

0 Simpósio de Urologia Oncológica Cancro da Próstata – Presente e Futuro

12 e 13 de janeiro 2018

Hotel Tryp, Costa da Caparica

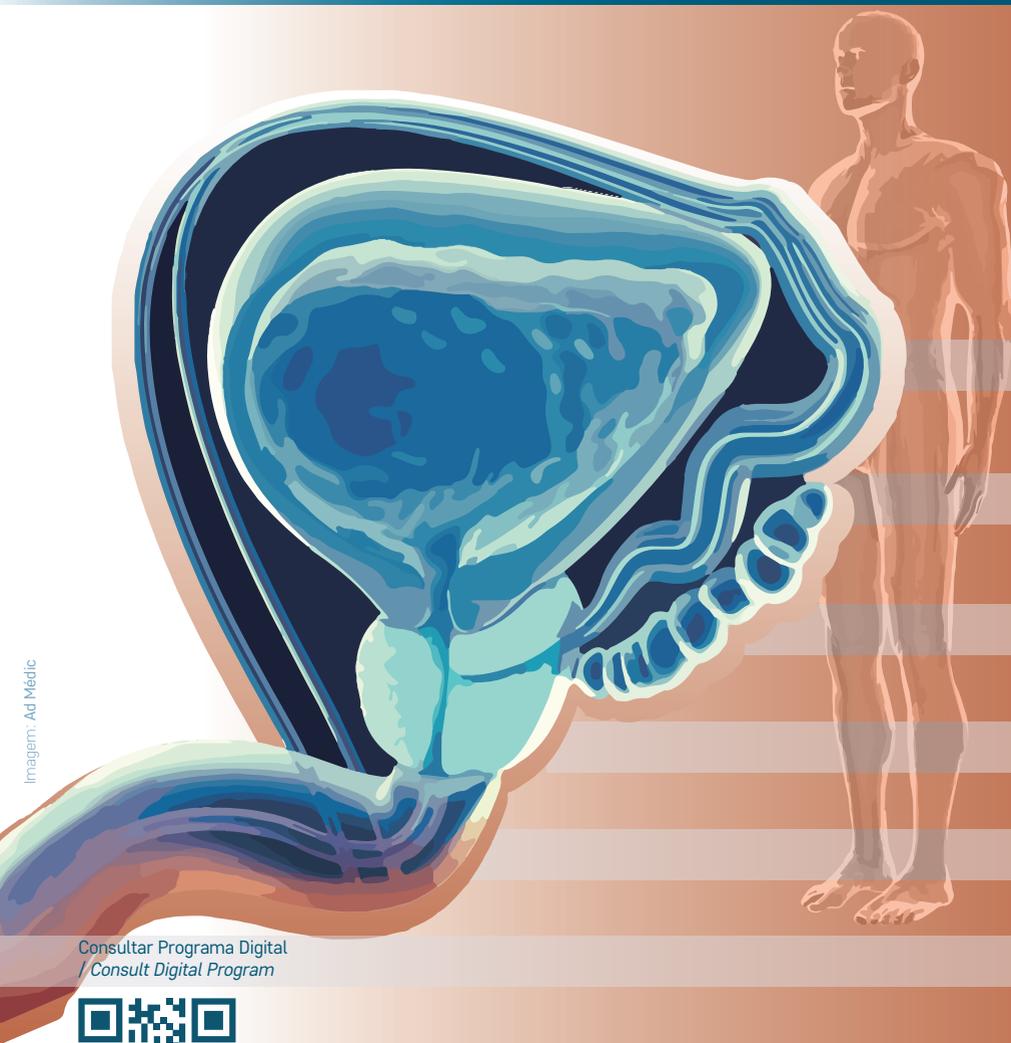


Imagem: Ad Médic

Consultar Programa Digital
/ Consult Digital Program



Programa Científico
Scientific Program

o Simpósio de Urologia Oncológica

Cancro da Próstata – Presente e Futuro

É com imenso prazer e expectativa que realizamos este Simpósio, uma organização conjunta dos Serviços do H. Garcia de Orta mais ligados ao diagnóstico e tratamento das patologias oncológicas em Urologia.

O tema escolhido, o cancro de próstata, é de interesse superlativo e atravessa uma época de constante inovação a todos os níveis. A fronteira entre o presente e o futuro próximo é tão tênue que, nalgumas áreas, é indistinguível.

Evitando a exaustividade, o programa incide, preferencialmente, no que há de mais atual, controverso e promissor no diagnóstico e tratamento da doença nos seus diferentes estádios e nas perspetivas futuras, assentes em grande parte na investigação tecnológica e nos estudos e ensaios clínicos em curso.

Contamos, em todas as sessões, com comentadores e palestrantes de elevada qualidade, tanto pelo nível científico como pela capacidade de comunicação.

As sessões serão interativas, com sistema de televoto, possibilitando a participação de todos, através de questões colocadas previamente aos palestrantes e comentadores, aos quais os seus painéis deverão responder e, reciprocamente, os palestrantes e comentadores colocarão questões para resposta da audiência. Serão apresentados casos clínicos para discussão e votação.

Sendo este um evento, pelo seu tema, muito aliciante para os especialistas e Internos de Urologia, o carácter multidisciplinar do programa faz com que especialistas e Internos de Oncologia, Radioncologia, Medicina Nuclear, Anatomia Patológica, Imagiologia e outras especialidades encontrem, neste evento, motivação e enriquecimento científico.

Os melhores posters e videos serão selecionados para apresentação e os vencedores serão premiados.

Contamos com a vossa participação!

It's with great pleasure and high expectation that we organize this Symposium, a joint effort of Hospital Garcia de Orta's Clinical Departments most connected to oncological urological disease diagnosis and treatment.

Venue will be at Costa da Caparica, a nice holiday town and beach near Almada and Lisbon.

Hotel Tryp is located by the seaside.

Chosen theme, prostate cancer, has superlative interest specially in these times of constant innovation at all levels making it difficult, in some areas, to distinguish between what is already present and what is still future.

The scientific program focuses, preferably, the most controversial and promising issues in diagnosis and treatment of the disease in it's different stages and future perspectives.

We count, in all panels, on moderators and speakers of high quality both by their scientific level and communication ability.

Sessions will be interactive, with televoter system available, making it easier for everybody to participate.

We ask moderators and speakers to prepare questions to put to the audience and clinical cases, if possible, for discussion and voting and to be prepared to answer questions previously posed to their panels.

This being, by it's theme and program, a very appealing event to urology specialists and residents, the multidisciplinary nature of the program makes it possible for colleagues from other specialties to find in it motivation and scientific enrichment.

The best posters and videos will be selected for presentation, and winners will be awarded.

We count on you to join us and participate!



Nelson Menezes

Diretor do Serviço de Urologia do Hospital Garcia da Orta
Director of Urology Department Hospital Garcia de Orta

