - VLPP.

Resultados: A média de idade das utentes foi de 53 anos e o índice de massa corporal médio de 29 kg/m². Sete mulheres eram nulíparas e 41 apresentavam em simultâneo queixas de incontinência urinária de urgência. A taxa de cura aos 12 meses pós-cirurgia foi de 91,7%. Em 4 utentes verificaram-se queixas de incontinência urinária de urgência de novo. A taxa de cura da IUE nos diferentes grupos não mostrou diferença com significado estatístico ($X^2(1) = 0,49, p < 0,05$).

Conclusões: Nesta amostra a VLPP não previu a taxa de sucesso da correção cirúrgica da IUE com TVT-O.

Palavras-chave: Incontinência urinária de esforço, Estudo urodinâmico, TVT-O.

P 12

PREVALÊNCIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM AMOSTRAS DE MULHERES GRÁVIDAS E NO PÓS-PARTO DE PACIENTES DE UM HOSPITAL DO BARREIRO E DE CLÍNICAS DE LISBOA

Carmelita Camacho¹; Clara Marcos¹; Inês Romão¹; Rafaela Ferreira¹; Ana Filipa Pires²; Filipa Barradas³

¹Estudante do 4º ano da licenciatura em Fisioterapia da Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa (ESTeSL).

²Fisioterapeuta no Hospital Beatriz Ângelo; ³Docente convidada na ESTeSL. ³Interna do 6º Ano do Internato Complementar de Ginecologia-Obstetrícia no Hospital Nossa Senhora do Rosário.

Introdução: As disfunções do pavimento pélvico feminino (onde se inclui a incontinência urinária (IU)) constituem um importante problema de saúde pública, pela sua alta prevalência, grande impacto na qualidade de vida e pelos elevados custos económicos que acarretam.

A sua etiologia não se encontra totalmente esclarecida, mas sabe-se que durante o período gestacional, e também durante o parto, ocorrem alterações que são responsáveis pelo enfraquecimento dos músculos do pavimento pélvico, constituindo um fator de risco importante para o surgimento de IU.

Verifica-se que a IU na gravidez apresenta uma prevalência, referente a todos os tipos de IU, de 32 a 64%. Esta prevalência pontual é baixa no primeiro trimestre, aumenta no segundo e no terceiro trimestres de gravidez, regressando, no pós-parto, aos valores anteriores à gravidez em 60 a 80% dos casos. A prevalência da IU de esforço (IUE) no pós-parto aumenta de 7% aos 3 meses para 30% aos 5 anos e 42% aos 12 anos.

Estudos indicam que a fisioterapia, através de exercícios de fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico, constitui o tratamento de primeira linha para as mulheres com IUE, de urgência ou mista;

como meio preventivo pré-natal da IU no pós-parto e ainda como sendo o tratamento conservador mais benéfico para mulheres com IU persistente 3 meses após o parto.

Sabe-se que, em Portugal os estudos sobre a prevalência da IU são escassos, sobretudo em mulheres em idade fértil.

Objetivos: Este estudo pretende determinar a prevalência de IU de duas amostras: 1) mulheres no 2º e 3º trimestre de gravidez; 2) mulheres até um ano após o parto.

Material e métodos: Procedeu-se à realização de 2 questionários para caracterização das amostras. A aplicação dos mesmos foi anónima e entregue por contacto direto e pessoal. Foram excluídos os questionários que não se encontravam completos no seu preenchimento.

Resultados: Foram recolhidos dados de 151 questionários de mulheres grávidas com média de idades 32,65±5,49 e 151 de mulheres até um ano de pós-parto com média de idades de 32,47±5,24. Da amostra de mulheres grávidas, 45,7% apresentam sintomas de IU, sendo que destas, 81,2% têm IUE. Da amostra de mulheres no período pós-parto 67,2% realizaram cesariana e 32,5% parto vaginal. 21,9% apresenta IU, e destas 57,6% têm IUE.

Conclusões: A considerável percentagem de IU constatada, particularmente na amostra de grávidas, sugere a necessidade de aumentar a sensibilização da população para esta condição clínica e a importância da intervenção da fisioterapia na sua prevenção e tratamento.

Palavras-chave: Incontinência urinária; gravidez; pós-parto; fisioterapia, pavimento pélvico.

P 13

AValiação DO SUCESSO E SEGURANÇA DO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO COM SLING TRANSOBTURADOR – FOLLOW-UP DE TRÊS ANOS

Lara Caseiro, Ana Bello Simão, Luis Canelas, Águeda Vieira, Vitor Gonçalves

Departamento de Uroginecologia; Hospital Garcia de Orta

Introdução: O tratamento da incontinência urinária de urgência teve diferentes abordagens cirúrgicas, ao longo do tempo. Comparativamente com o método mais antigo de TVT que requer a passagem “às cegas” pelo espaço de Retzius, com o consequente risco de hemorragia e lesão vesical, os slings transobturadores são mais seguros e, por isso, têm vindo a ganhar popularidade. A eficácia da técnica a longo prazo é ainda pouco conhecida. As complicações são raras.

Palavras-chave: Esforço, incontinência urinária; slings transobturadores; resultados; complicações.

Objetivos: Avaliar o sucesso da técnica no tratamento da IUE e enumerar eventuais complicações detetadas na população em estudo.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de 53 mulheres submetidas a cirurgia de correção da IUE com sling transobturador (DynaMesh®) entre 2009 e 2012, no departamento de Uroginecologia do Hospital Garcia de Orta. Foram avaliadas variáveis demográficas das doentes, a sintomatologia (IUE isolada ou incontinência urinária mista) os achados do exame objetivo (*stress test*), os resultados do estudo urodinâmico (EU) e as complicações surgidas durante o *follow-up* de dois anos após a cirurgia. O sucesso da técnica foi definido como ausência de IUE avaliada pela clínica (sintomas e exame objetivo) no pós-operatório; melhoria foi considerada quando a doente mantinha IUE ligeira mas com melhora franca, insucesso quando a doente mantinha IUE objetivada ao exame físico (*stress test* positivo). Foram incluídas mulheres com *stress test* positivo e/ou IUE demonstrada no EU, sem instabilidade do detrusor associada. Foram excluídas as doentes com *stress test* positivo e EU normal, as que foram submetidas a cirurgia combinando outros procedimentos e os casos sem *follow-up*.

Resultados: A cirurgia resolveu totalmente a IUE em 84,9% (n=45) dos casos, houve melhoria em 9,4% (n=5) e em 5,7% (n=3) não houve alteração da IUE. Foram registadas complicações em 18,8% das cirurgias (n=10). A mais frequente foi a IUU de novo, manifestada em 7,5% das doentes (n=4). As outras complicações foram a exteriorização da fita, a infeção do trato urinário, a dificuldade miccional e dor.

Conclusões: O sling transobturador teve sucesso na grande maioria dos casos, demonstrando-se neste estudo que a eficácia parece ser semelhante à de técnicas alternativas como o TVT, isto é, superior a 80%. A taxa complicações no pós-operatório imediato foi de 18,8%, mas a maioria (70%) desapareceu durante o período de *follow-up*.

P 14

MIRABEGRON NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE URGÊNCIA: 2 ANOS DE EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Isabel Lobo Antunes, Cláudia Tomás, Luis Canelas, Vítor Gonçalves
Hospital Garcia de Orta

Introdução: A incontinência urinária (IU) é um problema comum afectando 26 a 60% das mulheres, com uma prevalência que aumenta com a idade e com um impacto significativo na qualidade de vida. A IU de urgência ou bexiga hiperactiva, que afecta uma proporção significativa destes casos, julga-se ser causada pela hiperactividade do detrusor, resultando em contrações involuntárias/desinibidas deste músculo durante o enchimento vesical. O seu tratamento passa por medidas conservadoras e terapêutica médica, sendo que até recentemente os anti-colinérgicos eram considerados a primeira (e única) linha. Em 2013 surge o Mirabegron,

um agonista dos receptores β_3 adrenérgicos, cuja função é promover o relaxamento do detrusor durante o enchimento vesical.

Objetivos: avaliar a taxa reportada de melhoria desta terapêutica em doentes referenciadas à consulta de Uroginecologia do Hospital Garcia de Orta entre Julho 2013 e Abril 2015, com queixas IU de urgência ou IU mista, com ou sem terapêutica prévia.

Materiais e métodos: avaliação retrospectiva das doentes medicadas com Mirabegron, analisando os seguintes parâmetros: idade, tipo de IU, duração das queixas, terapêutica prévia, tempo de utilização de Mirabegron e satisfação.

Resultados: no intervalo de tempo analisado, foram medicadas com Mirabegron 122 mulheres. Destas, 25 faltaram à consulta de *follow-up*, tendo sido consideradas para análise 97 mulheres. A idade média foi de 65,8 anos (44-87). O tipo de incontinência de acordo com as queixas foi: IU de urgência 43,4% (n=42), IU mista 14,4% (n=14), IU mista com predominio de componente de esforço 22,6% (n=22) e IU mista com predominio de componente de urgência 19,6% (n=19). O tempo médio de duração das queixas antes da instituição de terapêutica com Mirabegron foi de 2,8 anos, sendo que 34% (n=33) mulheres já tinham sido submetidas a tratamento farmacológico anterior. Do universo estudado, a taxa global de melhoria relatada é de 60% (n=58). Em termos de tipo de incontinência, na IU de urgência pura 62% (n=26) referiram melhoria; na IU mista 64% (n=9); na IU mista com predominio de componente de esforço 64% (n=14) e na IU mista com predominio de componente de urgência 44% (n=8). Das 33 doentes medicadas previamente com anti-colinérgicos sem sucesso terapêutico, 57% (n=19) referiram melhoria com a nova medicação.

Comentários/Conclusões: Apesar de não ter sido quantificado o grau de melhoria da IU de urgência com a instituição de Mirabegron como primeira ou segunda linha terapêutica, uma grande percentagem de doentes referiu benefício com este tratamento, pelo que se reforça a sua utilidade tanto nas doentes sem tratamento médico prévio como nas com terapêutica anterior sem sucesso.

Palavras-chave: Incontinência urinária de urgência, bexiga hiperactiva, mirabegron.

P 15

ABCESSO PROSTÁTICO COM FISTULIZAÇÃO PROSTATO-RECTAL ESPONTÂNEA — CASO CLÍNICO

Mário Jorge Silva, Ana Meirinha, Susana Nunes, Carlos Vitorino, Ana Formiga
Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE- Serviços: Cirurgia Geral, Gastroenterologia, Urologia.

Introdução: As complicações do abscesso prostático são entidades raras após a generalização da anti-bioterapia, e ainda mais rara a forma de apresen-

tação com fistulização para o recto.

Objetivos: Apresentação de caso clínico de fistula prostatico-rectal, incluindo documentação iconográfica e breve revisão da literatura.

Material, métodos e resultados: Revisão de caso e da literatura.

Caso clínico: Homem de 73 anos com antecedentes de hipertrofia benigna da próstata, diabetes mellitus com complicações macro e microvasculares (doença cardiovascular e vascular periférica, retinopatia e nefropatia com doença renal crónica estágio V em hemodiálise), hipertensão arterial e doença pulmonar obstrutiva crónica.

Por quadro sugestivo de prostatite aguda foi medicado empiricamente por Urologia, sequencialmente, com cefazolina, ciprofloxacina e cefuroxima, em ambulatório, mas sem melhoria clínica ou dos parâmetros inflamatórios ao longo de quatro semanas. Por agravamento da dor e rectorragias foi realizada rectosigmoidoscopia, que revelou hemorróidas com coágulo aderente, e TC pélvica, que documentou abscesso prostático com abaulamento do recto baixo. Ajustada antibioterapia para cefuroxima e metronidazol.

Dois dias depois inicia drenagem espontânea de conteúdo hemato-purulento pelo ânus. Ao toque rectal objectivou-se flutuação em topografia correspondente ao lobo esquerdo da próstata. Avaliação complementar com TC, rectoscopia e ecografia endoluminal ano-rectal, revelou abscesso prostático parcialmente drenado através de fistula prostatico-rectal. É internado no Serviço de Cirurgia Geral onde foi optimizada antibioterapia para meropenem, de acordo com TSA de Klebsiella pneumoniae em urocultura, com melhoria clínica e alta para seguimento em Consulta de Urologia.

Comentários/Conclusões: O abscesso prostático é uma entidade rara, ocorrendo sobretudo em doentes imunodeprimidos, e com complicações potencialmente graves. A drenagem espontânea para órgãos vizinhos é incomum, e geralmente ocorre para a uretra. A fistulização espontânea para o recto é uma forma rara de manifestação, colocando problemas no diagnóstico diferencial.