Comissão Organizadora / Organizing Committee

Nelson Menezes – *Urologia, H. Garcia de Orta*

Ana Isabel Santos – *Medicina Nuclear, H. Garcia de Orta*

Helder Mansinho – *Oncologia, H. Garcia de Orta*

Maria José Brito – *Anatomia Patológica, H. Garcia de Orta*

Inmaculada Maldonado – *Radioncologia, H. Nossa Senhora do Rosário*

João Bastos – *Urologia, H. Garcia de Orta*

Nuno Figueira – *Urologia, H. Garcia de Orta*

Celso Marialva – *Urologia, H. Garcia de Orta*

Vanessa Metrogos – *Urologia, H. Garcia de Orta*

Nuno Ramos – *Urologia, H. Garcia de Orta*

Alexandre Macedo – *Urologia, H. Garcia de Orta*

Comissão Científica / Scientific Program Committee

Ana Isabel Santos – *Medicina Nuclear, H. Garcia de Orta*

Avelino Fraga – *Urologia, H. Santo António*

Jorge Fonseca – *Urologia, Fundação Champalimaud*

Helder Mansinho – *Oncologia, H. Garcia de Orta*

Inmaculada Maldonado – *Radioncologia, H. Nossa Senhora do Rosário*

Luís Abranches Monteiro – *Urologia, H. Beatriz Ângelo*

Luís Campos Pinheiro – *Urologia, H. São José*

Maria José Brito – *Anatomia Patológica, H. Garcia de Orta*

Nelson Menezes – *Urologia, H. Garcia de Orta*

Calais da Silva – *Urologia, GPGU*

Moderadores e Palestrantes / Moderators and Speakers

Adalgisa Guerra – *Imagiologia, H. da Luz, Lisboa*

Amaral Canelas – *Urologia, H. São Bernardo*

Ana Isabel Santos – *Medicina Nuclear, H. Garcia de Orta*

Ângelo Oliveira – *Radioncologia, IPO, Porto*

Aníbal Coutinho – *Urologia, H. de Faro*

António Beltran – *Anatomia Patológica, Fundação Champalimaud*

Artur Gomes Oliveira – *Urologia, H. Luz*

Artur Palmas – *Urologia, H. Forças Armadas*

Avelino Fraga – *Urologia, H. Santo António*

Belmiro Parada – *Urologia, C. Hospitalar e Universitário de Coimbra*

Bertrand Tombal – *Urologia, Cliniques Universitaires Saint-Luc*

Bruno Pereira – *Urologia, H. Pêro da Covilhã*

Cabrita Carneiro – *Urologia, H. São José*

Cardoso de Oliveira – *Urologia, H. Espírito Santo*

Carlos Rabaça – *Urologia, IPO, Coimbra*

Carlos Silva – *Urologia, C. Hospitalar São João*

Carrasquinho Gomes – *Urologia, H. Fernando Fonseca*

Celso Marialva – *Urologia, H. Garcia de Orta*

Christophe Assenmacher – *Urologia, Cliniques de l'Europe, Bruxelles*

Eduardo Silva – *Urologia, IPO, Lisboa*

Estêvão Lima – *Urologia, H. de Braga*

Fernando Algaba – *Patologia, Fundació Puigvert*

Fernando Ferrito – *Urologia, H. Fernando Fonseca*

Fernando M. Calais da Silva – *Urologia, H. São José*

Fortunato Barros – *Urologia, H. São José*

Gracinda Costa – *Medicina Nuclear, C. Hospitalar e
Universitário de Coimbra*

Helder Mansinho – *Oncologia, H. Garcia de Orta*

Helder Monteiro – *Urologia, H. Egas Moniz*

Ignacio Moncada – *Urologia, H. Universitario La
Zarzueta, Madrid*

Inmaculada Maldonado – *Radioncologia, H. Nossa
Senhora do Rosário*

Isabel Pereira – *Medicina Física e Reabilitação,
H. Fernando Fonseca*

João Bastos – *Urologia, H. Garcia de Orta*

João Pina – *Urologia, H. São José*

João Varregoso – *Urologia, H. Fernando Fonseca*

Jorge Fonseca – *Urologia, Fundação Champalimaud*

Jorge Oliveira – *Urologia, IPO, Porto*

José Palma dos Reis – *Urologia, H. Santa Maria*

Lúcia Monteiro – *Psiquiatra, IPO, Lisboa*

Luís Abranches Monteiro – *Urologia, H. Beatriz Ângelo*

Luís Campos Pinheiro – *Urologia, H. São José*

Luís Costa – *Oncologia, H. Santa Maria*

Luís Vasco Louro – *Radioncologia, Fundação
Champalimaud*

Manuel Ferreira Coelho – *Urologia, H. Fernando Fonseca*

Maria José Brito – *Anatomia Patológica, H. Garcia
de Orta*

Miguel Ramos – *Urologia, H. Santo António*

Nelson Menezes – *Urologia, H. Garcia de Orta*

Nina Tunariu – *Imagiologia, Royal Marsden NHS
Foundation Trust, Londres*

Nuno Figueira – *Urologia, H. Garcia de Orta*

Nuno Pires – *Urologia, H. Nossa Senhora do Rosário*

Nuno Ramos – *Urologia, H. Garcia da Horta*

Paulo Guimarães – *Urologia, British Hospital*

Paulo Príncipe – *Urologia, H. Santo António*

Paulo Temido – *Urologia, C. Hospitalar e Universitário
de Coimbra*

Paulo Vale – *Urologia, H. Cuf Descobertas*

Pepe Cardoso – *Urologia, H. Fernando Fonseca*

Pedro Chinita – *Radioncologia, H. Espírito Santo*

Pedro Monteiro – *Urologia, H. Egas Moniz*

Pedro Nunes – *Urologia, C. Hospitalar e Universitário
de Coimbra*

Rodolfo Silva – *Medicina Nuclear, C. Hospitalar
e Universitário de Coimbra*

Rui Henrique – *Anatomia Patológica, IPO, Porto*

Rui Sousa – *Urologia, H. Beatriz Ângelo*

Sanches Magalhães – *Urologia, IPO, Porto*

Sofia Pinheiro Lopes – *Urologia, H. Beatriz Ângelo*

Tiago Bilhim – *Imagiologia, H. Curry Cabral*

Tomé Lopes – *Urologia, H. Santa Maria*

Vanessa Metrogos – *Urologia, H. Garcia de Orta*

Vanessa Vilas-Boas – *Urologia, H. Vila Franca de Xira*

- 07.30h Abertura do Secretariado / *Opening of registration desk*
- 08.30-09.15h **Anatomia patológica / Prostate cancer pathology**
Moderadores / *Moderators*: Maria José Brito e Rui Henrique
Histopatologia da biópsia prostática / *Needle biopsy specimen pathology update* (15 m)
António Beltran
Histopatologia da peça de prostatectomia radical / *Radical prostatectomy specimen pathology update* (15 m)
Fernando Algaba
Discussão / *Discussion* (15 m)
- 09.15-09.45h **Biomarcadores no cancro da próstata / Novel biomarkers in prostate cancer – Present clinical implications and future perspectives** (20 m)
Moderador / *Moderator*: Avelino Fraga
Palestrante / *Speaker*: Rui Henrique
Discussão / *Discussion* (10 m)
- 09.45-10.30h **Diagnóstico por imagem e biópsia prostática / Imaging and prostatic needle biopsy**
Moderadores / *Moderators*: Rui Sousa e Tiago Bilhim
RM multiparamétrica e biópsia guiada por MRI / *Multiparametric MRI and MR guided targeted biopsy* (15 m)
Adalgisa Guerra
Biópsia de fusão / *MpMRI-TRUS fusion biopsy* (10 m)
João Pina
Biópsia randomizada e biópsia de template / *TRUS guided random biopsy and template-guided transperineal saturation biopsy* (10 m)
Pedro Monteiro
Discussão / *Discussion* (10 m)
-
- 10.30-11.00h *Coffee-break – Visita aos posters / Poster Viewing*
-
- 11.00-11.15h **Sessão de Abertura / Opening Session**
- 11.15-12.00h **Tratamento do cancro da próstata localizado – Abordagem conservadora / Localized prostate cancer treatment – Conservative management**
Moderadores / *Moderators*: Carlos Silva, Helder Monteiro e Paulo Guimarães
Vigilância ativa / *Active surveillance* (10 m)
Celso Marialva
Terapêutica focal: EPI / *Focal therapy: Irreversible electroporation* (10 m)
Sanches Magalhães
Terapêutica focal: Crioterapia / *Focal therapy: Cryoablation* (10 m)
Fernando M. Calais da Silva
Discussão e Casos Clínicos / *Discussion and Clinical Cases* (15 m)
- 12.00-12.45h **Tratamento do cancro da próstata localizado – Cirurgia radical / Localized Prostate cancer treatment – Radical surgery**
Moderadores / *Moderators*: Tomé Lopes, Luís Campos Pinheiro e João Bastos
Prostatectomia radical aberta / *Open radical prostatectomy* (15 m)
Cabrita Carneiro
Prostatectomia radical laparoscópica / *Laparoscopic radical prostatectomy* (15 m)
Manuel Ferreira Coelho
Discussão e Casos Clínicos / *Discussion and Clinical Cases* (15 m)

12.45-13.30h

Tratamento do cancro da próstata localizado – Cirurgia radical robótica / Localized prostate cancer treatment – Robotic radical surgery

Moderadores / *Moderators*: Estêvão Lima e Jorge Fonseca

Prostatectomia radical robótica (RARP) / *Robotic assisted radical prostatectomy (RARP)*

Via anterior (retropúbica) / *Anterior approach* (15 m)

Ignacio Moncada

Via posterior (retrovesical) / *Posterior approach* (15 m)

Christophe Assenmacher

Discussão e Casos Clínicos / *Discussion and Clinical Cases* (15 m)

13.30-14.30h

Almoço / *Lunch* – Visita aos posters / *Poster viewing*

14.30-15.15h

Radioterapia na doença localizada e localmente avançada / Radiotherapy in localized an locally advanced prostate cancer

Moderadores / *Moderators*: Inmaculada Maldonado, Pedro Chinita e Carlos Rabaça

EBRT/IMRT / *EBRT techniques* (15 m)

Ângelo Oliveira

Braquiterapia / *Brachytherapy* (15 m)

João Varregoso

Discussão / *Discussion* (15 m)

15.15-16.00h

Disfunção miccional iatrogénica no cancro da próstata / Iatrogenic voiding dysfunction in prostate cancer

Moderadores / *Moderators*: Luís Abranches Monteiro, Paulo Vale e Cardoso de Oliveira

Abordagem diagnóstica / *Diagnosis* (10 m)

Paulo Príncipe

Abordagem terapêutica / *Medical and surgical therapy* (10 m)

Paulo Temido

Papel da MFR / *Role of physical medicine and rehabilitation* (10 m)

Isabel Pereira

Discussão / *Discussion* (15 m)

16.00-16.45h

Disfunção sexual iatrogénica no cancro da próstata / Iatrogenic sexual dysfunction in prostate cancer

Moderadores / *Moderators*: Fortunato Barros e Pepe Cardoso

Abordagem diagnóstica / *Diagnosis* (10 m)

Sofia Pinheiro Lopes

Abordagem terapêutica / *Medical and surgical therapy* (10 m)

Bruno Pereira

Papel da Psicologia/Psiquiatria / *The role of Psychology/Psychiatry* (10 m)

Lúcia Monteiro

Discussão / *Discussion* (15 m)

16.45-17.15h

Coffee-break – Visita aos posters / *Poster Viewing*

17.15-18.15h

Recidiva, progressão e reestadiamento / Prostate cancer recurrence, progression and restaging

Moderadores / *Moderators*: Ana Isabel Santos, Adalgisa Guerra e Miguel Ramos

Recidiva local ou à distância? – Algoritmo de diagnóstico / *Local or distant recurrence? Diagnostic flowchart* (15 m)

Vanessa Vilas-Boas

Vanessa Vilas-Boas

Papel da Medicina Nuclear / *Nuclear medicine imaging techniques* (15 m)

Rodolfo Silva

Ressonância magnética de corpo inteiro / *Whole body MRI* (15 m)

Nina Tunariu

Discussão / *Discussion* (15 m)

18.15-18.45h **Casos Clínicos / Clinical Cases**
Vanessa Metrogos e Nuno Ramos

18.45h Encerramento do dia / *Closing*

Sábado 13 de janeiro de 2018

07.30h Abertura do Secretariado / *Opening of registration desk*

08.00-09.00h **Apresentação de vídeos / Video Session**
Moderadores / *Moderators*: Fernando Ferrito, Artur Palmas, Nuno Pires e Nuno Figueira

09.00-09.30h **Apresentação dos melhores posters / Best posters presentation**
Moderadores / *Moderators*: Artur Gomes Oliveira, Carrasquinho Gomes e Aníbal Coutinho

09.30-10.30h **Tratamento da doença oligometastática / Treatment of oligometastatic disease**
Moderadores / *Moderators*: Nelson Menezes, Eduardo Silva e Ângelo Oliveira
SBRT (15 m)
Luís Vasco Louro
Tratamento cirúrgico / *Surgical treatment* (15 m)
Pedro Nunes
Discussão e Casos Clínicos / *Discussion and Clinical Cases* (30 m)

10.30-11.00h *Coffee-break*

11.00-13.00h **Tratamento sistémico da doença avançada / Advanced disease systemic treatment**
Moderadores / *Moderators*: Jorge Oliveira e Amaral Canelas
Hormonoterapia no HNPC / *Hormonal therapy for HNPC* (15 m)
José Palma dos Reis
Hormonoterapia no CRPC / *Hormonal therapy and treatment sequence for CRPC* (15 m)
Bertrand Tombal
Quimioterapia no CRPC / *Chemotherapy for CRPC and high risk HNPC* (15 m)
Helder Mansinho
Metástases ósseas no CRPC – Estratégia terapêutica / *Treatment strategy for bone metastasis in CRPC* (15 m)
Luís Costa
Novas aplicações terapêuticas em Medicina Nuclear / *Novel Nuclear Medicine therapeutic applications* (15 m)
Gracinda Costa
Imunoterapia e novos fármacos / *Immunotherapy and investigational drugs* (15 m)
Belmiro Parada
Discussão / *Discussion* (30 m)

13.00-13.30h **Casos Clínicos / Clinical Cases**
Vanessa Metrogos e Nuno Ramos

13.30-13.45h **Entrega de prémios – Melhor vídeo e melhor poster / Best video and poster awards**

13.45h **Encerramento do Simpósio / End of Symposium**

0 Simpósio de Urologia Oncológica Cancro da Próstata – Presente e Futuro

12 e 13 de janeiro 2018

Hotel Tryp, Costa da Caparica



Resumos dos Trabalhos / Abstracts

Posters / Posters

PO 01

TRATAMENTO DE DOENTES COM CARCINOMA DA PRÓSTATA METASTÁTICO RESISTENTE À CASTRAÇÃO COM ABIRATERONA E ENZALUTAMIDA NO CHCB – AVALIAÇÃO RETROSPECTIVA

Rui Santos¹; Bruno Jorge Pereira²; Manuel Morgado³

¹Aluno da FCS-UBI;

²Urologista no CHCB, Professor Auxiliar na FCS-UBI;

³Farmacêutico Hospitalar no CHCB, Professor Auxiliar na FCS-UBI

Introdução: O carcinoma prostático é a neoplasia mais comum e a terceira causa de morte por cancro no homem tanto em Portugal como na Europa. Atualmente, existe uma variedade de opções disponíveis para o tratamento do carcinoma prostático resistente à castração (mCRPC) como é o exemplo da abiraterona e da enzalutamida, focados nesta análise.

Objetivo do estudo: Analisar as características, o tratamento e outcomes de pacientes com mCRPC tratados com abiraterona ou enzalutamida e correlacionar com a sobrevida livre de progressão e sobrevida média global. Averiguar a influência das variáveis idade, score de Gleason, duração do tratamento antineoplásico anterior e PSA no início do tratamento na resposta à terapêutica.

Metodologia: Foi realizado um estudo retrospectivo baseado em dados de um período progressivo (desde a introdução destes medicamentos no hospital, 19 de dezembro de 2013 até dia 31 de julho de 2017) no Centro Hospitalar Cova da Beira. Foram recolhidas diversas variáveis como idade, ECOG, score de Gleason, existência ou não de metastização, locais de metastização, terapêuticas antineoplásicas anteriores, terapêutica associada, comorbilidades, doentes quimio-naive ou pós-quimioterapia, PSA no início do tratamento e a duração do tratamento.

Resultados: A amostra é constituída por 21 doentes com mCRPC sem quimioterapia prévia. A idade média dos doentes foi de 72,1 anos (52–90 anos). Não se verificou uma diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$), entre a abiraterona e a enzalutamida no que concerne à percentagem de doentes com redução de PSA a 6 meses $\geq 50\%$, portanto livres de progressão. Em relação à sobrevida média global [23,37 meses (IC 95% 14,88 – 31,86) para a abiraterona vs não alcançado para a enzalutamida]. De igual modo, não foi observada uma influência significativa ($p > 0,05$) das seguintes variáveis analisadas: a) idade dos doentes na redução PSA a 6 meses $\geq 50\%$; b) score de Gleason no valor médio e distribuição de valores da redução PSA (%) a 6 meses; c) tratamento antineoplásico anterior ≥ 12 meses no valor médio e distribuição de valores da redução PSA (%) a 6 meses; d) valor do PSA no início do tratamento na percentagem de doentes com redução de PSA a 6 meses $\geq 50\%$.

Conclusões: O tratamento com abiraterona ou com enzalutamida não conduziu a diferenças significativas nos *outcomes* de doentes com mCRPC sem quimioterapia prévia. Do mesmo modo, nenhuma das variáveis analisadas influenciou significativamente os resultados do tratamento.

PO 02

CARCINOMA DA PRÓSTATA RESISTENTE À CASTRAÇÃO: AVALIAÇÃO DO PADRÃO DE METASTIZAÇÃO PELA PET/CT COM 68Ga-PSMA

Mónica Silva¹; Rodolfo Silva^{1,2}; Paula Lapa^{1,3}; Gracinda Costa^{1,3}; João Pedroso de Lima^{1,2,3}

¹Serviço de Medicina Nuclear, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;

²Instituto das Ciências Nucleares Aplicadas à Saúde (ICNAS), Coimbra;

³Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: Nos países ocidentais, o carcinoma da próstata (CP) é a neoplasia mais frequente e a segunda causa de morte por cancro no sexo masculino. Por norma o CP é uma doença localizada e indolente, contudo, alguns doentes desenvolvem metástases e eventualmente doença resistente à castração (CPRC). O esqueleto é o alvo preferencial da doença metastática à distância, fazendo com que 70-80% dos homens com CP avançado tenham lesões ósseas. Contudo pode existir, isolado ou em associação, envolvimento ganglionar, hepático, pulmonar, cerebral, etc. A PET/CT com 68Ga-PSMA é uma técnica imagiológica recente com resultados promissores no CP que, ao permitir o mapeamento completo, em modo *single-shot*, da doença metastática influencia a escolha do tratamento.

Objetivo: Avaliar o padrão de metastização em doentes com CPRC, de acordo com os achados da PET/CT com 68Ga-PSMA.

Material e métodos: Foram revistos todos os exames PET/CT com 68Ga-PSMA efetuados no nosso Serviço a doentes com CPRC. Para cada exame registou-se o padrão de metastização (doença/recidiva local, ganglionar regional, ganglionar à distância, óssea e outra). A metastização ganglionar foi classificada em regional e à distância, de acordo com a 8ª edição do manual da AJCC. Mediu-se o eixo curto da metástase ganglionar de maiores dimensões encontrada em cada nível e foi registado o SUVmax da lesão com maior inten-

sidade de captação de 68Ga-PSMA. Devido à natureza retrospectiva do estudo, a confirmação histológica das lesões identificadas não foi efetuada. Procedeu-se ao registo de toda a informação disponível considerada relevante (não tivemos acesso ao valor do PSA ao diagnóstico, bem como à velocidade e ao tempo de duplicação).

Resultados: Foram encontrados 38 doentes (71,6 ± 7,8 anos; PSA: 15,2 ± 15,7ng/mL, 1,3 - 78,4ng/mL; Gleason: 7 ± 1, 6 - 10). A PET/CT com 68Ga-PSMA sugeriu metástases ganglionares e ósseas em 73,6% dos doentes (28/38). Identificámos metástases ganglionares (eixo curto: 14,4 ± 7,9mm; 5-45mm) em 55,3% (21/38) dos doentes (SUVmax: 20,3 ± 17,2; 1,8 - 63,5g/mL). Detetámos metastização ganglionar regional e à distância em 36,8% (14/38) e 44,7% (17/38) dos casos, respectivamente. Em 7 doentes (18,4%) a metástase ganglionar de maiores dimensões apresentava eixo curto ≤10mm. A metastização óssea foi identificada em 16/38 (42,1%) doentes (SUVmax: 26,4 ± 27,3, 3,4-87g/mL). Só 7 doentes apresentavam apenas metastização óssea. Doze doentes apresentavam metastização ganglionar sem metastização óssea (2 regional, 4 à distância, e 6 regional e à distância).

Conclusão: Neste estudo, a metastização ganglionar foi, não só, mais frequente que o esperado como mais comum que a metastização óssea. Mais ainda, numa percentagem significativa de doentes, as lesões ganglionares poderiam não ser detetadas por técnicas convencionais, atendendo às suas reduzidas dimensões. Estes resultados sublinham a necessidade de técnicas imagiológicas com maior acuidade diagnóstica, particularmente na deteção de metástases ganglionares, possibilitando decisões terapêuticas informadas e adequadas em cada fase da doença.

PO 03

UPGRADE DO SCORE DE GLEASON: A IMPORTÂNCIA DOS FATORES ANATOMOPATOLÓGICOS.

Nuno Ramos; Vanessa Metrogos; Alexandre Macedo;
Nelson Menezes

Serviço de Urologia, Hospital Garcia de Orta

Introdução: O cancro da próstata é a neoplasia mais frequente no homem, apresentando um elevado impacto social e económico. Para a classificação deste tumor é utilizado o Score de Gleason, que apresenta importantes implicações na decisão terapêutica. No entanto, devido aos problemas inerentes à amostragem por biópsia, cerca de 30 % dos doentes submetidos a prostatectomia radical apresentam-se subestadiados.

Objetivos: Avaliar os fatores anatomopatológicos preditores de upgrade do Score de Gleason, entre a biópsia e a peça de prostatectomia radical.