Palavras-chave: Fístula prostatico-rectal, fistula rectal, abscesso prostático, prostatite.

Objetivos: Apresentando um caso clínico, chamar a atenção para a problemática das fístulas rectovaginais no seu componente anatomo-funcional, avaliação e tratamento, e repercussão na qualidade de vida e psiquismo das doentes.

Material e métodos: Apresentação do caso clínico de mulher de 76 anos com fistula rectovaginal pós traumatismo sexual (primeira relação, na lua de mel), mantida escondida durante 56 anos, por vergonha. Refere-se a sintomatologia, observação clínica e exames complementares efectuados, salientando:

- Evolução das queixas culminando em perda de fezes sólidas (fecalitos) via vaginal, sem evacuação anal ("evacuação vaginal").

- Toque rectal revelando: boa tonicidade e boa contractilidade voluntária dos esfíncteres; passagem fácil do dedo, para a porção média da vagina, através do orifício da fistula, com cerca de 2cm de diâmetro, acima do anel esfíncteriano.

- A ecografia anorectal transanal mostrou o trajecto fistuloso, com o orifício rectal localizado na parede rectal anterior da transição anorectal bem como um aparelho esfíncteriano voluntário íntegro.

Feito tratamento cirúrgico da fistula via vaginal, sem necessidade de ostomia de derivação fecal: após referência, exérese dos bordos epitelizados da comunicação rectovaginal; prolongamento da incisão vaginal e descolamento da parede do recto, no septo rectovaginal, para permitir sutura sem tensão; sutura transversal extramucosa do recto; plastia de reforço com aproximação dos ramos do puborectalis; encerramento longitudinal da vagina. Apresenta-se a respectiva iconografia.

Resultados: Evolução favorável no pós-operatório imediato, sem deiscência evidente ou infecção. Avaliação aos 2,5 meses: doente assintomática e extremamente feliz, com defecação normal.

Discussão/Conclusões: A fistula rectovaginal tem grande impacto na vida psico-social e sexual das doentes. A avaliação prévia da função e anatomia esfíncteriana é fundamental. A técnica escolhida deve ser adequada a cada caso, dependendo da etiologia e anatomia da fistula, e da integridade ou lesão dos esfíncteres anais. A ostomia de derivação fecal pode ser evitada.

Palavras-chave: Fístula rectovaginal, ecografia anorectal, esfíncteres anais.

P 16

FÍSTULA RECTOVAGINAL - ATÉ ONDE VAI A VERGONHA? — CASO CLÍNICO

Catarina Aguiar, Rita Ramos Pinheiro, Ana Formiga
Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital Santo António dos Capuchos - Serviço de Cirurgia B.

Introdução: Os autores fazem uma breve introdução teórica sobre a definição, sintomatologia, etiologia, avaliação e tratamento da fistula rectovaginal, com referências bibliográficas.

P 17

BACTERIÚRIA E PATOLOGIA DO PAVIMENTO PÉLVICO

Pereira, S.; Policiano, C.; Henriques, A.;
Ribeirinho, A.; Lourenço, A.
Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução: A infeção do trato urinário (ITU) associa-se com frequência à patologia do pavimento pélvico, nomeadamente no prolapso de órgão pélvico e na incontinência urinária. O risco de recorrência de ITU encontra-se aumentado na presença

destas morbidades.

Objetivo: O objetivo foi avaliar e comparar as taxas de bacteriúria em doentes com prolapso de órgão pélvico (POP) e/ou incontinência urinária de esforço (IUE).

Material e métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo que incluiu as mulheres que foram propostas para cirurgia por POP e/ou IUE desde Janeiro 2009 a Maio 2015, num centro hospitalar terciário. Foram incluídas as doentes propostas para cirurgia que colheram urina para urocultura (UC) prévia à intervenção. Excluíram-se as doentes com UC contaminada. Foi utilizado o seguinte teste estatístico: ANOVA, e o software SPSS v.21.

Resultados: Das 396 doentes elegíveis, 26 foram excluídas por UC contaminada. Foram incluídas 373 doentes divididas em três grupos: doente com POP (168), com IUE (117) e doentes com POP e IUE concomitante (88). A média de idade foi de 61 anos (intervalo dos 27 aos 84 anos), não se tendo registado diferença estatisticamente significativa na média de idade entre os grupos POP, IU e POP+IU ($p=0,396$). A taxa de bacteriúria foi de 13,7% (51/373), não se verificando diferença estatisticamente significativa entre os grupos: POP (22/168) vs IU (16/117) vs POP+IU (13/88) ($p=0,933$). O agente bacteriano mais frequentemente encontrado foi a *Escherichia Coli* (28/51), seguido pela *Klebsiella pneumonia* (10/51).

Comentários: A taxa de bacteriúria (sintomática e não sintomática) encontrada, no nosso centro, foi de 13,7% sendo o agente mais frequente a *Escherichia Coli* (28/51). A taxa de bacteriúria não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os três grupos. Uma das limitações do nosso estudo consiste no facto de não se ter avaliado separadamente as doentes com POP do compartimento anterior vs compartimento posterior.

P 18

RESULTADOS A CURTO PRAZO DO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO (IUE) COM COLOCAÇÃO DE PRÓTESE ALTIS® MINISLING EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO: EXPERIÊNCIA DE 12 MESES DO SERVIÇO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Rita Simões Carvalho; Catarina Maia; Mariana Novais Veiga; Ana Duarte; João Gonçalves; Graça Ramalho
Centro Hospitalar De Vila Nova De Gaia/Espinho (CHVNG/E)

Introdução: A incontinência urinária no sexo feminino é uma patologia muito prevalente, sendo a IUE a forma mais comum nos países desenvolvidos. Ao longo dos anos têm sido desenvolvidas várias técnicas cirúrgicas para tratamento da IUE. A prótese Altis® minisling consiste numa rede de polipropileno introduzida por uma única incisão vaginal, ajustável e com auto-ancoragem à membrana obturadora.

Objetivo: Avaliar o sucesso do tratamento da IUE com

prótese Altis® minisling realizado em ambulatório.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, com revisão dos processos clínicos de 24 doentes submetidas a cirurgia de correção de IUE com Altis® Minisling na Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Serviço de Ginecologia e Ginecologia e Obstetrícia, no período compreendido entre julho de 2014 e julho de 2015.

Resultados: A idade média das 24 doentes foi de $53 \pm 11,8$ anos. Oito (33,3 %) doentes apresentavam idade igual ou superior a 60 anos. Treze (54,2%) pacientes encontravam-se em idade fértil e 11 (45,8%) na menopausa. O número médio de partos vaginais foi de $1,8 \pm 1,1$. Clinicamente, 23 (95,8%) doentes apresentavam IUE isolada e 1 (4,2%) apresentava incontinência urinária mista. Entre os antecedentes pessoais médicos, verificou-se uma maior prevalência de patologia do foro psiquiátrico (29,2%). Relativamente aos antecedentes cirúrgicos, 4 (16,7%) doentes foram submetidas a histerectomia e 2 (8,3%) a tratamento cirúrgico de IUE (transobturador tape outsider-in – TOT).

As provas urodinâmicas foram realizadas em todas as doentes, com um VLPP (Valsalva Leak Point Pressure) médio de $100,3 \pm 40,5$. Todas as pacientes foram intervencionadas na Unidade de Cirurgia de Ambulatório do CHVNG/E, com alta no mesmo dia. A todas foi colocada com sucesso uma prótese minisling Altis®, com necessidade de ajuste da prótese em 15 doentes (62,5%).

Uma doente (4,2%) apresentou retenção urinária uma semana após a intervenção, que resolveu espontaneamente. Na consulta pós-operatória um mês após a intervenção, apenas uma (4,2%) doente referia manter queixas de IUE. Ao exame objetivo, todas ($n=24$) apresentavam stress test negativo e prótese bem posicionada. Uma (4,2%) apresentava extrosão da prótese com 2mm na parede vaginal.

Conclusões: O tratamento da IUE com colocação de prótese Altis minisling foi seguro e eficaz na avaliação a curto-prazo, com elevadas taxas de cura e associada a complicações escassas e de pouco relevo.

Palavras-chave: Incontinência urinária de esforço; Minisling; Ambulatório.

P 19

COLPOPLASTIA ANTERIOR COM O SISTEMA SURELIFT™ —TÉCNICA E RESULTADOS INICIAIS

Bruno Graça, Miguel Lourenço, Rui Formoso, Virgílio Vaz, Kris Maes, Manuel Coelho
Hospital da Luz Departamento de Urologia

Palavras-Chave: Cistocelo, prolapso, prótesevaginal, Surelift.

Introdução: O tratamento cirúrgico do prolapso de órgãos pélvicos através de próteses vaginais tem se tornado uma opção cada vez mais frequente. O uso de próteses com “braços” transobturadores na parede vaginal anterior pode corrigir o cistocelo,

no entanto, a porção apical da vagina fica insuficientemente suspensa e pode resultar em recidiva do prolapso, especialmente em vaginas compridas e também devido à falta de estiramento pós-operatório no eixo longitudinal dessas próteses.

Objetivos: Descrever a colocação cirúrgica de uma prótese vaginal para correção do prolapso da parede vaginal anterior com fixação sacroespinhosa e transobturadora, permitindo manter a prótese estendida nos seus eixos e nossos resultados iniciais.

Material e métodos: Desde Junho de 2015 colocámos 5 próteses vaginais para correção de prolapso da parede vaginal anterior com o sistema Surelift™. Este kit utiliza um sistema de ancoragem sacroespinhosa de fácil aplicação denominado Anchorsure™ e 4 braços transobturadores.

O sistema Anchorsure™ utiliza uma âncora montada com fio não absorvível, que se aplica no ligamento sacroespinhoso cerca de 1 cm para dentro da espinha esquiática através de um aplicador metálico reutilizável.

As 5 doentes apresentavam prolapso sintomático da parede vaginal anterior com POP-Q short ≥ 2 . Três doentes eram hysterectomizadas.

Uma doente apresentava incontinência urinária de esforço (IUE) prévia e foi colocada uma prótese suburetral TVT-OS™ no mesmo tempo cirúrgico.

Uma doente ficou com IUE de novo e foi colocada uma prótese TVT-OS™ após 6 semanas da colocação de prótese vaginal.

Resultados e conclusões: No curto seguimento observado, nenhuma doente teve erosão vaginal, infeção ou dispareunia (nas 2 doentes que tinham actividade sexual prévia).

A correção anatómica foi conseguida sem POP residual (anterior ou apical) em todas as doentes, assim como o alívio sintomático.

Consideramos o sistema Surelift™ um método promissor para a reconstrução do pavimento pélvico com manutenção do comprimento vaginal e com um sistema de ancoragem sacroespinhoso simples, seguro e de fácil aplicação.

P 20 EFICÁCIA DA REDE ELEVATE ANTERIOR NO PROLAPSO COMBINADO (ANTERIOR-APICAL) DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS: ESTUDO PRELIMINAR

Inês Pereira, Maria Afonso, Alexandra Henriques, Ana Luísa Ribeirinho, Alexandre Valentim-Lourenço
Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução - Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria

Introdução: As formas mais comuns de prolapso dos órgãos pélvicos (POP) envolvem, habitualmente, mais do que um compartimento, traduzindo defeitos de suporte cumulativos cuja correção individual é fundamental para o sucesso da cirurgia reconstrutiva a médio e longo prazo. O papel dos

defeitos apicais neste contexto tem sido revisto em diferentes estudos clínicos, enfatizando-se a importância de procedimentos de suporte apical na durabilidade do tratamento cirúrgico vaginal.

Objetivo: Comparar a eficácia da rede Elevate Anterior na correção do apex vaginal em formas combinadas de POP envolvendo os compartimentos anterior e apical, na presença e ausência de útero.

Material e métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo, caso-controlo, incluindo todas as cirurgias de prolapso urogenital realizadas com a rede Elevate Anterior and Apical Prolapse Repair System (AMS, Inc., 2012) entre Setembro de 2013 e Abril de 2015 num hospital terciário. As doentes apresentavam um prolapso sintomático \geq Grau 2, segundo o *Pelvic Organ Prolapse Quantitative System (POP-Q)*, envolvendo o compartimento anterior e apical. Constituíram-se dois grupos: Grupo A, submetido a Elevate Anterior na presença de útero; Grupo B, submetido a Elevate Anterior na ausência de útero. Foi comparado o desfecho anatómico a 6 meses, baseado no ponto C segundo a avaliação de POP-Q. O teste de Mann-Whitney e exacto de Fisher foram utilizados para a análise estatística. O nível de significância estabelecido foi < 0.05 .