Material e métodos: Foi efetuada uma análise retrospectiva dos doentes diagnosticados com carcinoma da próstata localizado e submetidos a prostatectomia radical, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2016, no serviço de Urologia do Hospital Garcia de Orta. Os fatores anatomopatológicos da biópsia prostática, transretal, ecoguiada em duplo sextante e da peça cirúrgica foram correlacionados com o *upgrade* do Score de Gleason. Na análise estatística foram utilizados os testes Mann-Whitney e Qui-quadrado. Um valor de $p < 0.05$ foi considerado estatisticamente significativo. O *software* utilizado para o tratamento dos dados estatísticos foi o SPSS 22.0®.

Resultados: A amostra analisada é constituída por 107 pacientes, com idade média de 63 anos, volume prostático médio de 45cc e com PSA médio prévio à biópsia de 7,8 ng/ml. Na biópsia prostática, 68% dos casos apresentavam Score de Gleason 6 (3+3) e 80.4% apresentavam menos de metade dos

cilindros com envolvimento tumoral. Em relação à localização tumoral, em 62,6% dos casos o tumor envolvia o ápex, 79,4% o terço médio e em 72,9% a base prostática. De referir ainda que, em 55% dos casos o tumor era bilateral. A análise anatomopatológica revelou a presença de neoplasia intraepitelial prostática (PIN) de alto grau em 37,8% dos casos. Quando comparado o Score Gleason da biópsia prostática com o da peça operatória observou-se upgrade em 22,4% dos casos. As características anatomopatológicas da biópsia prostática foram estratificadas em função do *upgrade* do Score Gleason, existindo significância estatística na amostra, em relação a localização bilateral do tumor ($p = 0.003$), a presença de PIN alto grau ($p = 0.03$) e o envolvimento tumoral dos cilindros superior a 50% ($p = 0.009$).

Por outro lado, não houve relação estatística entre o *upgrade* do Score Gleason e a localização tumoral (base, médio ou ápex, $p > 0.05$) ou o volume prostático ($p = 0.45$).

Conclusões: Este trabalho demonstra que os fatores anatomopatológicos podem ter um papel preditor importante na avaliação do *upgrade* do Score de Gleason, com potencial interesse na prática clínica.

PO 04

OLIGOMETÁSTASES NO CANCRO DA PRÓSTATA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Cláudia Viveiros; João Fonseca; Maria Fortunato
*Serviço de Radioterapia do Instituto Português
de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE*

Introdução: As opções terapêuticas para o cancro da próstata estão definidas para a doença local, locoregional e metastática. Contudo, tem-se vindo a diferenciar o grupo de doentes com polimetástases do com oligometástases. No grupo de doentes pouco sintomáticos oligometastáticos, genericamente definido como cinco ou menos lesões metastáticas, ainda existe muita controversa, no-

meadamente quanto à definição do subgrupo de doentes com melhor prognóstico, havendo necessidade de exames complementares de diagnóstico cada vez mais sensíveis e específicos, e qual a estratégia terapêutica a instituir.

Objetivo: Apresentar um caso clínico de adenocarcinoma da próstata com padrão oligometastático.

Material e métodos: Revisão do caso clínico de um doente do sexo masculino, 64 anos, com cancro da próstata com metástase óssea ao diagnóstico. Apresentava PSA inicial de 76.05 ng/mL e biópsia prostática com identificação de adenocarcinoma da próstata, Gleason 7 (3+4), bilateral, 70% dos cilindros envolvidos. A cintigrafia óssea e tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica detetaram metastização óssea ao nível da 3ª vértebra lombar (L3). Como primeira linha terapêutica foi proposto para radioterapia externa com 3DC com intuito paliativo sobre L3 e iniciou bloqueio hormonal completo (BHC) que manteve durante 4 anos com PSA indetetável. Por aumento progressivo do PSA, atingindo os 3,6 ng/mL, realizou PET-TC 68Ga-PSMA que mostrou expressão aumentada de PSMA a nível prostático, adenopático (ilíaco externo esquerdo) e ósseo (L2), sugerindo tecido neoplásico metabolicamente ativo. À observação, destacava-se Karnofsky Performance Status de 90 e lombalgia de agravamento noturno. O doente foi proposto para radioterapia externa com intensidade modulada (IMRT) sobre a próstata, adenopatia, vesículas seminais e cadeias ganglionares em esquema de hipofracionamento, assim como para Radioterapia Externa Corporal por Estereotaxia (SBRT) na dose total de 16 Gy em fração única sobre L2 de acordo com as orientações de delimitação e dosimétricas da RTOG 0631.

Resultados: O doente começou por realizar o tratamento de SBRT, destacando-se apenas

o fenómeno de *pain flare* que respondeu a corticoterapia. Seguidamente, o tratamento de IMRT sobre a próstata decorreu sem complicações, apresentando como sintomatologia disúria e polaquiúria ligeiras. 6 Meses após o tratamento, sob BHC, o doente encontra-se assintomático com o valor de PSA 0,17 ng/mL e ressonância magnética da coluna lombar de reavaliação sem identificação de novos focos de doença.

Discussão: Em analogia com outros tumores sólidos, a erradicação de toda a doença neoplásica visível em doentes oligometastáticos, com radioterapia externa, nomeadamente através de técnicas de estereotaxia, e cirurgia, tem sido uma estratégia crescente. Neste caso, após o doente entrar em “escape hormonal” ao fim de 4 anos, a instituição de terapêutica ablativa dirigida, permitiu que o doente continuasse com sob BHC, mas com novo controlo da doença. É necessário, contudo, manter o seguimento do mesmo, dado ainda se tratar de uma reavaliação precoce.

Conclusões: Este caso ilustra a importância crescente de diferenciar o doente polimetastático do oligometastático, pois pode vir a ser possível identificar o subgrupo de doentes que beneficia de terapêutica ablativa local para atrasar a progressão de doença e adiar o início de outras linhas terapêuticas, nomeadamente BHC.

PO 05

BRAQUI TERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE ASSOCIADA A RADIOTERAPIA EXTERNA HIPOFRACIONADA NO CANCRO DA PRÓSTATA DE RISCO INTERMÉDIO: EXPERIÊNCIA INSTITUCIONAL

Cláudia Viveiros; João Fonseca;
Miriam Zarza Moreno; Liliana Carita;
Catarina Travancinha; Maria Fortunato
*Serviço de Radioterapia do Instituto Português
de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, EPE*

Objetivo: Avaliação de resultados (toxicidade, controlo tumoral e parâmetros dosimétricos) em doentes submetidos a braquiterapia (BT) de alta taxa de dose (HDR) em fracção única associada a radioterapia (RT) externa hipofracionada.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de doentes com cancro da próstata de risco intermédio tratados entre 2014 e 2016 com boost de 15 Gy em fracção única com BT HDR e 37.5 Gy em 15 fracções com radioterapia externa (IMRT) – Protocolo de Morton. A toxicidade foi avaliada de acordo com o CTCAE v4.0 (*Common Terminology Criteria for Adverse Events version 4.0*), IPSS (*International Prostate Symptom Score*), a resposta à terapêutica com a medição periódica do PSA (*Prostate-specific antigen*) e os parâmetros dosimétricos pelos critérios da RTOG0924.

Resultados: Foram incluídos 37 doentes com idade mediana de 65 anos (48 - 72), 73% sob Bloqueio Hormonal Completo (BHC) de duração variável. Com um *follow-up* mediano de 20 meses, 78% dos doentes apresentou toxicidade aguda grau 1 e 2: 71% toxicidade urinária; 20% disfunção erétil e 9% toxicidade intestinal. Não houve registo de toxicidade aguda grau 3. 76% dos doentes apresentou toxicidade tardia, maioritariamente grau 1 e 2: 57% toxicidade urinária; 39% disfunção erétil e 4% toxicidade intestinal. Houveram 2 doentes com toxicidade tardia grau 3: um por cistite e o outro por disfunção erétil. Na ul-

tima avaliação, 63% dos doentes apresentou um valor de IPSS entre 1 e 7; 30% um valor de IPSS moderado e 2 doentes apresentaram sintomas graves de acordo com o IPSS. Quanto aos parâmetros dosimétricos da BT HDR, o valor de dose máxima na bexiga correlacionou-se (valor - $p < 0.027$) com toxicidade urinária tardia. 30% dos doentes apresentaram um valor indetetável de PSA ($< 0,1$ ng/mL) na última avaliação realizada. Apenas um doente apresentou um valor aumentado de PSA (6,7 ng/mL), atualmente em estudo para melhor esclarecimento (*bounce vs recidiva*).

Conclusão: O tratamento é bem tolerado a curto e médio prazo com bons indicadores de controlo da doença. A toxicidade urinária pode ser minimizada limitando a dose na bexiga, no entanto, é necessário um *follow-up* maior para aferição da toxicidade tardia e controlo tumoral.

PO 06

CRIOCIRURGIA PROSTÁTICA – RESULTADOS A MÉDIO PRAZO

Mário Pereira Lourenço; Duarte Brito;
Ricardo Godinho; Pedro Peralta; Paulo Conceição;
Carlos Rabaça; Mário Reis; Amílcar Sismeyro
Instituto Português de Oncologia de Coimbra

Introdução: A criocirurgia prostática (CP) tem hoje um papel reconhecido no tratamento do cancro da próstata localizado. A melhoria da técnica operatória permite ter resultados no controlo oncológico da doença, não só numa perspectiva de salvação como uma alternativa em termos de tratamento primário.

Objetivos: Apresentar a casuística de doentes submetidos a CP prostática (terapêutica de salvação e primária), reconhecer os resultados oncológicos e complicações associadas.

Material e métodos: avaliação retrospectiva de 31 CP prostáticas realizadas num centro oncológico entre 1-12-2011 e 31-12-2016. (*follow-up* médio de 45,3 anos). Estudaram-se as seguintes variáveis: tipo de CCP

(primária ou de salvação), idade, tratamento primário realizado, estadiamento pré-CCP, volume prostático (VP), classificação Gleason pré CP, PSA pré-CCP, PSA aos 3-6-12, 24, 36 e 48 meses após CCP, tempo para progressão bioquímica, terapêutica hormonal adjuvante (HT), complicações cirúrgicas e mortalidade.