Resultados: 46 doentes foram submetidas a cirurgia de prolapso com Elevate Anterior de acordo com os critérios de inclusão. Foram incluídas 19 doentes no Grupo A e 27 doentes no Grupo B (17 com hysterectomia vaginal concomitante e 10 com hysterectomia anterior). Na avaliação pré-operatória o ponto C médio foi -0,84,2 no Grupo A e 4,33,6 no Grupo B, $p=0,0001$. Na avaliação pós-operatória a 6 meses o ponto C médio foi -3,63,8 no Grupo A e -6,22,6 no Grupo B, $p=0,015$. A variação média registada para o ponto C foi de 2,93,7 no Grupo A e 10,33,8 no Grupo B, $p=0,16$.

Comentários: A correção do prolapso combinado anterior e apical com a rede ElevateAnterior revelou um melhor resultado anatómico a curto prazo, ao nível do apex, na ausência de útero. Os resultados são preliminares, baseando-se num reduzido número de casos e seguimento a curto prazo, devendo ser confirmados pelo alargamento da amostra e *follow-up*.

Palavras-chave: Prolapso urogenital; Elevate Anterior; Compartimento apical; hysterectomia vaginal.

P 21 CIRURGIA OBLITERATIVA VAGINAL — É UMA OPÇÃO EM UROGINECOLOGIA?

Rui Leal, Susana Mineiro, Rui Viana, Isabel Grilo, João Colaço, Filomena Nunes
Serviço Ginecologia, Hospital de Cascais

Introdução: O prolapso de órgão pélvico (POP) constitui uma patologia com elevada prevalência na população do sexo feminino e em muitos casos condiciona uma importante limitação na qualida-

de de vida das utentes conduzindo à necessidade de cirurgia. As técnicas cirúrgicas para correcção desta patologia surgiram há mais um século tendo a primeira publicação da técnica de correcção de prolapso surgido em 1877, com *Le Fort*, que descreve uma cirurgia obliterativa vaginal seguida de perineorrafia uma semana depois.

A técnica cirúrgica de correcção de prolapso tem vindo a mudar e nas últimas décadas tem-se assistido ao aparecimento de técnicas que permitiram a preservação da função sexual com excelentes resultados. Com este desenvolvimento, a colpoclesis e a cirurgia obliterativa de *Le Fort* têm caído em desuso, muito embora constituam uma excelente alternativa terapêutica em casos devidamente seleccionados.

Objetivo: Avaliar o sucesso cirúrgico e a morbilidade em utentes submetidas a cirurgia obliterativa vaginal; descrever os critérios e factores de risco que levaram a escolha desta técnica.

Material e métodos: Estudo retrospectivo observacional baseado na avaliação dos registos clínicos de utentes submetidas a cirurgia obliterativa vaginal por prolapso de órgão pélvico, durante os últimos 5 anos, na nossa Unidade de Uroginecologia.

Resultados: Da amostra de 12 utentes submetidas a cirurgia obliterativa por POP, 8 com prolapso da cúpula vaginal foram submetidas a colpoclesis e 4 à cirurgia de *Le Fort*. Desta amostra, 92% (11) tinham prolapso grau IV e 8% (1) prolapso grau III, sendo que todas tinham sintomatologia importante e não toleraram pessário.

Dos factores de risco para prolapso de órgão pélvico e recidiva presentes na amostra do estudo, destacam-se: a idade avançada, com uma média de 78 ±5,2 anos; cirurgia anterior por prolapso em 67% (8); a multiparidade sendo que 58% (7) das utentes tinham história de dois ou mais partos vaginais e apenas 8% (1) sem história de partos vaginais; obstipação em 42% (5); diabetes melitus em 25% (3); obesidade em 17% (2). Relativamente ao risco anestésico 50% (6) foram classificadas com ASA III e 50% (6) com ASA II (segundo sistema de classificação da *American Society of Anesthesiologists*). As utentes foram seguidas em média 15 meses (4-24 meses) após a cirurgia. No que diz respeito ao sucesso cirúrgico e às morbilidades associadas destaca-se: sucesso na correcção do prolapso em 100% das utentes, com 1 caso de recidiva com prolapso grau III sem afectar qualidade de vida da utente; 2 casos de hemorragia vaginal ligeira na primeira semana pós operatória sem necessidade de cuidados adicionais e com resolução espontânea; 1 caso de febre pós operatória que cedeu a antipiréticos sem necessidade de antibioterapia e sem evidência de infecção; não se detectaram casos de lesão de órgão adjacente, hematoma, infecção de ferida operatória, deiscência de sutura ou retenção urinária.

Da amostra das 12 utentes operadas, 2 apresentavam incontinência urinária de esforço (IUE) oculta diagnosticada em exame objetivo e exame urodinâmico, e foram submetidas a colocação de sling suburetral (Monarc[®]) no mesmo acto operatório. Destas duas utentes, uma manteve queixas de IUE no seguimento pós-operatório. Não foram registadas queixas de IUE de novo.

O tempo médio de intervenção cirúrgica foi de 67 ±17,3 minutos. A duração média de internamento foi de 3,6 dias (3-7).

Discussão/Conclusão: Apesar de uma amostra reduzida, resultante da utilização cada vez mais frequente de outras técnicas cirúrgicas para resolução de POP, os bons resultados pós operatórios estão de acordo com os dados da literatura. De facto, o elevado índice de sucesso, a baixa taxa de recidiva e a rara morbilidade significativa associada fazem com que a cirurgia obliterativa vaginal seja uma alternativa válida e vantajosa para algumas utentes. São critérios para esta opção: a ausência de desejo de preservar a função vaginal, a idade avançada, a presença de factores de risco de recidiva ou de co-morbilidades com maior risco cirúrgico ou anestésico para as correcções clássicas.

P 22

BEXIGA HIPERATIVA APÓS CORRECÇÃO CIRÚRGICA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO — ESTUDO CASO-CONTROLO

Vanessa Gomes Olival¹, Ricardo Pereira e Silva², José Palma dos Reis², João Colaço³, Isabel Grilo³, Filomena Nunes³

¹Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital D. Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central; ²Serviço de Urologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; ³Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital de Cascais

Introdução: A presença de LUTS de armazenamento após colocação de fita sub-uretral por incontinência urinária de esforço (IUE) pode ocorrer na sequência de infeção urinária, obstrução infra-vesical ou extrusão/erosão da fita. Por vezes a investigação é negativa e a causa é considerada idiopática.

Objetivos: Avaliar a sintomatologia de armazenamento num grupo de doentes submetidas a colocação de fita sub-uretral e comparar os resultados com os de um grupo de controlo de utentes dos cuidados de saúde primários, sem diagnóstico estabelecido de bexiga hiperativa.

Material e métodos: Estudo transversal, caso-controlo, realizado em mulheres submetidas a colocação de fita sub-uretral Monarc[®] no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Cascais. As doentes foram entrevistadas telefonicamente, tendo sido colocadas as 6 questões do sub-questionário de *symptom bother* do *Overactive Bladder Questionnaire Short Form* (OABq-SF), bem como

uma questão sobre a relação temporal dos sintomas, quando presentes, com a cirurgia realizada. A secção de *symptom bother* foi também respondida por utentes da USF ArsMedica em Santo António dos Cavaleiros, que foram utilizadas como controlos. Foram excluídas mulheres com infeção urinária recente.

Resultados: Foram incluídas 266 doentes, incluindo 137 casos (mulheres operadas por IUE) e 129 controlos. As doentes operadas apresentavam uma idade média de 59±10 anos vs. 50±13 anos (controlos); o *follow-up* médio foi de 12.6 meses. Numa perspetiva global, o score total do OABq-SF - *symptom bother* não foi significativamente diferente entre casos e controlos (18±26 vs. 15±17). Ainda que a probabilidade de ter um score ≥20 fosse semelhante em mulheres operadas e nos respetivos controlos, as doentes operadas que reportaram agravamento após a cirurgia apresentaram scores significativamente mais altos que os controlos ($p < 0.001$). Vinte seis em 137 mulheres operadas (19%), responderam 3/6 ou mais quando interrogadas sobre se os sintomas surgiram ou sofreram agravamento após a cirurgia.

Comentários/Conclusões: Apesar de, globalmente, não terem sido encontradas diferenças significativas nos scores do OABq-SF - *symptom bother* entre mulheres operadas por IUE e respetivos controlos, uma proporção significativa de mulheres (19%) referiu surgimento ou agravamento de LUTS de armazenamento após a cirurgia. Este grupo de doentes apresentou scores significativamente mais altos que os respetivos controlos, sugerindo a cirurgia como fator causal do agravamento; adicionalmente ao tratamento sintomático, estas doentes devem manter um seguimento apertado para exclusão, com segurança, de causas identificáveis e reversíveis de LUTS pós correção cirúrgica de IUE, nomeadamente obstrução infra-vesical funcionalmente significativa.

P 23

INJEÇÃO DE BOTOX EM DOENTE COM SINDROME DOLOROSO VESICAL/CISTITE INTERSTICIAL PÓS ILEOCISTOPLASTIA DE AUMENTO

Ricardo Pereira e Silva, David Martinho, Sandro Gaspar, Francisco Martins, José Palma dos Reis, Tomé Lopes
Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

Introdução: A injeção intravesical com toxina botulínica tipo A (Botox®) tem tido uma utilização crescente no tratamento da bexiga hiperativa idiópática e hiperatividade neurogénica do detrusor. O seu modo de ação, que inclui bloqueio dos neurotransmissores envolvidos na via sensitiva, faz com que a mesma seja uma opção terapêutica cada vez mais estudada no tratamento do síndrome doloroso vesical/cistite intersticial (SDV/CI).

Objetivos: Salientar o possível papel do Botox® como *salvage treatment* em doentes com SDV/CI

pós ileocistoplastia de aumento.

Material e métodos: Descrevemos o caso de uma doente de 66 anos, com diagnóstico de SDV/CI, previamente submetida a ileocistoplastia de aumento, que respondeu de forma muito positiva a injeção de 100U de Botox®.

Resultados: Doente de 66 anos, com diagnóstico de SDV/CI (forma não ulcerativa) desde há cerca de 20 anos, submetida a ileocistoplastia de aumento após falência da terapêutica médica *per os*, sem melhoria sintomática. Foi posteriormente submetida a instalações intra-vesicais com sulfato de condroitina, igualmente sem sucesso, pelo que foi referenciada à consulta da dor, tendo sido medicada com tramadol, paracetamol e gabapentina. Realizou estudo urodinâmico compatível com sensibilidade vesical aumentada e intensa urgência miccional, associada a dor no hipogastro aos 115cc, sem contratilidade não inibida do detrusor. Foi proposta para injeção de Botox® 100U sob anestesia local, em 10 localizações na parede vesical remanescente, 5 das quais no trígono. Não se verificaram intercorrências intra-operatórias ou complicações no período pós-operatório. Observou-se uma redução nos episódios de urgência, aumento do volume miccional e franca melhoria do quadro álgico, tendo a doente ficado independente dos fármacos analgésicos previamente em curso. A doente reportou recidiva da sintomatologia cerca de 10 meses após injeção, pelo que foi reinjetada utilizando o mesmo protocolo cirúrgico, com resultados sobreponíveis aos da primeira injeção.

Conclusões: A injeção de Botox® em doentes com SDV/CI pós ileocistoplastia de aumento pode ser uma solução de recurso segura e eficaz. Atendendo à baixa incidência da doença e ao facto de atualmente se realizar um baixo número de ileocistoplastias de aumento por esta indicação, é difícil a obtenção de uma cohort de doentes com estas características para aferir o real impacto desta intervenção terapêutica com um maior nível de evidência.

P 24

CORREÇÃO DO PROLAPSO PÉLVICO POR VIA VAGINAL COM PRÓTESE: EXPERIÊNCIA DE 5 ANOS NO HOSPITAL CALDAS DA RAINHA

Vanessa Rosado¹, Vera Oliveira², Sónia Siopa²,
Angela Marques², Jorge Ribeiro²

¹MAC; ²Hospital das Caldas da Rainha

Introdução: A disfunção do pavimento pélvico causa grande impacto na qualidade de vida. A reparação cirúrgica clássica, contudo, está ainda associada a uma taxa de recorrência demasiado elevada. As causas da recorrência prendem-se com vários factores como a má qualidade dos tecidos da doente e a técnica cirúrgica deficiente. O objetivo do uso de tecidos sintéticos é precisamente oferecer mais resistência a estes tecidos prolapsados.