Resultados: Com uma média de idades de 69,2 anos, foram submetidos 21 doentes a criocirurgia de salvação (CPS) e 10 doentes a criocirurgia primária (CPP).

Em relação à CPP, o VP médio foi de 40,2cc, o PSA médio pré-CP foi de 14,2 ng/ml e 80% dos doentes (n = 8) foram classificados como risco intermédio. O PSA nadir médio foi de 0,1 ng/ml, atingido em todos os casos até aos 6 meses de *follow-up*. Para um *follow-up* médio de 52,7 meses, a sobrevivência livre de progressão bioquímica (SLPB) aos 3, 6, 12, 24, 36 e 48 meses foi respectivamente de 100% (n = 10 / N = 10), 90% (n = 9 / N=10), 90% (n = 9 / N = 10), 80% (n = 8 / N = 10), 80% (n = 8 / N = 10) e 57,1% (n = 4 / N = 7). Nenhum doente morreu.

Em relação à CPS, o tratamento primário foi a radioterapia externa (RTE) em 66,7% (n = 14), braquiterapia (BT) em 28,6% (n = 6) e RTE + BT em 4,7% (n = 1). O VP médio foi de 22,6 cc, o PSA médio pré-CP foi de 5,7 ng/ml e todos os doentes apresentaram estadiamento negativo. O PSA nadir médio foi de 0,7 ng/ml (indoseável em 5 doentes), atingido em todos os casos até os 6 meses de *follow-up*, sendo que 2 doentes apresentaram progressão bioquímica inicial apesar do tratamento realizado. Para um *follow-up* médio de 45,3 meses, a SLPB aos 3, 6, 12, 24, 36 e 48 meses foi respetivamente de 91,5% (n = 19 / N = 21), 71,4% (n = 15 / N = 21), 60% (n = 8 / N = 20), 64,7% (n = 11 / N = 17), 50% (n = 7 / N = 14) e 55,6% (n = 5 / N = 9). Três doentes morreram entre os 36 e 49 meses de *follow-up*. Globalmente, 29,0% (n = 9) apresentaram in-

continência de novo, 28,6% (n = 6) disfunção erétil de novo, 19,0% (n = 4) retenção urinária aguda, 4,8% (n = 1) fístula uretrorrectal e 4,8% (n = 1) hematúria refractária.

Discussão e conclusão: A CPP é um tratamento eficaz para doença localizada e cujos resultados a médio prazo são comparáveis às terapêuticas alternativas (prostatectomia radical, RTE e BT). Enquanto terapêutica de salvação deve ser, no mínimo, considerada como uma alternativa à terapêutica cirúrgica local. A taxa de complicações encontrada pode ser considerada significativa, mas na maior parte das situações potencialmente resolvidas a curto prazo.

PO 07

THE EFFECT OF LOW-DOSE RATE BRACHYTHERAPY FOR PROSTATE CANCER IN SEXUAL FUNCTION

Rui Bernardino; Luís Severo; Patena Forte; Pedro Baltazar; Gil Falcão; Francisco Fernandes; Campos Pinheiro
Centro Hospitalar de Lisboa Central

Introduction: *Brachytherapy is a valid treatment option for localized prostate cancer, frequently associated with low morbidity and good health-related quality of life (HR-QoL) levels. There are few randomized studies relating late sexual morbidity in patients submitted to prostatic brachytherapy.*

Aims of Study: *The aims of this study are: assess and characterize late sexual morbidity in patients submitted to prostatic brachytherapy with 125I; assess the impact of pre-treatment factors in the development of sexual morbidity; determine the impact of sexual satisfaction in patients global satisfaction.*

Materials and methods: *All patients submitted to prostatic brachytherapy in a single urology department between October 2003 and October 2016, were asked to answer the EPIC, IIEF and BSFI questionnaires. The results were treated in function of patient age*

and time since brachytherapy. Associations were tested according pre-treatment sexual function and patients morbidities (diabetes mellitus, smoking habits and hypertension).

Results: From 536 patients, 27 died and 203 (37,9%) validly answered to the questionnaires. The median follow-up was 6.42 years (SD = 2,6 years). There was a significant decline in all sexual domains with the exception of sexual desire. Erectile dysfunction was the main developed symptom, followed by ejaculatory dysfunction and orgasmic deterioration. 67.4% of patients suffer from some degree of sexual bother, but only 14.5% patients said it was a severe problem. 52.8% of patients were satisfied with their sexual performance. Pre-treatment erectile function, diabetes mellitus and patient age has a significant influence in the development of sexual dysfunction and impact in global sexual morbidity development.

Discussion/Conclusion: Erectile dysfunction following prostate brachytherapy has an important impact in patients' satisfaction and health-related quality of life, but the majority of patients are able to have adequate erections for sexual activity. A significant correlation was found between pre-implant potency, patient age and diabetes mellitus, and the development of sexual morbidity. In what concerns sexual morbidity, patients' satisfaction after brachytherapy is high and it is a well-accepted treatment.

PO 08

UTILITY OF APPARENT DIFFUSION COEFFICIENT IN THE ASSESSMENT OF PROSTATE CANCER AGGRESSIVENESS

Vanessa Metrogos; João Cruz; Celso Marialva; Nuno Ramos; Alexandre Macedo; João Bastos; Nelson Menezes
Hospital Garcia de Orta

Introduction: Prostate cancer varies widely in aggressiveness. A high Gleason score (≥ 7) implies increased aggressiveness and risk of local and distant tumor spread with a worse prognosis. Pre-therapeutic accurate characterization of tumors is essential in order to devise optimal treatment plans. Multiparametric magnetic resonance imaging (mpMRI) has shown great potential in improving detection, location and characterization of prostate cancer. The apparent diffusion coefficient (ADC) value of diffusion-weighted imaging (DWI), a main feature of mpMRI, provides quantitative information on tumor characteristics that indirectly measure tumor aggressiveness.

Objectives: To evaluate whether ADCmean, ADCmin and their normalized values (nADCmean and nADCmin) allow assessment of tumor aggressiveness and to compare the diagnostic performance of these parameters in differentiating between tumors with Gleason score 3 + 4 and those with Gleason score 3 + 3.

Materials and methods: The study group consisted of 41 consecutive patients with histologically proven prostate cancer who underwent mpMRI. Their MRI studies were retrospectively reviewed and ADCmean and ADCmin were calculated. The ADC normalized values (the ADC ratio between tumor and non-tumor prostatic tissue) were correlated with the Gleason score obtained on transrectal ultrasound-guided biopsy specimens.

Results: ADCmean and ADCmin values were significantly lower in the tumor than those in the non-tumor prostatic tissue ($p < 0.0001$).

Both *nADC*_{mean} and *nADC*_{min} were lower in the Gleason score 3 + 4 group compared with the Gleason score 3 + 3 group ($0.58 \pm 0.14 \times 10^{-3}$ mm²/s vs. $0.72 \pm 0.15 \times 10^{-3}$ mm²/s, $p < 0.0376$; and $0.57 \pm 0.19 \times 10^{-3}$ mm²/s vs $0.75 \pm 0.21 \times 10^{-3}$ mm²/s, $p = 0.0514$; respectively). Both tumor *nADC*_{mean} and *nADC*_{min} correlated inversely with the Gleason score ($r = -0.46$, $p = 0.0021$; and $r = -0.43$, $p = 0.0042$). ROC analysis showed that the area under the curve was 0.78 ($p = 0.008$) and 0.74 ($p = 0.029$) for the *nADC*_{mean} and *nADC*_{min}, respectively, in differentiating between Gleason score 3 + 4 and 3 + 3 tumors. The *nADC*_{min} cut-off value $\leq 0.569 \times 10^{-3}$ mm²/s provided a fair balance, with sensitivity 72.7% and specificity 81.8% to detect a tumor with Gleason 3 + 4.

Discussion/Conclusions: Both tumor *nADC*_{min} and *nADC*_{mean} derived from DWI may be useful imaging markers to non-invasively predict the aggressiveness of prostate cancer. In our study, these parameters demonstrated similar diagnostic performance.

PO 09

MASCULINITY AT THE TIP OF THE SCALPEL: CHANGES IN SEXUAL INTIMACY AFTER PROSTATECTOMY

Fernandes, E.¹; Metrogos, V.²; Castanheira, L.¹; Alves, F.³; Reis, E.¹; Santos, R.¹; Pereira, J.¹

¹Hospital de Santa Maria, Centro Hospital de Lisboa Norte, Lisboa;

²Hospital de São José, Centro Hospitalar de Lisboa Central;

³Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E

Introduction: The personal effects of prostatectomy on intimacy and sexual satisfaction are considerable and more recent literature reveals that there is variation according to age and life stage in satisfaction regarding sexual intimacy after radical prostatectomy. Younger patients (< 60 years), who have the greatest need for surgical cure, might suffer

the most in terms of how sexual dysfunction affects intimate relationships (Mooney, C 2011). Despite the increasing prevalence of younger patients, they report the greatest difficulties in obtaining help for sexual problems, and spousal involvement in the process is rare (Neese, LE 2003). Presurgical consultations tend to focus on success rates of cancer treatment and statistical representations of complication rates, including erectile dysfunction. Many patients feel betrayed when they finally face the reality of their changed sexual function (usually 1 or more years after surgery) and they frequently regret their treatment decisions (Gray RE, 2002).

Objectives: To make a review of the literature on the subject.

Aim: Call attention to the need to increase awareness and recognition about intimacy and sexual problems after prostatectomy.

Methods: Bibliographic research was conducted through the PubMed in the Medline library.

Results: After prostatectomy, young patients and their partners definitely experience the greatest stress and have the highest rates of dissatisfaction with what treating physicians define as “successful” outcomes. Additionally, although oral agents might be sufficient to provide a satisfactory erection for penetration, this does not mean that it is sufficient for a mutually satisfying sexual experience. Changes in ejaculation can be very disturbing, especially when coupled with the loss of ejaculatory and orgasm control many men experience after prostatectomy (Pommerville, PJ 2005). Furthermore, the use of injections or vacuum devices can negatively affect a couple’s satisfaction owing to loss of spontaneity and uncertainty about effectiveness. (Neese, LE 2003; Manne S, 2004; Penedo FJ).