Objetivos: Avaliar a taxa de complicações associada à correção de prolapso pélvico por via vaginal com prótese e os possíveis factores preditores das complicações.

Métodos e materiais: Estudo retrospectivo realizado no Hospital das Caldas da Rainha em que se analisaram todas as próteses colocadas por via vaginal de Janeiro de 2010 a Dezembro de 2014.

Resultados: A população de estudo incluiu 79 mulheres. A idade média ($\pm\sigma$) foi 63 (± 8) anos. Todas tinham pelo menos um parto vaginal anterior e 48% tinham sido previamente hysterectomizadas sendo a idade média ($\pm\sigma$) do procedimento os 50 (± 13) anos. A idade média ($\pm\sigma$) da menopausa foram os 50 (± 5) anos e em 8% dos casos houve referência a uso de terapêutica hormonal de substituição (THS). A obesidade foi mencionada em 7% das mulheres. As indicações para colocação de prótese dividiram-se da seguinte forma: 36,7% compartimento anterior, 8,9% compartimento posterior, 12,7% anterior e posterior, 25,3% prolapso de cúpula vaginal e 16,5% para todos os compartimentos (anterior, posterior e apical). A maioria das próteses colocadas foram anteriores (46,8%) seguidas de prótese total (29,1%) e de prótese posterior (8,9%). Após o procedimento, a alta foi em média ($\pm\sigma$) ao 4^o (± 1) dia. Quanto a complicações ou recorrências considerando o *follow-up* de um ano, estas ocorreram em 11% dos casos, contudo, apenas cerca de metade necessitaram de re-intervenção cirúrgica. A taxa de recorrência foi de 3,79%, sendo que em um dos casos não foi feita correção cirúrgica, e a taxa de complicações foi de 7,59%. A maioria foram extrusões da prótese tendo ocorrido apenas um caso de hematoma. Apenas duas extrusões foram corrigidas cirurgicamente. Não se encontrou associação com significado estatístico entre prevalência de complicações e status pós-hysterectomia, uso de THS ou obesidade.

Conclusão: Na literatura a correção do prolapso pélvico com próteses sintéticas surge como uma técnica com uma boa taxa de eficácia e reduzida morbilidade, o que o nosso estudo veio confirmar.

Palavras-chave: prolapso pélvico, prótese, recorrência, complicações.

P 25

TERAPÊUTICA CIRÚRGICA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO COM SLING SUB-URETRAL TRANSUBTURADOR: EXPERIÊNCIA DE 5 ANOS

Susana Mineiro¹, José Carlos Santos², Filipa Ribeiro³, Isabel Grilo³, João Colaço³, Filomena Nunes³

¹Hospital de Évora; ²CHLO; ³Hospital de Cascais

Introdução: A incontinência urinária de esforço (IUE) é uma patologia do foro uroginecológico que integra um componente disfuncional do pavimento pélvico. A sua relevância clínica correlaciona-se com a elevada prevalência, variável na literatura exis-

tente (35-49%) e o facto de comprometer de forma significativa, a qualidade de vida da mulher. O sling suburetral tornou-se na última década o procedimento cirúrgico *gold standard*, pela simplicidade da técnica, segurança e elevada taxa de sucesso.

Objetivo: Avaliar a eficácia cirúrgica dos slings TOT (Trans-Obturador vaginal Tape) no tratamento da IUE, complicações e factores de risco obstétricos e ginecológicos, relacionados com esta patologia.

Os factores de risco avaliados foram a paridade, antecedentes de partos vaginais e/ou instrumentados, obesidade (IMC \geq 30), fase da vida reprodutiva da mulher (idade fértil / menopausa), cirurgia prévia para correção de prolapsos ou incontinência urinária.

Material e métodos: Estudo retrospectivo descritivo das mulheres submetidas à técnica cirúrgica com Sling TOT (Monarc[®]) isolado de outras cirurgias ou correções do pavimento pélvico, no Serviço de Ginecologia-Obstetrícia, de Janeiro de 2010 e Dezembro de 2014.

Resultados: Durante o período em análise 170 mulheres foram submetidas a colocação de sling TOT, para tratamento cirúrgico da IUE. A idade média das doentes foi de 55,6 anos \pm 10,96 (mínimo: 37 anos, máximo: 87 anos). A multiparidade foi constatada em 97,6% (n=166), com 82,9% (n=141) de partos vaginais, com 2,1% de parto instrumental (n=3), com peso médio do recém-nascido de 3452g \pm 444,65 (mínimo:2220g, máximo:4670g). 53,1% das doentes eram obesas e 70% encontravam-se em fase pós-menopausa.

O *follow-up* médio foi de 11,8 meses tendo-se documentado: 6 casos de retenção urinária transitória pós-operatória (3,5%), 3 casos de Infecções do trato urinário de repetição (1,8%), 1 abscesso/infecção do local cirúrgico, com necessidade de remoção do sling (0,6%) e 10 casos de extrusão da prótese (5,9%).

A taxa de cura da IUE foi 81,2%. Do grupo estudado 9 doentes mantiveram queixas de incontinência urinária de urgência, das 70 que inicialmente tinham queixas de IU mista (12,9%) e 4 com persistência da IUE (melhoria parcial das queixas).

Conclusão: O sling revelou-se uma abordagem cirúrgica eficaz no tratamento da IUE, com taxa de cura de 81,2% e uma baixa taxa de complicações, sendo os factores de risco prevalentes com maior relevo na IUE: a fase pós-menopausa, a obesidade e antecedentes de parto por via vaginal.

P 26

IMPACTO DA CORRECÇÃO SIMULTÂNEA DE CISTOCELO NA CIRURGIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO

Sara Prouença; Susana Mineiro; Filipa Ribeiro; Isabel Grilo; João Colaço; Filomena Nunes
Hospital de Cascais

Introdução: A incontinência urinária de esforço tem uma prevalência estimada entre 10 a 43% das mulheres e acarreta grande morbilidade com

diminuição da qualidade de vida, disfunção sexual e infecções urinárias de repetição. A colocação de sling na uretra média é reconhecida como uma cirurgia segura e eficaz com taxas de recidiva de cerca de 15% e um sucesso reportado de 80-90%. A colporrafia anterior associada à colocação de sling suburetrais tem demonstrado elevadas taxas de sucesso, apresentando poucas complicações, tendo assim vindo a substituir técnicas abdominais cirúrgicas mais invasivas.

Objetivo: Determinar a eficácia da colocação do sling transobturador em populações submetidas a colporrafia anterior concomitante para correcção de cistocele superior a grau III.

Material e métodos: Estudo retrospectivo transversal de população feminina submetida a correcção de incontinência urinária de esforço isolada e concomitante a correcção de cistocele entre Janeiro de 2010 e Dezembro de 2014. Foram excluídas do grupo de estudo mulheres submetidas a outras intervenções no mesmo tempo cirúrgico.

A análise estatística dos dados recolhidos foi efectuada com recurso ao SPSS versão 21.0.

Resultados: Foram avaliadas um total de 204 mulheres divididas em dois grupos: submetidas a colocação de sling sub-uretral isolado (n=178) e com colporrafia anterior concomitante (n=26). O *follow-up* médio foi de 3 anos. A taxa média de recidiva de incontinência urinária de esforço, assim como a necessidade de intervenção cirúrgica subsequente foi inferior no grupo submetido a colpoplastia anterior concomitante.

Conclusões: O presente estudo confirma que a colporrafia anterior associada à colocação de sling suburetral tem uma elevada taxa de sucesso com resultados superiores ao da cirurgia de incontinência urinária de esforço isolada.

Palavras Chave: Incontinência urinária de esforço, cistocele, sling, complicações.

P 27 TRATAMENTO CONSERVADOR DA INCONTINÊNCIA ANAL: RESULTADOS APÓS UM ANO DE FOLLOW-UP

Sofia Ataíde, Raquel Correia, Ana Trêpa
Centro Hospitalar do Porto

Introdução: A incontinência fecal é a perda involuntária de fezes ou gases pelo ânus sendo a sua etiologia maioritariamente traumática. A incontinência pode ser de urgência (incapacidade de impedir a perda perante a vontade urgente, habitualmente por lesão esfinteriana externa), passiva (perda sem percepção, predominantemente associada a lesão esfinteriana interna) ou mista na qual surgem as duas situações.

O tratamento conservador inclui medidas comportamentais e cinesioterapia dos músculos do pavimento pélvico (esfíncter anal externo e elevadores do ânus). O *biofeedback*, optimiza a contração

correcta, a intensidade, duração e rapidez da contracção muscular. A electroestimulação aumenta a aferência proprioceptiva cortical, o reconhecimento muscular e a força muscular.

Objetivos: Analisar a população de doentes com incontinência anal seguidos em consulta externa de Fisiatria e os resultados do tratamento conservador após um ano de *follow-up*.

Material e métodos: Estudo retrospectivo em pacientes com incontinência fecal seguidos entre Janeiro de 2010 e Setembro de 2015. Efectuou-se levantamento dos dados da consulta inicial, entre os 6 e os 9 meses e após 1 ano. Analisou-se a etiologia, frequência das perdas, consistência das fezes, tipo de incontinência, grau e duração de contração anal voluntária, taxa de doentes curados, melhorados e não melhorados.

Resultados: Obtivemos 23 pacientes, com idade média de 49 anos. Tinham incontinência de urgência 77%, passiva 14% e mista 9%. A etiologia predominante foi cirúrgica (11), seguida de pós-parto (7) e ainda lesão do foro neurológico. Prescreveram-se medidas dietéticas, comportamentais, cinesioterapia, *biofeedback* e nalguns casos electro-estimulação.

Após um ano de seguimento obtivemos resultados de 16 doentes (9 pós-cirúrgico, 3 pós-parto e 4 neurológicos).

Verificou-se melhoria da força muscular em 75% e da duração da contração na maioria os doentes. Nos pacientes operados 6 ficaram curados e 3 melhorados. Na incontinência pós-parto, o doente com lesão esfinteriana externa ficou curado, um melhorou e o terceiro não. Nos doentes neurológicos, 1 doente com antecedentes de cirurgia a hernia discal lombar ficou curado, 1 mielomenigocelo melhorou e 2 com Esclerose Múltipla não melhoraram.

Assim sendo em 16 pacientes, 8 doentes ficaram curados, 5 melhoraram e 3 não obtiveram melhoria.

Conclusão: Após um ano de *follow-up* de doentes com incontinência anal verificamos que mais de metade dos pacientes ficaram curados com tratamento conservador tendo a força muscular do esfíncter anal melhorado em 75% dos pacientes.

P 28 CLÍNICA VS URODINÂMICA NOS PROLAPSOS DE ÓRGÃOS PÉLVICOS

Paulo Araujo, Ana Mafalda Bártolo, Lília Martins, Filipa Januário, Lisete Luís
Centro Hospitalar de Leiria

Introdução: O prolapso de órgãos pélvicos (POP) resulta da perda dos suportes vaginais e pélvicos normais (musculares, aponevróticos e ligamentares), determinando a “cedência” ou “queda” dos órgãos pélvicos através do canal vaginal.

O POP afeta sobretudo a capacidade de esvaziamento da bexiga por compressão da uretra podendo por vezes mascarar uma incontinência urinária de esfor-

ço (IUE). Estima-se que após redução do prolapso haja cerca de 38 a 80% e mulheres com IUE oculta. O procedimento anti-incontinência concomitante com a correção do prolapso reduz a incidência de IUE pós-operatória, tendo o Estudo Urodinâmico (EUD) um papel importante no planeamento cirúrgico e aconselhamento pré-operatório.

As guidelines suportam a realização de EUD nos casos mais complexos, onde se incluem: POP de grau igual ou superior a 3, stress teste negativo, incontinência urinária mista, bexiga neurogénica, volume residual significativo e evidência de disfunção miccional concomitante.

A realização do stress teste poderá ser suficiente para decisão terapêutica em alguns dos casos de POP, sendo o EUD desnecessário.

Objetivos: Avaliar o valor preditivo do stress teste para determinar a presença de IUE em doente com POP, comparando o resultado do stress teste com o resultado do EUD. Avaliar o número de doentes em que a realização do EUD modificou a decisão terapêutica.

Material e métodos: Estudo retrospectivo das mulheres com POP do compartimento anterior e médio, de grau maior ou igual que 2, que realizaram EUD pré-operatório no ano de 2014 para pesquisa de IUE.

Resultados: A amostra deste estudo foi constituída por 39 mulheres (idade média de 65 anos) sendo que 76,9% tinham POP grau 3.

A avaliação inicial com stress teste foi positiva em 48,7%, nas quais o EUD foi positivo para IUE em 79%. Após confirmação de IUE por EUD 81,9% das mulheres realizaram a cirurgia de redução do POP e da IUE. Em 20 mulheres o stress teste foi negativo, sendo que o EUD revelou IUE oculta em 3 doentes. A opção pelo procedimento cirúrgico anti-incontinência foi apenas realizada em 1 doente.

O tempo médio de espera para EUD foi de 4 meses e o tempo médio para cirurgia foi de 7 meses.

Conclusão: A avaliação clínica das doentes com POP não complicado, nomeadamente quando se encontra um teste stress positivo, poderá indicar o tratamento concomitante de IUE, evitando a realização pré-operatória de EUD.

Palavras-chaves: Prolapso órgãos pélvicos, Incontinência urinária de esforço; Estudo urodinâmico.

P 29

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA IUE — EXPERIÊNCIA DE 2 ANOS

Bruna Ambrósio; André Correia; Marta Marum;
Luísa Azevedo

Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca

Introdução: A incontinência urinária de esforço (IUE) consiste na perda involuntária de urina com o aumento da pressão intra-abdominal. A etiologia da IUE é multifatorial e condicionada por fatores de ris-

co como a obesidade, a multiparidade, os partos vaginais e o envelhecimento. O tratamento com maior taxa de sucesso da IUE é a cirurgia, que sofreu grande evolução nos últimos anos com o aparecimento dos slings suburetrais sem tensão (*tension free vaginal tape* - TVT). A taxa de sucesso dos TVT's é de 80 a 90% e as principais complicações são: dificuldade miccional, dor na virilha, erosão vaginal da rede, incontinência urinária de urgência e perfuração vesical. No nosso serviço a técnica cirúrgica utilizada é a *tension free vaginal tape obturator* (TVTO).

Objetivos: Revisão dos casos de IUE tratados no nosso serviço, considerado a idade das mulheres e os fatores de risco para IUE, o grau de satisfação após a cirurgia e as complicações pós-operatórias.

Material e métodos: estudo retrospectivo baseado na consulta dos processos clínicos das mulheres submetidas a colocação de TVTO no nosso serviço, de Janeiro de 2013 a Dezembro de 2014 (2 anos).

Resultados: Durante o período de tempo em análise procedemos à colocação de 44 TVTO's. O TVTO utilizado em todas as intervenções foi o Gynecare. A idade mediana das mulheres foi de 57 anos e em relação ao IMC, 36% das mulheres apresentavam excesso de peso, 25% obesidade grau 1, 11% obesidade grau 2 e 2% obesidade de grau 3. A maioria (80%) teve um ou dois partos vaginais e 32% tiveram recém-nascidos com peso superior a 3500g. As intervenções foram realizadas por especialistas em 64% dos casos e por internos sob supervisão em 36% dos casos. Em relação às complicações pós-operatórias, verificámos 3 casos de incontinência urinária de urgência de novo, que resolveram satisfatoriamente com terapêutica médica; 3 casos de retenção urinária após a intervenção, que implicaram a secção da rede e 2 casos de erosão vaginal da rede, que foram corrigidos cirurgicamente com bons resultados.

Conclusões: Com a realização deste trabalho podemos concluir que a correção cirúrgica da IUE com TVTO é um procedimento com elevada taxa de satisfação e com poucas complicações associadas. Na nossa pequena amostra, a maioria das mulheres estava satisfeita com o resultado da cirurgia após 3 e 6 meses, e das poucas complicações ocorridas, praticamente todas foram resolvidas com sucesso.

Palavras-chave: Incontinência urinária de esforço, tension free vaginal tape obturator.

P 30

AValiação DO PERFIL DA PRESSÃO URETRAL NAS DOENTES DA CONSULTA DE URO-GINECOLOGIA DO CENTRO MATERNO-INFANTIL DO NORTE

Mendes A., Lopes A., Gomes A., Príncipe P., Candoso B.
Centro Hospitalar do Porto

Introdução: A incontinência urinária afeta 20% da população portuguesa com idade superior a 40 anos, sendo as mulheres as mais afetadas por esta

patologia. A avaliação clínica é complementada por exames que permitem melhor caracterizar o tipo de incontinência. Para avaliação da capacidade da uretra em manter a continência desenvolveu-se o estudo do perfil da pressão uretral (PPU) e o *Leak Point Pressure (LPP)* para avaliação das perdas. Apesar de controverso, o PPU permite medir os fatores intrínsecos e extrínsecos que mantêm a pressão de encerramento da uretra (PUMC) em repouso na avaliação de mulheres com incontinência.

Objetivos: O estudo desenvolvido teve como objetivos: estabelecer a correlação entre os achados do exame clínico, o teste de LPP, a pressão uretral máxima (PUM) e a pressão uretral de encerramento registadas e correlacionar a pressão uretral máxima nas doentes com sintomatologia de urgência.

Material e métodos: Foi realizado um estudo observacional retrospectivo com avaliação clínica e urodinâmica de 151 doentes do sexo feminino com queixas de Incontinência Urinária, na Unidade de Urodinâmica do Serviço de Urologia, provenientes da Consulta de Uro-ginecologia, do Centro Hospitalar do Porto. Foi realizada a análise estatística com recurso ao programa IBM SPSS®, v.22.

Resultados: A média das idades das 151 doentes estudadas foi de 55,78±12,13 anos, num intervalo compreendido entre 31-84 anos. O ALPP médio foi de 99,16±59,81 cmH₂O e a média das transmissões no stress teste foi de 56,87±25,40 %. Das doentes estudadas, 109 (72,18%) apresentavam também queixas de urgência, nestas doentes a PUM média foi de 110,14±41,92 cmH₂O e a PUMC média foi 79,85±41,78 cmH₂O, valores médios superiores aos registados pelo total da amostra.

Comentários/Conclusões: Nas mulheres com pressão de encerramento baixa poderá haver maior risco de fracasso da cirurgia de correção da incontinência e é, por isso, vital a sua compreensão e caracterização.

P 31

COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS AO USO DE PRÓTESES VAGINAIS NO TRATAMENTO DE PROLAPSOS DE ÓRGÃO PÉLVICO DO COMPARTIMENTO ANTERIOR

Hugo Pinheiro, Francisco Fernandes, Raquel João, Frederico Ferronha, Ricardo Correia, Luís Campos Pinheiro
Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE

Introdução: O uso de próteses na reparação anterior por via vaginal de prolapsos de órgão pélvico do compartimento anterior permitiu reduzir o risco de recorrência. No entanto, o seu uso mantém-se controverso devido a potenciais complicações graves.

Dentro das complicações reportadas, por ordem decrescente de frequência, encontram-se: extrusão, dor, infecção, hemorragia, dispareunia, perfuração de órgão pélvico, problemas urinários, atrofia vaginal, problemas neuromusculares, e prolapso recorrente.

Objetivos: Avaliar as complicações associadas ao

uso de próteses para reparação transvaginal de prolapsos de órgão pélvico do compartimento anterior (Avault Anterior®, Bard Medical).

Material e métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos das doentes submetidas a reparação de prolapsos de órgão pélvico do compartimento anterior através de colocação de prótese transvaginal anterior, no Centro Hospitalar Lisboa Central, de 01-10-2009 a 30-09-2014, com um seguimento superior a 1 ano. Foram excluídas as doentes operadas por recidiva e as doentes submetidas a reparação de prolapso da cúpula vaginal.

Resultados: No período referido foram operadas 76 doentes, com um média de idades de 65,26 anos [46-84], e índice de massa corporal (IMC) médio de 28,7 kg/m² [20.0-40.1]. O tempo operatório médio foi de 76,7 minutos [30-190], e tempo de internamento médio de 1,3 dias [1-3].

Foram identificados 7 (9.2%) casos de extrusão de rede, 1 (1,3%) caso de hematoma pélvico com necessidade de cirurgia para remoção de rede, e 10 casos (13,1%) de recidiva. Não foram identificados casos de perfuração da bexiga ou lesão vascular. Não se verificou diferença com significado estatístico na idade e IMC entre as doentes com e sem complicações. Foram re-operadas 10 doentes (13.1%): 6 por extrusão de rede, 3 casos por recidiva, e 1 caso por hematoma pélvico.

Comentários/Conclusões: O tratamento de prolapsos do compartimento anterior constitui uma cirurgia segura, apresentando a nossa casuística uma taxa de complicações semelhante à descrita na literatura, nomeadamente de extrusão de rede de 9.2% (4.1-19%) e de recidiva 13.1 (4-18%).

Palavras-chave: Prolapso de órgão pélvico, cistocele, prótese, extrusão.

P 32

EXISTE RELAÇÃO ENTRE OS SINTOMAS URINÁRIOS E AS ALTERAÇÕES URODINÂMICAS NA ESCLEROSE MÚLTIPLA?

Sara Bastos¹, Joana Costa¹, Inês Correia², Lúvia Sousa², João Pinheiro^{1,3}, Iolanda Veiros¹

¹Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal
²Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal
³Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução: A esclerose múltipla (EM) é uma doença crónica, inflamatória e desmielinizante do sistema nervoso central. Os sintomas urinários estão presentes na maioria dos doentes no decorrer da sua doença. Importa assim verificar se existe associação entre queixas urinárias específicas e alterações urodinâmicas na EM.

Objetivos: O estudo tem como objetivo avaliar a associação entre a sintomatologia urinária de doentes com EM e as alterações urodinâmicas.

Material e métodos: Foram incluídos 100 estudos urodinâmicos (EUD) de 80 doentes com EM, realizados entre 2008 e 2015. Dois doentes foram excluídos por terem outras patologias neurológicas associadas. O estudo envolveu a realização de urofluxometria, cistomanometria, perfilometria uretral e eletromiografia perineal.

Resultados: O sexo feminino representou 60% dos doentes. As idades estavam compreendidas entre os 23 e os 74 anos, com uma média de 46 anos, e o diagnóstico de EM tinha em média 8,9 anos.

Os sintomas urinários mais frequentes foram a urgência miccional (52,6%), a sensação de micção incompleta (17,9%), a dificuldade em iniciar a micção (16,7%), a incontinência urinária de urgência (14,1%) e a micção intermitente (9,0%). As alterações mais frequentemente encontradas na cistomanometria foram as alterações inespecíficas da sensibilidade vesical (52%), a hiperatividade do detrusor (47%) e a diminuição da compliance (34%). Nos doentes com incontinência de urgência encontramos uma associação com a diminuição da capacidade vesical ($P < 0,05$) e a hiperestesia vesical ($P < 0,05$). A micção intermitente esteve associada a hipertonia uretral ($P < 0,005$) e ao resíduo pós-miccional elevado ($P < 0,05$). A dificuldade em iniciar a micção associou-se significativamente a hipertonia uretral ($P < 0,05$), a dissinergia vesicoesfincteriana ($P < 0,05$) e a hipertonia vesical ($P < 0,05$). Os restantes sintomas urinários não se associaram a nenhuma alteração urodinâmica específica.

Conclusões: A grande maioria dos doentes apresentou alterações no EUD. Nalguns sintomas frequentes como a urgência miccional e a sensação de micção incompleta não houve associação significativa com as alterações do EUD. A hiperatividade do detrusor, uma das alterações mais frequentes, também não se associou a nenhum sintoma específico.

Este estudo sugere o interesse da vigilância urodinâmica na EM, visto que a sintomatologia pode não ser suficiente na identificação e caracterização das alterações vesicoesfincterianas, de forma a orientar devidamente a terapêutica, reduzir o risco de complicações nefrourológicas e melhorar a qualidade de vida destes doentes.

Palavras-chave: Esclerose múltipla, estudo urodinâmico, bexiga neurogénica.

P 33

OUTCOMES DO TRATAMENTO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA COM SLING DE INCISÃO ÚNICA, ALTIS®, EM REGIME AMBULATORIAL

Raquel Rodrigues, Pedro Costa; Jorge Dias, Rui Amorim, Luís Ferraz

Serviço de Urologia do CHVNG/E

Introdução: A incontinência urinária é uma patologia muito prevalente na nossa população com um grande impacto na qualidade de vida. O nosso ser-

viço recebe em média 515 P1/ano por incontinência urinária, correspondendo a 20% da totalidade dos P1 recebidos. Actualmente a maioria da IUE (incontinência urinária de esforço) na nossa instituição é tratada em regime ambulatorial com sling de incisão única (Altis®)

Objetivos: Avaliar a eficácia e segurança do tratamento de IUE em regime ambulatorial com sling Altis®, identificando possíveis factores preditores de insucesso.