Discussion/Conclusion: The literature identifies considerable effects on feelings of well-

-being, self-esteem, and relationship difficulties, particularly in younger patients who have undergone prostatectomy, and problems with depression, feelings of isolation, and social withdrawal have been reported (Matthew AG, 2005). Depressive symptomatology (hereafter depression) occurs at a rate 4 times greater for men with prostate cancer than healthy counterparts (Weber BA, et al, 2008). Mental health interventions need to be instituted in a triadic formation, where each partner is counseled separately, and as a couple. Individually, each needs a supportive, reality-based approach before and after surgery. It is also important for physicians to implement techniques of management that can significantly affect their patients' mood and behavior. One of the tools available is appropriate psychopharmacology that is focused on the treatment and management of anxiety and depression (Kiffel, J 2015).

PO 10

VALOR PREDITIVO POSITIVO DA BIÓPSIA DE FUSÃO

Francisco Fernandes; João Pina; Rui Bernardino;
Gil Falcão; Thiago Guimarães; Vanessa Andrade;
Fernando Calais; Luís Campos Pinheiro
Centro Hospitalar de Lisboa Central

Introdução: A neoplasia da próstata é a mais frequente no homem e uma das responsáveis por maior mortalidade relacionada no mundo ocidental.

A suspeição clínica baseia-se tipicamente no toque rectal e na análise laboratorial do PSA (*Prostate Specific Antigen*). A partir daí os doentes são enviados para realização de biópsia, mais frequentemente efectuada através de ecografia trans-rectal. O diagnóstico inicial da biópsia guiada por ecografia trans-rectal situa-se entre os 22 e os 43%. Estima-se que cerca de 30% dos tumores não sejam detectados.

A RM multiparamétrica emergiu como meio de diagnóstico para facilitar a detecção de

neoplasias da próstata clinicamente significativas.

O objectivo deste trabalho é avaliar o valor do score PI-RADS (Prostate Imaging Reporting and Data System) em detectar lesões de adenocarcinoma da próstata por biópsia de fusão RM multiparamétrica-ecografia transrectal.

Material e métodos: Noventa e sete doentes com idade média de 65 anos foram submetidos a biópsia de fusão RM com ecografia trans-rectal entre 2015 e 2017. Foram biopsadas 218 lesões com PI-RADS entre 3 e 5. Em média, 3 fragmentos foram removidos por zona suspeita.

Dos doentes submetidos a biópsia, apenas 10 não tinham efectuado biópsia trans-rectal ecoguiada prévia

Os scores de PI-RADS foram correlacionados com os resultados das biópsias e os respectivos valores preditivos positivos calculados.

Resultados: No geral, 108 biópsias foram positivas (50%). Avaliando por PI-RADS, nos doentes com PI-RADS 3, 30 em 114 foram positivas, nos doentes com PI-RADS 4, 55 em 78 foram positivas e nos doentes com PI-RADS 5, 23 em 26 foram positivas.

Considerando apenas Gleason superiores a 6 (tumores clinicamente significativos), nos doentes com PI-RADS 3, 2 em 114 foram positivas, nos doentes com PI-RADS 4, 45 em 78 foram positivas e nos doentes com PI-RADS 5, 21 em 26 foram positivas.

O valor preditivo positivo (VPP) para os scores de PI-RADS 3, 4 e 5 era 26%, 70% e 88%, respectivamente.

Tendo em conta o Gleason superior a 6 o VPP era de 2%, 57% e 81%, respectivamente.

Discussão/Conclusão: Este estudo demonstrou correlação entre a detecção de neoplasia da próstata e o score PI-RADS nos doentes submetidos a biópsia de fusão. Os resultados obtidos foram concordantes com a literatura existente.

A utilização da RM multiparamétrica e do sistema PI-RADS constitui neste momento uma importante fonte de informação na decisão de efectuar re-biópsias prostáticas.

PO 11

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE DOENTES SUBMETIDOS A BIÓPSIA PROSTÁTICA: AINDA EXISTE PAPEL PARA O TOQUE RECTAL?

Francisco Fernandes; João Pina; Rui Bernardino; Gil Falcão; Thiago Guimarães; Vanessa Andrade; Fernando Calais; Luís Campos Pinheiro
Centro Hospitalar de Lisboa Central

Introdução: O rastreio da neoplasia da próstata é um dos temas mais controversos da actualidade. A avaliação individualizada pode ser oferecida a homens bem informados acerca dos benefícios e malefícios do rastreio. A suspeita de neoplasia da próstata baseia-se na realização de toque rectal e nos níveis de PSA.

Tendo em conta que a maioria dos tumores da próstata estão localizados na zona periférica, o toque rectal pode auxiliar na detecção destes quando apresentam tamanho significativo (> 0.2mL). Cerca de 18% das neoplasias da próstata são detectadas por toque rectal suspeito, independente do PSA. Sabe-se ainda que um toque rectal anormal está associado a um maior risco de um Gleason elevado.

Objectivos: Neste trabalho vamos avaliar as características clínicas dos doentes submetidos a biópsia prostática com especial foco no papel do toque rectal.

Material e métodos: Avaliou-se as características clínicas de 300 doentes submetidos a biópsia prostática guiada por ecografia. As variáveis seguintes foram analisadas – idade, PSA, toque rectal e histologia, identificando-se o motivo para a realização da biópsia prostática.

Resultados: A idade média dos doentes submetidos à realização de biópsia prostática foi de 68 anos, com um PSA médio de 19 [1

- 390]. Das biópsias efectuadas, 134 foram positivas (44% dos doentes).

Em relação ao motivo da realização da biópsia, apenas 71 doentes (24%) dos doentes apresentavam um toque rectal suspeito. Destes, 41 (58%) apresentaram biópsia positiva. Considerando valores de PSA inferiores a 4 ng/mL, 13 doentes efectuaram biópsia com toque rectal suspeito, sendo que destes apenas 3 (23%) tiveram resultado histológico positivo.

Discussão/Conclusão: Actualmente a decisão para a realização de biópsia prostática baseia-se na avaliação clínica com PSA e toque rectal.

A avaliação retrospectiva dos doentes submetidos a biópsia prostática mostrou-nos que a grande maioria se deve a existência de um PSA suspeito e que nos doentes com PSA baixo, o toque rectal apresenta um valor preditivo positivo para a detecção de tumores da próstata reduzido – 23%.

PO 12

TREATING POST-PROSTATECTOMY URINARY INCONTINENCE WITH RETROURETHRAL TRANSOBTURATOR SLING SUSPENSION IN PATIENTS WITH PROSTATE CANCER: FINDING PREDICTORS OF SUCCESS

Miguel Eliseu; Vera Marques; Edgar Tavares-da-Silva; Francisco Rolo; Paulo Temido; Arnaldo Figueiredo
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introduction: Radical prostatectomy (RP) is one of the most widely used treatments for prostate cancer (PC). One of the major problems with this surgical approach is the risk of stress urinary incontinence. Prevalence of post-prostatectomy urinary incontinence (PPUI) varies among studies, mainly due to inconsistencies in its definition and classification. Artificial urinary sphincters (AUS) have been considered the most reliably effective treatment for PPUI; it is, however, a costly procedure with high revision rates. Male slings

offer the possibility of effective improvement in PPUI in selected patients, although criteria and methods for this selection still need refinement.

Objectives: To describe our population of men with PC and PPUI treated with male slings; to analyze possible predictors of functional success and patient satisfaction after treatment of PPUI with male slings.

Methods: We performed a cross-sectional study, selecting patients treated in our center with retourethral transobturator sling (RTS) for PPUI from January 2014 until November 2017; only men who underwent RP for PC were included. We analyzed patient demographics, comorbidities, PPUI severity (as number of pads used), previous need for external-beam radiation therapy (EBRT), urethroscopy, pressure-flow study, inpatient vs. ambulatory procedures, length of hospital stay, post-operative urinary retention and catheterization duration; their influence on functional success was tested. This was defined as objective reduction in pad usage (classified as complete improvement, significant improvement or early/immediate sling failure). Patient satisfaction was also subjectively evaluated during follow-up, rated as complete, partial or absent. Statistical analysis was done with SPSS 20; simple descriptives, correlation studies and ordinal regressions were applied.

Results: 42 patients with a mean age of 69.57 years underwent RTS suspension for PPUI after RP in this period. A mean follow-up of 16.21 months was achieved after RTS. Of these patients, 28.6% had undergone adjuvant EBRT. Complete, lasting improvement (defined as reduction of pad usage to 0 or maximum of 1 small pad per day) was achieved in 64% of patients; a significant improvement was seen in another 12%; half of the patients who did not significantly improve were later effectively treated with AUS. Overall satisfac-

tion strongly correlated with reduction in pad use.

With univariate analysis, age and the presence of comorbidities such as diabetes, obesity, treatment with anticoagulants, antiplatelet drugs or immunosuppression did not influence functional results. A less favorable urodynamic profile, namely low bladder capacity (under 250mL) or poor compliance (under 40mL/cmH2O) also did not preclude successful treatment.

Previous EBRT, pre-RTS incontinence severity and poor sphincter coaptation in urethroscopy were significantly associated with bad response and satisfaction. Using a multivariate ordinal regression model, EBRT and incontinence severity correlated significantly with poor outcome.

Conclusion: EBRT and incontinence severity are associated with poorer outcomes and satisfaction after treatment with RTS suspension for PPUI in men with PC. Poor sphincter coaptation also seems to predict less favorable results following RTS.