Materiais e métodos: Análise retrospectiva de doente submetidas a tratamento de IUE com implantação de mini-sling Altis em regime ambulatorial entre Abril de 2012 e Dezembro de 2014. Foram excluídas deste estudo doentes com sintomas predominantemente de IUU, prolapsos dos órgãos pélvicos > 2 e doenças neuro-musculares. Aplicação de questionário "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)", no pré e pós operatório.

Resultados: 135 mulheres foram submetidas a tratamento de IUE em regime ambulatorial, com uma idade média de 53,76 anos. O diagnóstico de IUE foi confirmado por estudo urodinâmico (EUD) em 93,3% dos casos. 48,9% das mulheres referiam queixas concomitantes de urgência, tendo esta hiperactividade sido reproduzida no EUD em 22,4% dos casos.

Cura subjectiva (ICIQ-SF =0) foi reportada em 79,2% das doentes e 15,4% apresentaram melhoria subjectiva (ICIQ-SF > 0 e $<$ pré-operatório), tendo 88,8% das doentes deixado de usar penso para se proteger.

A taxa de complicações foi de 16,4%, tal como apresentado na tabela abaixo:

Hemorragia significativa 1,5%
RUA 3,0%
ITU 2,2%
ITU+RUA 2,2%
Exteriorização fio ajuste 3,0%
Exteriorização fita 0,7%
Dispareunia 1,5%
RUA + dispareunia 0,7%
Hemorragia + dispareunia 0,7%

Alterações do jacto urinário foram reportadas em 19,0% dos casos e 2,4% das mulheres referiam jacto fraco. Objetivamente apenas 3,7% apresentavam RPM > 100 cc. Hiperactividade de novo ocorreu em 7,8%

Não houve diferenças estatisticamente significativas na taxa de cura (ICIQ-SF=0 vs. ICIQ-SF >0) com o número de partos vaginais, presença de prolapsos do pavimento pélvico (gau I e II), ICIQ pré-operatório, presença de sintomas de urgência ou hiperactividade no EUD.

A análise multivariada demonstrou que IMC (OR= 1,169 por cada aumento em 1kg/m²; IC95% 1,037-1,319, $p=0,011$) e status menopausico (OR = 4,534 nas mulheres na menopausa vs não menopausa;

IC 95% 1,339-15,346, $p=0,015$) demonstraram-se factores preditores independentes para o insucesso da técnica.

Conclusão: O tratamento da IUE com mini-sling Altis em regime de ambulatório é um método seguro e eficaz. IMC mais elevado e status menopáusico foram factores independentes do insucesso da técnica.

Palavras-chave: IUE; Altis; Ambulatório.

P 34

ALTERAÇÕES NO TRATO URINÁRIO INFERIOR NA POLINEUROPATIA AMILOIDÓTICA FAMILIAR: ABORDAGEM URODINÂMICA

Lopes A.^{1,2}, Bairres M.², Braga I.¹, Príncipe P.¹, Fraga A.¹
¹Serviço Urologia, Centro Hospitalar do Porto; ²ACT Neurofisiologia, Escola Superior de Tecnologia de Saúde da Porto - IPP

Introdução: A polineuropatia amiloidótica familiar (PAF) é uma polineuropatia de pequenas fibras com afetação do sistema nervoso autónomo. Como tal, pode manifestar-se por disfunção na fisiologia da micção e condicionar o aparecimento de sintomatologia vesico-esfincteriana, muitas vezes de início precoce. A abordagem urodinâmica revela ser um útil método de diagnóstico capaz de demonstrar alterações no trato urinário inferior e contribuir para a terapêutica urológica atempada, podendo evitar consequências graves no trato urinário superior e proporcionar a estes doentes uma vida com qualidade, adiando a sua incapacidade.

Objetivos: Avaliar e descrever a precocidade das alterações urodinâmicas em indivíduos com PAF assintomáticos a nível urológico e analisar a contribuição dos estudos urodinâmicos (EUD) na abordagem terapêutica atempada, nestes doentes.

Material e métodos: Estudo observacional e retrospectivo de 56 doentes portadores de PAF, com particular incidência na avaliação Urodinâmica, na Unidade de Urodinâmica, do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Porto. Foi realizada a análise estatística com recurso ao software IBM SPSS®, versão 21.

Resultados: Os nove doentes assintomáticos urinários com PAF incluíam 7 homens e 2 mulheres, apresentaram idade média de início dos sintomas de $34,11 \pm 5,01$ anos. Nos estudos urodinâmicos, não foi encontrado significado estatístico quando este grupo de doentes foi comparado com indivíduos sintomáticos urinários, apesar do valor médio o Qmáx, Qave, RPM e BCI ser patológico.

Comentários/Conclusão: Pela análise as alterações dos EUD mostram um carácter silencioso e subtil, durante um período de tempo ainda indeterminado, que apesar de não ter um ponto de corte estabelecido para esta precocidade, torna-se evidente que a sintomatologia é posterior aos achados urodinâmicos. Tudo indica também que as primeiras

alterações vesicais sejam motoras, com défice de contratilidade do músculo detrusor, reportado pelos doentes como dificuldade em urinar e esvaziar a bexiga na totalidade, recorrendo a esforço abdominal, como medida compensatória.

Palavras-chave: ATTRV30M, abordagem urodinâmica, alterações vesico-esfincterianas, trato urinário, PAF.

P 35

ALTERAÇÕES MECÂNICAS DOS LIGAMENTOS DO PAVIMENTO PÉLVICO

Tavares, Sara^a; Pereira, Francisco^b; Martins, Pedro^b; Natal Jorge, Renato^b; Mascarenhas, Teresa^a

^aCentro Hospitalar de São João-EPE; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal; ^bLAETA, INEGI, Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, Portugal

A comunidade médica debate ativamente as causas das desordens do pavimento pélvico⁴. Conhecemos já diversos mecanismos associados a um desvio do que se assume uma fisiologia ótima do pavimento pélvico. Exemplo disto são as alterações ao nível dos tecidos pélvicos em pacientes com sintomas associados ao prolapso dos órgãos pélvicos (POP)². É comumente aceite que o envelhecimento se encontra em destaque, como fator promotor do surgimento destas desordens que. Os ligamentos pélvicos são responsáveis pelo suporte e auxílio da atividade dos órgãos pélvicos, pelo que a falência destes pode estar intimamente relacionada com o surgimento do POP. Sabemos que os ligamentos, tal como a generalidade dos tecido biológicos, tem um comportamento mecânico não linear hiperelástico³. Do ponto de vista mecânico é possível aferir a diferença entre diferentes tecidos através da realização de ensaios mecânicos^{1,5}.

Neste trabalho foram caracterizados mecanicamente (ensaio uniaxial) os ligamentos de 9 mulheres pre- e pós-menopáusicas, ao abrigo do programa de investigação “Estudo longitudinal das propriedades biomecânicas dos ligamentos do pavimento pélvico feminino” aprovado pelo comité de ética do Centro Hospitalar de São João-EPE. As cirurgias realizadas no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar de São João-EPE / Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP). Este trabalho foca-se no grupo das mulheres pós-menopáusicas. Dos 9 casos inicialmente considerados, alguns tiveram de ser excluídos do estudo, uma vez que as porções de tecido removidas durante a cirurgia (histerectomia) eram demasiado pequenas para se realizar o ensaio mecânico. Assim reportam-se na Figura 1, os resultados relativos ao ensaio das amostras de ligamento em duas direções distintas, direção das fibras (longitudinal) e direção perpendicular às fibras (transversal) dos ligamentos. Estes resultados foram obtidos no âmbito dos trabalhos de suporte a uma tese de mestrado⁶.

P 36

ANÁLISE COMPARATIVA SOBRE A ELASTICIDADE DE ALGUNS TECIDOS DA CAVIDADE PÉLVICA

Pinto, Pedro^a; Martins, Pedro^b; Pereira, Francisco^b; Natal Jorge, Renato^b; Mascarenhas, Teresa^a

^aCentro Hospitalar de São João, EPE; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal; ^bLAETA, INEGI, Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, Portugal

No estudo biomecânico da cavidade pélvica torna-se essencial conhecer, com a exatidão possível, as propriedades mecânicas dos diferentes tecidos que a compõem, tanto de órgãos (bexiga, vagina, reto, útero, etc.) como de ligamentos (redondos, cardinais, útero-sagrados, etc.) ou de outras estruturas de suporte (fáscias por exemplo), bem como das próprias estruturas musculares¹⁻³. Uma das principais características mecânicas é a elasticidade (ou o seu inverso, a rigidez) e que é um fator intrínseco a cada tecido e que pode depender de diversas variáveis, como por exemplo, a idade, o número de partos, obesidade, o nível hormonal, situação de pré/pós menopausa, etc.

Não considerando a pertinência destes fatores e não diferenciado a sua influência é possível obter para cada estrutura um único valor para a rigidez, que pode ser entendido, como genérico ou global para esse tecido. Para o efeito, efetuou-se um conjunto de ensaios mecânicos de tração em amostras de tecido provenientes de intervenções para correção de prolapso e em amostras provenientes de cadáveres. Para cada ensaio de uma amostra é traçada uma curva como as que se representam na figura junta. No final obteve-se para cada tecido um conjunto de curvas representadas num gráfico estabelecendo-se desse modo uma curva média que pode ser considerada como a curva representativa desse tecido. Com base nesses gráficos calcula-se o declive dessas curvas cuja interpretação física conduz a um valor representativo da rigidez.

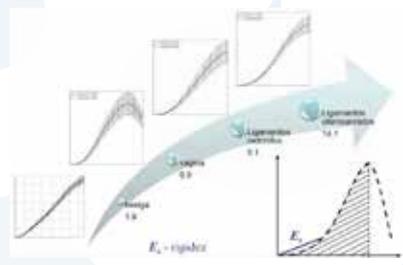


Figura 1 – Valores da rigidez (em MPa) para diferentes tipos de estruturas da cavidade pélvica: bexiga, vagina, ligamentos redondos, ligamentos útero-sagrados.

Na figura junta apresentam-se alguns gráficos contendo as curvas médias obtidas para vários tecidos da cavidade pélvica, bem como os respetivos valo-

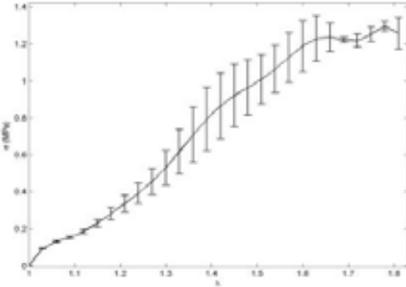
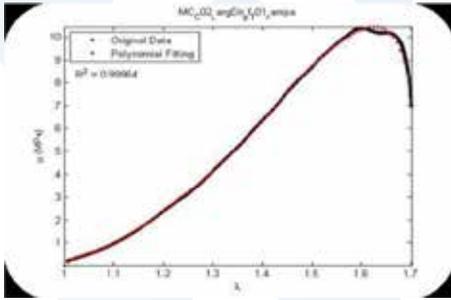


Figura 1 – Comportamento mecânico dos ligamentos de mulheres pós-menopáusicas testados (cima) – na direção das fibras; (baixo) – na direção perpendicular às fibras (apresenta-se a curva média).

Observam-se diferenças significativas no comportamento mecânico dos tecidos, de acordo com a direção de ensaio. Os valores de tensão máxima encontram-se na gama dos 10 MPa na direção das fibras e dos 1.3 MPa na direção perpendicular. Esta assimetria de resultados exprime de forma bem clara (os resultados diferem numa ordem de grandeza), o natural “reforço” do tecido na direção de solicitação normal.

É fundamental a continuação deste estudo por forma a permitir destriçar eventuais diferenças entre os grupos de mulheres pre- e pos-menopausicas, bem como a influência do fator idade nas propriedades mecânicas dos ligamentos pélvicos.