Vídeos / Vídeos

V 01

SCARLESS TRANSUMBILICAL RADICAL PROSTATECTOMY

Nuno Domingues; Carlos Santos; Pedro Cabrera; Felipe Caceres; Artur Palmas

Hospital das Forças Armadas, Hospital Nisa Pardo, Madrid

Introduction and objective: Laparoendoscopic single-site surgery (LESS) provides the ability to perform major surgery with minimal incisions and nearly scar-free results. A pure single-port laparoscopic radical prostatectomy, has been previously described as a feasible but challenging procedure with a high complications rate. In this video, we evaluate the feasibility and the potential advantages of a modification of the single-port laparoscopic radical prostatectomy.

Methods: In this video, we describe a modification of the single-port laparoscopic radical prostatectomy, using a transumbilical tri-channel reusable port (KeyPort; Richard Wolf GmbH, Knittlingen, Germany), plus a second 5mm port placed in the left iliac fossa with the aim of having an adequate working angle during the most critical steps of the procedure. The KeyPort system incorporates a conceptual change, where the individual instruments are moved to a dual-rotation system of arms that avoids both external clashing and internal crossing by a combination of the curved nature of the instruments and the articulated rotation of their tip without rigidity loss.

Results and conclusion: This minimally invasive technique is a safe procedure and appears to be a good compromise between a pure single multichannel port and a standard multitrocar laparoscopic approach. This represents a step forward to reduce invasiveness of laparoscopic surgery, and much more cost effective than its robotic counterpart.

V 02

SCARLESS TRANSUMBILICAL MILLIN PROSTATECTOMY (STUMP)

Nuno Domingues; Carlos Santos; Felipe Caceres; Pedro Cabrera; Artur Palmas
Hospital das Forças Armadas, Hospital Nisa Pardo, Madrid

Introduction: During the last decades, a lot of data about laparoscopic and robotic prostate adenomectomy have been reported, as a viable alternative in the treatment of symptomatic benign prostatic hiperplasia (BPH), due to large volume glands.

Lucca et al., in a systematic review, with a meta-analysis of 27 observational studies with 764 patients, conclude that minimally invasive simple prostatectomy, represents an effective and safe treatment that provides similar improvements in Qmax and IPSS as open procedure¹.

Method: In this video we present the Scarless TransUmbilical Millin Prostatectomy (STUMP) thecnique, pure laparoscopic. We used a single-port device (Gelpoint, Applied Medical, California, USA), that results from a modified smaller Gelpoint (Applied Medical, California, USA), already utilized in previous study of feasibility of robotic suprapubic transvesical enucleation of the prostate (R-STEP)². This platform requires a smaller access incision (3 - 4cm) in the umbilicus, provides a secure and multichannel access, that allows to perform the surgery and easy extraction of large enucleated adenomas³. With an additional 5mm port, used for retraction purposes, and where at the end of the procedure, the drain is placed

This thecnique, a virtually scarless surgery, represents an option for men with symptomatic large adenomas (> 100 cc), who have an aesthetic concern about scars.

Results and conclusion: Scarless Transumbilical Millin Prostatectomy (STUMP), provides

an attractive and effective minimally invasive alternative to surgical enucleation of large size prostate (> 100cc), in a virtually scarless fashion, with several advantages.

References

- 1) Lucca I, Shariat S, Hofbauer S, et al. Outcomes of minimally invasive simple prostatectomy for benign prostatic hyperplasia: a systematic review and meta-analysis. *World J Urol* 2015;33:563-570.
- 2) Farred K, Zaytoun OM, Autorino R, et al. Robotic single port suprapubic transvesical enucleation of the prostate (R-STEP): initial experience. *BJU Int* 2012;110:732-737.
- 3) Khanna R, White MA, Autorino R, et al. Selection of a port for use in laparoendoscopic single-site surgery. *Curr Urol Rep* 2011;12:94-99.

V 03

ENDOSCOPIC EXTRAPERITONEAL RADICAL PROSTATECTOMY (EERPE): A CASE REPORT

Gil Falcão¹; Vanessa Andrade¹; Mariana Medeiros¹; Thiago Guimarães¹; Rui Bernardino¹; Francisco Fernandes¹; Cabrita Carneiro¹; Renaud Bollens²; Luís Campos Pinheiro¹

¹Urology Department, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisbon;

²Urology Department, Centre Hospitalier Hornu, Belgium

Introduction: During the last decade, laparoscopy has become a standard technique in the armoury of the urologist due to constant technological advances and refinements. Laparoscopic radical prostatectomy (LRPE), although technically demanding and associated with a considerable learning curve, has become the surgical procedure of choice in selected and specialized urological centers around the globe for patients with clinically localized prostate cancer. However, a major drawback of LRPE is the transperitoneal route of access to the extraperitoneal prostate. The principal disadvantages of LRPE are potential intraperitoneal complications, such as bowel injury, ileus, intraperitoneal bleeding, intraperitoneal urinary leakage, intraperitoneal adhesion formation and concomitant small bowel obstruction. Endoscopic extraperitoneal radi-

cal prostatectomy (EERPE) is a further advancement of minimal invasive surgery as it overcomes the limitations of LRPE by the strictly extraperitoneal route of access combining the advantages of minimal invasive surgery with those of an extraperitoneal procedure.

Objectives: Our main goal was to show how an EERPE can be done without major complications and its feasibility.

Material/Methods: We present a 61 years old male patient with prostate cancer G7(4+3), PSA 5, cT1c N0 M0 who underwent EERPE.

The steps of the procedure are preparation of the preperitoneal space, trocar placement, exposure of the prostate and the bladder neck, incision of the endopelvic fascia, ligation of Santorini's plexus, bladder neck dissection, mobilization of the seminal vesicles, incision of Denonvilliers' fascia, sectioning of the prostatic pedicles without preservation of the neurovascular bundles, dissection of Santorini's plexus and apex, urethrovesical anastomosis with interrupted sutures and removal of the specimen via an extraction bag.

Results: The results are promising. Perioperative morbidity was low, discharge on the second day, catheter removal on the 5th day and short-term oncological and functional results are favorable. No urinary incontinence was detected so far. Although the follow-up is too short to draw definite conclusions, it is obvious that an EERPE is feasible and reproducible.

Discussion/Conclusions: Endoscopic/laparoscopic extraperitoneal radical prostatectomy has been established in the literature as an intriguing therapeutic option for the management of carcinoma of the prostate. Endoscopic and robotic approaches have proved to be equally effective for the management of localized prostate cancer. Nerve sparing endoscopic/laparoscopic and robotic radical prostatectomy should aim to maintain sexual function and restore

continence early after surgery without impairing the final oncological outcome.

EERPE can be performed with equal efficacy and results compared with laparoscopic transperitoneal radical prostatectomy, while providing the ease and safety of a totally extraperitoneal approach, completely avoiding intraperitoneal complications.

V 04

LAPAROSCOPIC PELVIC LYMPH NODE DISSECTION: TIPS AND TRICKS

Gil Falcão¹; Vanessa Andrade¹; Mariana Medeiros¹; Thiago Guimarães¹; Rui Bernardino¹; Francisco Fernandes¹; Cabrita Carneiro¹; Renaud Bollens²; Luís Campos Pinheiro¹

¹Urology Department, Centro Hospitalar de Lisboa Central;

²Urology Department, Centre Hospitalier Hornu, Belgium

Introduction: Pelvic lymph node dissection (PLND) is the most accurate and reliable staging procedure for detecting lymph node invasion (LNI) in prostate cancer.

It may be possible to refrain from performing PLND on low-risk patients with a prostate-specific antigen value < 10 ng/ml and a biopsy Gleason score ≤ 6, but the risk of biopsy-related understaging should be kept in mind.

There is a risk for injury to the obturator nerves and vessels, the formation of lymphocele, and chronic genital edema. The morbidity associated with pelvic lymphadenectomy and the potential inconvenience associated with treating such morbidity also would be factored into the decision.

The therapeutic role of PLND in prostate cancer patients is still an open question, especially in individuals with low-risk disease. Patients with intermediate- to high-risk disease are more likely to benefit from ePLND (extended).

Objectives: Our main goal was to show how to perform a Laparoscopic PLND in a patient

who underwent transperitoneal radical prostatectomy, without complications.

Material/Methods: We present a 67 years old male patient with prostate cancer G7 (7+4), PSA 15, cT1c N0 M0 who underwent transperitoneal laparoscopic radical prostatectomy with PLND.

The most commonly used template for PLND in prostate cancer includes the removal of tissue along the external iliac vein and in the obturator fossa and is considered limited PLND (IPLND). The boundaries of the obturator fossa are the bladder (medially), the external iliac vein (laterally), the node of Cloquet (inferiorly), the bifurcation of the common iliac (superiorly), and the obturator nerve (posteriorly); these are collectively known as the external iliac nodes.

Standard PLND (sPLND) includes LNs in the obturator fossa and LNs deep and proximal to the obturator nerve (the obturator nodes), whereas extended PLND (ePLND) also generally includes the tissue along the internal iliac vessels posteriorly (the internal iliac nodes)

Results: All the 25 lymph nodes removed were negative. Perioperative morbidity was low, discharge on the second day and short-term oncological and functional results are favorable. No complications so far.

Discussion/Conclusions: Complications of PLND range from 2-51% and include lymphocele (most common), deep vein thrombosis, hematoma, pulmonary edema, ureteral injury, and obturator nerve injury.

To avoid PLND-associated morbidity, the following suggestions have been made: (1) instead of using clips, which are often torn away during subsequent surgery, all lymphatics coming from the lower limb should be ligated; (2) all lymphatics lateral to the external artery should be saved; and (3) two drains should be placed on each side of the pelvis that are not removed until the total volume of secretion is

< 50 ml per day. In addition, injection of low molecular weight heparin into the arm and not the lower limb may help to reduce the incidence of lymphocele formation

Clearly, pelvic lymphadenectomy can provide important staging information in the management of prostate cancer, but this benefit is counterbalanced by a modest increase in morbidity and the significant cost of the procedure.

V 05

REANASTOMOSE VESICoureTRAL LAPAROSCÓPICA APÓS PROSTATECTOMIA RADICAL ABERTA

Rui Bernardino; Reunaud Bollens; Hugo Pinheiro;
Luís Severo; Campos Pinheiro
Centro Hospitalar de Lisboa Central

Introdução: A estenose da anastomose vesico uretral pós prostatectomia radical continua a ser um problema desafiante tanto para os pacientes, como para os urologistas. A prostatectomia retropúbica radical causa estenose da anastomose em cerca de 0.5 a 30% dos pacientes operados.

Objectivos: Apresentação de um video na qual é efectuada a correcção via laparoscópica de estenose de anastomose vesicouretral pós prostatectomia radical por via retropúbica.

Materiais e métodos: A cirurgia foi realizada segundo a seguinte ordem cronológica

- 1) O doente foi posicionado em decubito dorsal com abdução dos membros inferiores e em trendelenbourg.
- 2) Foi criado pneumoperitoneu com agulha de Veress.
- 3) Foram colocadas 4 portas (1 de 10 mm supraumbilical, 1 de 10 mm medial a espinha iliaca anterosuperior esquerda, 1 de 5 mm medial a espinha anterosuperior direita, 1 de 5 mm no meio das duas à direita).
- 4) Foi feita uma incisão no peritoneu a nível do ligamento umbilical junto ao umbigo e um

plano entre a gordura prevesical e a parede abdominal anterior é criado - Espaço de Retzius

5) A dissecação foi continuada a nível caudal, e ao alcançar o nível da uretra e respectiva anastomose vesicouretral, abriu-se a uretra, introduziu-se um beniqué e foi realizada a reanastomose vesicouretral com pontos contínuos.

Discussão e conclusões: Este caso é ilustrativo de que apesar da cirurgia minimamente invasiva ser uma técnica difícil nestes casos, constitui uma opção para tratamento de estenose da anastomose vesico uretral pós prostatectomia radical, mesmo em casos de prostatectomia radical aberta por via retropúbica.

V 06

TÉCNICA DE BIÓPSIA PROSTÁTICA POR FUSÃO DE IMAGEM RM/ECOTR

João Magalhães Pina; Francisco Fernandes;
Gil Falcão; Luís Campos Pinheiro
Hospital de São José, Centro Hospitalar de Lisboa Central

Introdução: A biópsia prostática convencional apresenta uma taxa de falsos-negativos para a detecção de Carcinoma da Próstata (CaP) elevada (até 47% dos casos).

Objectivos: Apresentar uma técnica de biópsia prostática guiada por fusão de imagem entre Ressonância Magnética (RM) e Ecografia Prostática Transrectal (RM-EcoTR), em doentes com suspeita clínica persistente de CaP.

Material e métodos: O procedimento inicia-se com a delineação da próstata e das lesões suspeitas na RM, de forma a criar um modelo volumétrico tridimensional de RM. Este passo pode ser realizado previamente à sessão de biópsia.

A biópsia inicia-se com o posicionamento do doente em posição de litotomia. Após desinfeção do períneo, é colocado o stepper linear, com a sonda biplanar trans-rectal do ecógrafo. Realiza-se ecografia prostática e aquisição

sequencial de toda a próstata, criando um modelo tridimensional de ecografia. O passo seguinte consiste em sobrepor ambos os modelos volumétricos (da RM e da ecografia) criando um modelo final de fusão. Após sincronização entre o *stepper* e o *software*, é possível navegar com a ecografia, em tempo real, no modelo originado pela RM, onde se encontram as lesões suspeitas. Deste modo, basta seleccionar a coordenada correspondente ao local a biopsar, introduzir a pistola nessa mesma coordenada na grelha do *stepper* e efectuar o disparo, guiando a sua trajectória no *software* de fusão. É feita a marcação da biópsia e colheita de outros fragmentos seguindo a mesma lógica.

Conclusão: Doentes com suspeita clínica elevada de CaP, beneficiam da realização de biópsia dirigida guiada por fusão RM-EcoTR. Principalmente se a lesão se encontrar em locais raramente abrangidos pela técnica convencional.

V 07

LINFADENECTOMIA DE SALVAÇÃO POR VIA LAPAROSCÓPICA EM 2 DOENTES COM RECORRÊNCIA GANGLIONAR DE CÂNCRO DA PRÓSTATA IDENTIFICADA POR PET/CT 68GA-PSMA

Carlos Ferreira^{1,2}; Diogo Pereira¹; Raquel Catarino¹; Tiago Correia^{1,2}; André Cardoso^{1,2};

Frederico Carmo Reis^{1,2}; Manuel Cerqueira^{1,2};

José Manuel Oliveira³; Ana Ribeiro⁴; Rui Prisco^{1,2,5}

¹Unidade Local de Saúde de Matosinhos;

²Hospital Cuf Porto;

³Departamento de Medicina Nuclear – Lenitudes Medica Center & Research;

⁴Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto;

⁵Coordenador de Urologia Hospital Cuf Porto

Introdução: A abordagem aos doentes com recidiva bioquímica (RB) após o tratamento definitivo do cancro da próstata permanece controverso. As novas técnicas de tomografia com emissão de positrões (PET) com fusão

de imagem com tomografia computadorizada (CT), em particular, o PET/CT marcado com 68Ga-*Prostate Specific Membrane Antigen* (68Ga-PSMA), podem eventualmente melhorar o reestadiamento ganglionar permitindo detectar metástases ganglionares de menores dimensões para níveis de PSA mais baixos, potencialmente ressecáveis.

Objectivo: O nosso objectivo é tentar demonstrar em vídeo a viabilidade cirúrgica por via laparoscópica da linfadenectomia de salvação em 2 doentes com RB de cancro da próstata submetidos previamente a um PET/CT marcado com 68Ga-PSMA que identificou recorrência ganglionar pélvica exclusiva.

Métodos: No primeiro caso, tratou-se de um doente com 75 anos com antecedentes de prostatectomia radical e linfadenectomia, em falência bioquímica cujo PET/CT 68Ga-PSMA identificou uma recorrência em gânglio único na cadeia ilíaca externa direita. Foi submetido a linfadenectomia ileobturadora bilateral. No segundo caso, tratou-se de um doente com 68 anos com história de braquiterapia prostática e em recidiva bioquímica cujo PET/CT 68Ga-PSMA identificou dois focos com avidéz ligeira a moderada, em gânglio linfático da cadeia ilíaca externa direita e na região prostática. Foi submetido a prostatectomia radical e linfadenectomia ileobturadora bilateral.

Resultados: Nenhum doente apresentou complicações no intra e pós-operatório. O estudo anatomo-patológico do primeiro caso revelou a presença de um gânglio ocupado por adenocarcinoma, de padrão acinar, papilar e com células isoladas. Foram isolados mais gânglios que se mostraram negativos para malignidade. A anatomia patológica do 2º doente revelou adenocarcinoma acinar prostático mas, diferente dos achados no PET/CT 68Ga-PSMA onde se identificava apenas um gânglio suspeito, identificou-se metastização ganglionar em 4 gânglios de 7 removidos à direita.

Discussão: A linfadenectomia de salvação por via laparoscópica parece ser segura e possível tal como pretendemos demonstrar com este vídeo. Os novos métodos de imagem como o PET/CT 68Ga-PSMA parecem detectar com maior precisão as regiões anatómicas e as cadeias ganglionares afectadas por tecido metastático, sendo, contudo, necessário ter em conta que nem sempre reflectem a verdadeira dimensão da metastização ganglionar tal como aconteceu no 2º caso daí a necessidade de realizar linfadenectomias ileobturatoras bilaterais alargadas e não apenas dirigidas.

V 08

EXTRAPERITONEAL LAPAROSCOPIC RADICAL PROSTATECTOMY – ACCESS AND TROCAR PLACEMENT

Nuno Ramos; Vanessa Metrogos; Renaud Bollens
Hospital Garcia de Orta;
Groupe Hospitalier de L'Institut Catholique, Lille

Introdução: A prostatectomia radical é o tratamento padrão para a abordagem do carcinoma de próstata localizado. A procura crescente de técnicas minimamente invasivas levou ao desenvolvimento da abordagem laparoscópica para esta cirurgia. Em 1998, Guillonnet e Vallencien descreveram a primeira grande série de prostatectomia radical laparoscópica transperitoneal, concluindo que, apesar da curva de aprendizagem, este procedimento estava associado a menor perda sanguínea e redução do tempo de internamento. Desde então, foram realizadas múltiplas alterações em relação à técnica original, com descrição da via extraperitoneal. Esta apresenta diversas vantagens, nomeadamente a não invasão da cavidade peritoneal, evitando assim lesão visceral, drenagem intra-abdominal e associado a menor íleos. Apesar destas vantagens, a criação do acesso e a introdução dos trocartes é de maior complexidade.

Objetivos: Descrever o acesso e a introdução

de trocartes na prostatectomia radical laparoscópica extraperitoneal.

Material e métodos: Revisão da abordagem laparoscópica na prostatectomia radical por via extraperitoneal.

Resultados: Os autores descrevem no vídeo os vários passos na criação do acesso extraperitoneal da prostatectomia radical laparoscópica assim como, a colocação dos trocartes, os *tips and tricks* e *pitfalls* associados.

Discussão: Apesar da longa curva de aprendizagem, a prostatectomia radical laparoscópica extraperitoneal é exequível, com os benefícios de uma abordagem minimamente invasiva e resultados sobreponíveis à cirurgia aberta.

0 Simpósio de Urologia Oncológica Cancro da Próstata – Presente e Futuro

12 e 13 de janeiro 2018
Hotel Tryp, Costa da Caparica

Patrocínios Científicos / Scientific Sponsors



Associação
Portuguesa
de Urologia

Grupo Português
Génito - Urinário



Patrocínios / Sponsors



A. MENARINI PORTUGAL

abex
EXCELENCIA
ROBÓTICA



SHT
Soluções Tecnológicas Hospitalares

BAIRD

EKROR

IPSEN
Innovation for patient care



JABA RECORDATI
GROUP

janssen Oncology
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson



Palex
LusoPalex Lda

Organização e Secretariado / Organization and Secretariat

admedic⁺

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

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