Referências:

1. Abramowitch, S.D., Feola, A., Jallah, Z. and Moalli, P.A. 2009. Tissue mechanics, animal models, and pelvic organ prolapse: a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 144 Suppl 1, (May 2009), S146–S158.
2. Badiou, W., Granier, G., Bousquet, P.-J., Monrozies, X., Mares, P. and Tayrac, R. de 2008. Comparative histological analysis of anterior vaginal wall in women with pelvic organ prolapse or control subjects. A pilot study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 19, 5 (May 2008), 723–729.
3. Fung, Y.C. 1993. *Biomechanics: Mechanical properties of living tissues*, 2nd ed. Springer-Verlag.
4. Jelovsek, J.E., Maher, C. and Barber, M.D. 2007. Pelvic organ prolapse. *Lancet.* 369, 9566 (2007), 1027–38.
5. Martins, P.A.L.S., Jorge, R.M.N. and Ferreira, A.J.M. 2006. A comparative study of several material models for prediction of hyperelastic properties: Application to Silicone-Rubber and Soft Tissues. *Strain.* 42, 3 (2006), 135–147.
6. Rocha Pereira, F.B. da 2015. Age-related Changes of the Pelvic Floor Liga-

res obtidos para a rigidez.

Verifica-se que todas as curvas apresentam uma relação não linear, o que confirma outros resultados conhecidos da literatura⁴, pelo que todos os tecidos devem ser tratados como tendo um comportamento mecânico não linear. De notar ainda que os ligamentos apresentam uma rigidez superior aos tecidos de órgãos (útero-sagrados=14,1 MPa, bexiga=1,9 MPa), o que releva a sua importância do ponto de vista estrutural de suporte.

Mais ensaios são necessários tendo em vista a diferença induzida nas propriedades mecânicas pelas diversas variáveis.

Referências:

1. PALS Martins, E Peña, B Calvo, M Doblaré, T Mascarenhas, RM Natal Jorge, AJM Ferreira, "Prediction of nonlinear elastic behavior of vaginal tissue: experimental results and model formulation", *Computer Methods in Biomechanics and Biomedical Engineering*, 13:327-337, 2010.
2. PALS Martins, AL Silva-Filho, AMRM Fonseca, A Santos, L Santos, T Mascarenhas, RM Natal Jorge, AJM Ferreira, "Uniaxial mechanical behavior of the human female bladder", *International Urogynecology Journal*, 22:991-995, 2011.
3. PALS Martins, AL Silva-Filho, AMRM Fonseca, A Santos, L Santos, T Mascarenhas, RM Natal Jorge, AJM Ferreira, "Strength of round and uterosacral ligaments: a biomechanical study", *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 287:313-318, 2013.
4. C Rubod, M Boukerrou, M Brieu, C Jean-Charles, P Dubois, M Cosson, "Biomechanical properties of vaginal tissue: preliminary results", *International Urogynecology Journal*, 19:811-816, 2008.

P 37

PREVALÊNCIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA ENTRE JOVENS PORTUGUESAS E BRASILEIRAS

Thuane Da Roza^{1,2}, Jessyca Alves¹, Soraia Cristina Tonon da Luz¹, Sofia Brandão^{2,3}, Teresa Mascarenhas³, Renato Natal Jorge²

¹CEFID-UDESC - Biomechanics Laboratory, Florianópolis, Brasil; ²LAETA, INEGI - Pólo FEUP; Faculty of Engineering, University of Porto, Portugal; ³Centro Hosp. de São João-E-PE; Faculty of Medicine, University of Porto, Portugal

Introdução: A incontinência urinária (IU) é a disfunção do assoalho pélvico mais comum entre as mulheres, especialmente em mulheres com a idade mais avançada. Estima-se uma prevalência em cerca de 10% a 40% nessa população¹. Dentre os tipos de IU, a IU de esforço (IUE) é definida como "perda involuntária no esforço ou exercício ou em tosse", implicando que a perda de urina ocorre durante aumento da pressão intra-abdominal (PIA)². Como resultado, autores verificaram alta prevalência de IUE em mulheres jovens e nulíparas, sendo as praticantes de desportos de alto impacto as mais afetadas^{3,4}. Em Portugal, a prevalência reportada de IU entre jovens nulíparas foi de 19.9%⁵. Será que estes valores são similares a outros Países? Para isto, faz-se necessário verificar a prevalência de IU em uma amostra similar e utilizando o mesmo instrumento de pesquisa.

Objetivos: Verificar a prevalência de IU em jovens nulíparas no Brasil e comparar com os achados em Portugal.

Material e métodos: Neste estudo transversal, foram entrevistadas 238 mulheres brasileiras e 306 portuguesas. Um total de 544 mulheres nulíparas praticantes ou não de atividade física consentiram em participar do estudo. Todas foram entrevistadas e responderam ao questionário de IU *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)* traduzido para português⁶. Foram ainda incluídos 13 itens adicionais para avaliar as características demográficas, historial médico e obs-tétrico, bem como o estilo de vida.

Resultados: Não foi encontrado diferença estatística para a idade, peso e Índice de Massa Corporal médios entre as Brasileiras e Portuguesas: 21.6±3.6 vs. 21.6±2.9 anos, 59.6±9.5 vs. 58.6±8.1 kg e 22.3±3.1 vs. 21.7±2.5 kg/m², respetivamente. Encontrou-se uma prevalência de IU de 14.7% entre as Portuguesas e de 23.1% nas Brasileiras (p=0.012). Entretanto, como pode ser visto na Figura 1, as Brasileiras realizam mais atividade física que as Portuguesas, p=0.001 (60.5% vs. 46.4% de praticantes de atividade física entre Brasileiras e Portuguesas, respetivamente).

Discussão/Conclusões: Os resultados demonstram uma taxa de prevalência de IU ligeiramente maior nas Brasileiras quando comparado com as Portuguesas. Entretanto, uma vez que o exercício físico pode ser considerado um fator de risco para a IU, e como as Brasileiras possuem um nível de atividade física maior, este pode ser o fator desencadeante para a IU. Contudo, mais estudos são necessários para verificar estes achados. Em conclusão, as mulheres Portuguesas possuíram menor taxa de prevalência de IU quando comparado com as Brasileiras. Contudo há uma maior prevalência de sedentarismo entre as Portuguesas.

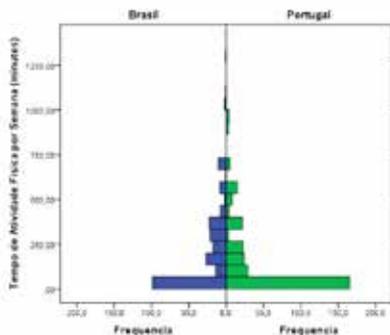


Figura 1: Tempo de atividade física realizado por semana entre as mulheres jovens nos dois Países.

Referências:

1. Hunskaar, S., et al., Epidemiology and natural history of urinary incontinence in women. *Urology*, 2003. 62(4 Suppl 1): p. 16-23.
2. Haylen, B.T., et al., An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*, 2010. 21(1): p. 5-26.
3. Eliasson, K., T. Larsson, and E. Mattsson, Prevalence of stress incontinence in nulliparous elite trampolinists. *Scand J Med Sci Sports*, 2002. 12(2): p. 106-10.

- Nygaard, I., et al., Exercise and incontinence. *Obstet Gynecol*, 1990. 75(5): p. 848-51.
- Da Roza, T., et al., Urinary Incontinence and Levels of Regular Physical Exercise in Young Women. *Int J Sports Med*, 2015. 36(9): p. 776-80.
- Tamanini, J.T., et al., [Validation of the "International Consultation on Incontinence Questionnaire -- Short Form" (ICIQ-SF) for Portuguese]. *Rev Saude Publica*, 2004. 38(3): p. 438-44.

P 38

MORFOLOGIA E FUNÇÃO DOS MÚSCULOS DO PAVIMENTO PÉLVICO ENTRE JOGADORAS CONTINENTES E INCONTINENTES DE FUTEBOL FEDERADAS?

Thuane Da Roza^{1,2}, Sofia Brandão², Teresa Mascarenhas³, Soraia Cristina Tonon da Luz¹, Marco Parente², Renato Natal Jorge²

¹CEFID-UDESC - Biomechanics Laboratory, Florianópolis, Brasil; ²LAETA, INEGI - Pólo FEUP; Faculty of Engineering, University of Porto, Portugal; ³Centro Hosp. de São João-EPE; Faculty of Medicine, University of Porto, Portugal

Introdução: Compreender a incontinência urinária de esforço (IUE), e a tentativa de evitar a perda de urina¹ inclui diferentes aspectos biomecânicos – entre eles encontramos a anatomia, a força e a correta contração dos músculos do pavimento pélvico (MPP)². Neste contexto, o presente estudo teve como objetivo avaliar se as características estruturais e biomecânicas dos MPP podem influenciar a perda de urina em atletas nulíparas de futebol.

Material e métodos: Para o efeito, as participantes responderam a um questionário para coleta dos dados demográficos e clínicos. Além disso, as mulheres realizaram exame de Ressonância Magnética pélvica, a partir do qual os modelos computacionais foram construídos (Fig. 1). Ao total, doze atletas (7 continente e 5 incontinentes) foram incluídas na amostra. A média de idade e do IMC foram de 25,1 ± 6,0 anos e 21,9 ± 2,2 kg / m², respectivamente.

Resultados: Os resultados demonstraram que não houve diferenças entre os grupos na Escala modificada de Oxford (força) ou no deslocamento dos MPP (função) durante a contração observada tanto pela simulação biomecânica, quanto pelo Ressonância Magnética. Contrariamente, as medições morfológicas mostraram que as mulheres incontinentes tinha os MPP mais espesso ao nível de *midvagina* quando comparados com as continente ($p = 0,028$ na esquerda e $p = 0,019$ no lado direito). Isto sugere que, entre essas atletas, a perda de urina pode estar relacionada a alterações nas fibras intrínsecas dos MPP, ao invés do resultado de músculos mais espessos ou mais fortes. Além disso, os resultados das simulações numéricas evidenciam uma baixa percentagem de erro (1,47% a 17,20%), com valores de deslocamento semelhantes com as imagens dinâmicas de ressonância magnética adquiridas na contração máxima (6,42 ± 0,36 vs 6,10 ± 0,47 milímetros; $p = 0,130$)³.

Discussão/Conclusões: Este é o primeiro estudo que simula a contração ativa dos músculos do pavimento pélvico entre os jovens atletas do sexo fe-

minino. Estudos prévios realizados por Kruger et al.⁴ mais descreveram que mulheres atletas tinham os MPP mais espessos quando comparado com controles não-atletas, corroborando com nossos achados. Uma vez que atletas têm músculos mais espessos e os dois grupos apresentaram valores similares na Escala de Oxford e no deslocamento durante a contração muscular, sugerimos que a IUE pode estar associada a uma resposta diminuída ou retardada de reação dos MPP ao invés de apenas o resultado da morfologia e da força. Os modelos numéricos foram capazes de replicar a contração dos MPP.

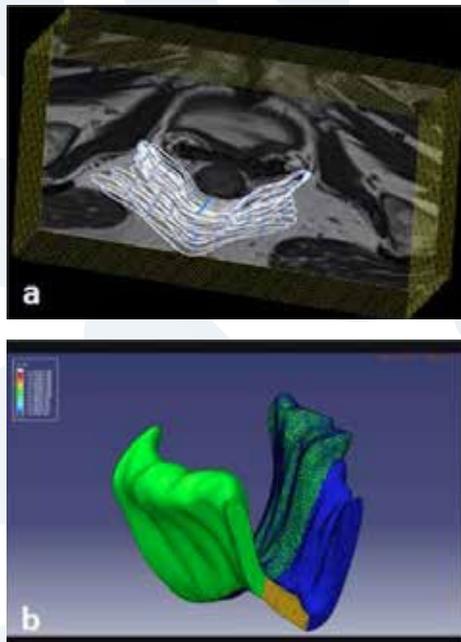


Figure 1: Segmentação manual (a) do músculo pubovisceral para criar o modelo 3D (b).

Referências:

- Haylen, B.T., et al., An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*, 2010. 21(1): p. 5-26.
- Bø, K., et al., Pelvic floor muscle exercise for the treatment of female stress urinary incontinence: II. Validity of vaginal pressure measurements of pelvic floor muscle strength and the necessity of supplementary methods for control of correct contraction. *Neurourology and Urodynamics*, 1990. 9(5): p. 479-487.
- Da Roza, T., et al., Football practice and urinary incontinence: Relation between morphology, function and biomechanics. *Journal of Biomechanics*, 2015. 48(9): p. 1587-1592.
- Kruger, J.A., B.A. Murphy, and S.W. Heap, Alterations in levator ani morphology in elite nulliparous athletes: a pilot study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 2005. 45(1): p. 42-7.

O EFEITO DO DANO NOS LIGAMENTOS PÉLVICOS NA POSIÇÃO DO ÚTERO: MODELO COMPUTACIONAL DE UMA MESH PARA CORREÇÃO DE PROLAPSO

Brandão, Sofia^{a,b}; Parente, Marco^b; Rocha, Paulo^b; Da Roza, Thuane^{b,c}; Mascarenhas, Teresa^a; Natal Jorge, Renato^b

^aCentro Hospitalar de São João-EPE; Faculty of Medicine, University of Porto, Portugal; ^bLAETA, INEGI - Pólo FEUP; Faculty of Engineering, University of Porto, Portugal; ^cCEFID/UEDESC - Biomechanics Lab, Florianópolis, Brasil

O prolapso dos órgãos pélvicos está associado à degradação das estruturas de suporte. Uma das estratégias terapêuticas mais comuns é a utilização de redes sintéticas para o reposicionamento do útero.

A simulação computacional tem sido aplicada para melhor compreender os fundamentos biomecânicos da disfunção pélvica. Um estudo recente avaliou o efeito do posicionamento de uma sling uretral na hiper mobilidade uretral durante a manobra de valsalva¹.

O propósito deste trabalho foi avaliar o deslocamento do útero na simulação do dano dos ligamentos pélvicos sem e com a aplicação de uma rede sintética.

O modelo biomecânico baseado no métodos dos elementos finitos incluiu a pelve óssea, os órgãos pélvicos, os músculos do pavimento pélvicos, o arco tendíneo e a fâscia pubocervical fascia, e os ligamentos pubouretrais, cardinais e uterosagrados, e os laterais do reto. A todas estas estruturas foram atribuídas propriedades mecânicas resultantes de ensaios e testes mecânicos^{2,3,4} e modelos constitutivos para estabelecer as suas relações. O dano dos ligamentos pélvicos foi simulado através da redução da rigidez material em 25%, 50% e 75%. As simulações numéricas foram efetuadas com recurso ao software ABAQUS®, e aplicando uma pressão de 5×10^{-4} , simulando a pressão intra-abdominal em repouso⁵. A malha numérica da rede de correção de prolapso foi baseada nas propriedades morfológicas e materiais da rede GYNECARE PROLIFT® (Figure 1)⁶.

O deslocamento uterino foi considerado como a média dos valores da magnitude dos deslocamentos nodais. O útero evidenciou um deslocamento médio de 5.2/5.3/5.7/6.5mm quando os ligamentos foram considerados como saudáveis e como 25%/50%/75% danificados, respetivamente. A inclusão da rede de prolene resultou numa redução do deslocamento para valores de 5.0/5.1/5.7mm para 25%/50%/75% de dano, respetivamente.

A diferença obtida entre ligamentos saudáveis vs. danificados foi menos de 1mm. Os resultados mostram que o seu dano não tem um impacto considerável na posição de descanso.

Referências:

1. Peng Y et al. The Single-Incision Sling to Treat Female Stress Urinary Incontinence: A Dynamic Computational Study of Outcomes and Risk Factors. *J Biomech Eng.* 2015; 137(9).
2. Rivaux G et al. Comparative analysis of pelvic ligaments: a biomechanics study. *Int. Urogynecol. J.* 2003; 24 (1): 135-9.
3. Rubod C et al. Biomechanical properties of human pelvic organs. *Urology* 2012; 79 (4): 968e17-22.
4. Martins PA et al. Uniaxial mechanical behavior of the human female bladder. *Int. Urogynecol. J.* 2011; 22 (8): 991-5.
5. Noakes KF et al. Subject specific finite elasticity simulations of the pelvic floor. *J Biomech* 2008; 41(14): 3060-5.
6. Afonso JS et al. Mechanical properties of polypropylene mesh used in pelvic floor repair. *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct.* 2008; 19(3): 375-80.

P 40

ANÁLISE COMPUTACIONAL DO DANOS DOS LIGAMENTOS PUBOURETRAIS, E O SEU EFEITO NO DESLOCAMENTO DO COLO VESICAL DURANTE A MANOBRAS DE VALSALVA

Brandão, Sofia^{a,b}; Parente, Marco^b; Da Roza, Thuane^{b,c}; Mascarenhas, Teresa^a; Natal Jorge, Renato^b

^aCentro Hospitalar de São João-EPE; Faculty of Medicine, University of Porto, Portugal; ^bLAETA, INEGI - Pólo FEUP, Faculty of Engineering, University of Porto, Portugal; ^cCEFID/UEDESC - Biomechanics Lab, Florianópolis, Brasil

A perda de estabilidade uretral por dano nos ligamentos pubouretrais está associada à incontinência urinária de stress. No entanto, a análise computacional do papel destas estruturas de suporte ao compartimento anterior não foi ainda efetuada.

Neste trabalho foi avaliado o efeito do dano nos ligamentos pubouretrais na mobilidade do colo vesical durante a manobra de valsalva. O modelo numérico baseado no métodos dos elementos finitos utilizado no presente trabalho foi construído a partir de imagens de Ressonância Magnética de uma mulher jovem sem patologia. Foram incluídos a pelve óssea, os órgãos pélvicos, ligamentos (pubouretrais, uterosagrados, cardinais, e laterais do reto), fâscia e músculos do pavimento pélvico. Foram atribuídas propriedades materiais e modelos constitutivos a cada uma dessas estruturas. O dano nos ligamentos foi simulado pela redução da sua rigidez em 75%. As simulações numéricas foram efetuadas com recurso ao software ABAQUS®, e aplicando uma pressão caudal de 4×10^{-3} para replicar a manobra de valsalva¹. A mobilidade do colo vesical foi avaliada usando a metodologia descrita em², e os resultados foram comparados entre as simulações que incluíram o dano em todos os ligamentos vs. dano nos ligamentos pubouretrais.



Figure 1 - Modelo numérico da cavidade pélvica com a rede sintética utilizada para correção de prolapso pélvico.

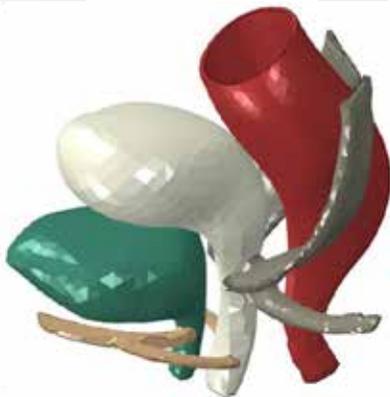


Figure 1 - Modelo 3D da cavidade pélvica, incluindo os órgãos e estruturas de suporte. A análise computacional do dano nos ligamentos pubouretrais foi efetuada para avaliar o deslocamento do colo vesical.

Os resultados da análise numérica mostraram que o deslocamento do colo vesical variou de acordo com as condições da simulação. Quando todos os ligamentos foram considerados como normais, a manobra de Valsalva condicionou um deslocamento do colo vesical de 5mm. Para 75% de danos dos ligamentos pubouretrais vs. dano de todos os ligamentos, este valor aumentou para 9.3 e 12mm, respectivamente.

A redução da rigidez dos ligamentos condicionou hiper-mobilidade uretral. O presente modelo mostrou que o dano dos ligamentos pubouretrais parecem ter um impacto substancial na posição do colo vesical, tal como está descrito na teoria integral de Petros et al.³, bem como em modelos animais da (in)continência urinária, nomeadamente no padrão de esforço⁴.

Referências:

1. Noakes KF et al. Subject specific finite elasticity simulations of the pelvic floor. *J Biomech* 2008; 41(14): 3060-5.
2. Schaer GN et al. Perineal ultrasound for evaluating the bladder neck in urinary stress incontinence. *Obstet. Gynecol.* 1995; 85 (2): 224-9.
3. Petros PE et al. The integral theory of continence. *Int. Urogynecol. J.* 2008; 19: 35-40.
4. Kefer JC et al. Pubo-urethral ligament transection causes stress urinary incontinence in the female rat: a novel animal model of stress urinary incontinence. *J. Urol.* 2008; 179 (2): 775-8.

P 41

SIMULAÇÃO COMPUTACIONAL DA FORÇA EXERCIDA SOBRE OS MÚSCULOS DO PAVIMENTO PÉLVICO DURANTE O PARTO VAGINAL

Mascarenhas, Teresa^a; Silva, Elisabete^b; Parente, Marco^b; Brandão, Sofia^{a,b}; Da Roza, Thuane^{b,c}; Natal Jorge, Renato^b

^aCentro Hospitalar de São João-EPE; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal; ^bLAETA, INEGI, Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, Portugal; ^cCEFID/ UDESC - Biomechanics Lab, Florianópolis, Brasil

As lesões induzidas no pavimento pélvico durante o parto vaginal são consideradas como um fator de risco significativo para o desenvolvimento de disfunções do pavimento

pélvico. A adaptação da geometria da cabeça do feto durante o parto vaginal facilita o trabalho de parto, uma vez que se ajusta às condições (geométricas e materiais) do canal de vaginal. No presente trabalho apresenta-se um modelo computacional para analisar quantitativamente os efeitos induzidos nos músculos do pavimento pélvico provocados pela passagem da cabeça do feto¹.

O modelo computacional desenvolvido inclui os músculos do pavimento pélvico bem como o corpo do feto. O modelo da cabeça do feto inclui a pele e tecidos moles, o crânio com suturas e fontanelas, e o cérebro.

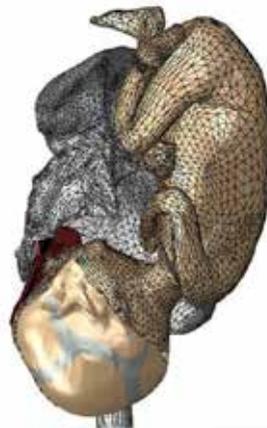


Figura 1 - Durante o parto vaginal, especialmente durante a segunda etapa do trabalho de parto, o comportamento biomecânico dos músculos do pavimento pélvico depende de muitas variáveis, entre as quais se destaca a capacidade de adaptação da cabeça do feto às condições do canal.

Os movimentos da cabeça do feto durante o parto são simuladas com a sequência: rotação interna, descida e extensão. Os resultados foram comparados entre um modelo da cabeça considerada como uma estrutura deformável e outro que a simulou como estrutura rígida.

A passagem da cabeça fetal deformável através do canal vaginal conduz a uma força exercida sobre os músculos do pavimento pélvico cerca de 17% mais baixa quando comparada com a cabeça fetal rígida².

Referências:

1. MP Lages Parente, RM Natal Jorge, T Mascarenhas, AA Fernandes, JAC Martins, "Deformation of the pelvic floor muscles during a vaginal delivery", *International Urogynecology Journal*, 19:65-71, 2008.
2. MPL Parente, RM Natal Jorge, T Mascarenhas, AL Silva-Filho, "The influence of pelvic muscle activation during vaginal delivery: computational model", *Obstetrics and Gynecology*, 115:804-808, 2010.
3. MET Silva, DA Oliveira, TH Roza, S Brandão, MPL Parente, T Mascarenhas, RM Natal Jorge, "Study on the influence of the fetus head molding on the biomechanical behavior of the pelvic floor muscles, during vaginal delivery", *Journal of Biomechanics*, 48:1600-1605, 2015.



Patrocinios

Major Sponsors

ASTORA.
WOMEN'S HEALTH

 **astellas**
Leading Lights for Life

Sponsors


ANGELINI

IBAIRID

 **Endotécnica**
Soluções e Inovações em Endoscopia



GEDEON RICHTER
Since 1901

 **JABA RECORDATI**
a.s.p.a.

ETHICON
Soluções em Cirurgia e Endoscopia
Shaping the future of surgery

Palex
LusoPalex Lda

Medtronic
Further Together


MoonSurge
Cirurgia e Inovação

 **OM Pharma**


Pierre Fabre
Médicament

 **tachimada**

Secretariado Executivo


APNUG
Associação Portuguesa
de Neofisiologia e Urologia
e Uroginecologia

Rogéria Sinigali

Rua Nova do Almeida, 95 - 3ºA. 1200-288 Lisboa
T: +351 21 324 35 90 | F: +351 21 324 35 99
E: apnug@apnug.pt | W: www.apnug.pt

Secretariado

admédic⁺
ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

Calçada de Arrolas, 16 C, Sala 3. 1000-027 Usueba
T: +351 21 842 97 10 | F: +351 21 842 97 19
E: ana.montes@admedic.pt | W: www.admedic.pt