

XI CONGRESSO APNUG

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE NEUROUROLOGIA
E UROGINECOLOGIA

03 e 04 · MARÇO · 2017
SHERATON PORTO HOTEL

INCONTINÊNCIAS E PAVIMENTO PÉLVICO
COMPLICAÇÕES

IATROGENIAS

ÉTICA E JURISPRUDÊNCIA

SEQUELAS SOCIAIS E SEXUAIS

INTERAÇÕES PSÍQUICAS

PROGRAMA CIENTÍFICO



CONSULTAR VERSÃO
DIGITAL DO PROGRAMA

XI CONGRESSO APNUG

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE NEUROUROLOGIA
E UROGINECOLOGIA

O congresso APNUG 2017 é dedicado às múltiplas complicações das doenças pélvicas e dos seus tratamentos. A sua actualidade advém dos sinais dos tempos.

As patologias do pavimento pélvico originam perturbações da qualidade de vida para lá dos defeitos anatómicos e funcionais.

As resultantes disfunções da esfera sexual, psíquica e da vida de relação podem ainda vir a ser agravadas pelos resultados das terapêuticas, médicas e cirúrgicas.

Tentaremos, agora, este olhar diverso e multidisciplinar sobre problemas antigos e já de longo debate.

Optámos pela organização de sessões de perguntas a peritos, debates moderados por especialistas e conferências sobre os temas mais abordados nos diferentes fóruns internacionais.

Entendemos que as sociedades científicas não devem fugir ao confronto com tendências terapêuticas de deontologia polémica, ética controversa.

Reforçamos a necessidade de envolver a medicina geral e familiar, parceira da primeira linha na abordagem destas doenças.

Esperamos que cada sessão se revista de interesse para os distintos valores que compõem a Associação Portuguesa de Neuro-Urologia e Uroginecologia (APNUG) marcando o ecletismo como sua imagem de sempre.



Luís Abranches Monteiro

Presidente da Comissão Organizadora do Congresso

PRESIDENTE DO CONGRESSO

Luís Abranches Monteiro

COMISSÃO ORGANIZADORA

Luís Abranches Monteiro

Bercina Candoso

Miguel Ramos

Francisco Cruz

Teresa Mascarenhas

Maria João Andrade

COMISSÃO CIENTÍFICA

Liana Negrão

Rui Pinto

Cardoso de Oliveira

Ana Formiga

Maria da Paz Carvalho

PALESTRANTES

Alexandre Lourenço ■ Amália Martins ■ Ana Formiga ■ Ana Margarida Regalado ■ Ana Trêpa ■
Avelino Fraga ■ Bercina Candoso ■ Cardoso de Oliveira ■ Carla Rito ■ Carlos Silva ■
David Castro Diaz ■ Filipa Faria ■ Frederico Carmo Reis ■ Geraldina Castro ■ Hélder Ferreira ■
Isabel Pereira ■ Joana Gomes ■ João Marcelino ■ João Pimentel ■ Liana Negrão ■
Luís Abranches Monteiro ■ Madalena Serra ■ Manuela Mira Coelho ■ Marcília Teixeira ■
Maria da Paz Carvalho ■ Maria João Andrade ■ Miguel Mascarenhas Saraiva ■ Miguel Ramos ■
Paulo Príncipe ■ Paulo Temido ■ Paulo Vale ■ Pedro Nunes ■ Pedro Vieira Baptista ■ Rui Pinto ■
Serena Girardelli ■ Susana Moreira ■ Teresa Fraga ■ Teresa Mascarenhas ■ Tiago Lopes ■
Vanessa Vilas-Boas ■ Vaz Rodrigues ■ Vera Pires da Silva

6ª FEIRA | 3 DE MARÇO

08:00 Abertura do Secretariado

09:00-11:00 **Workshop: Dor pélvica crónica**

Coordenação: *Maria João Andrade e Ana Margarida Regalado*

- **Urológica**

Rui Pinto

- **Ginecológica**

Marcília Teixeira

- **Coloproctológica**

Miguel Mascarenhas Saraiva

- **Neuropática e osteoarticular**

Ana Trêpa

- **Miofascial**

Maria João Andrade

- **Discussão**

11:00-11:30 Café

11:30-13:30 **Workshop: Urodinâmica aplicada: “Erros em urodinâmica”**

Coordenação: *Geraldina Castro, Joana Gomes e Vanessa Vilas-Boas*

- **Padronização APNUG das boas práticas urodinâmicas e elaboração de relatórios – Limitação do erro**

Vanessa Vilas-Boas

- **Armadilhas no diagnóstico urodinâmico da incontinência urinária de esforço**

Joana Gomes

- **Erros de interpretação e diagnóstico na cistometria de enchimento – Consequências clínicas**

Geraldina Castro

- **Erros de interpretação e diagnóstico nas curvas de pressão-fluxo – Consequências clínicas**

Luís Abranches Monteiro

- **Debate e conclusões**

15:00-15:15 **Sessão de Abertura**

15:15-16:20 **Mesa-Redonda**

Lesões neurológicas após cirurgia pélvica

Moderadores: *Carlos Silva e João Pimentel*

- **Neuroanatomia pélvica**

Hélder Ferreira

- **Lesões neurológicas na cirurgia colo-rectal**

Ana Formiga

- **Lesões neurológicas na cistectomia e prostatectomia radical**

Paulo Temido

- **Reabilitação das neuropatias pélvicas**

Manuela Mira Coelho

- 16:20-16:40 **Conferência**
SINUG – Estado da Arte – Bexiga hipoactiva
Presidente: *Avelino Fraga*
Palestrante: *David Castro Diaz*
- 16:40-17:00 Café
- 17:00-18:00 **Mesa-Redonda**
Complicações da cirurgia da incontinência urinária feminina – As respostas dos peritos
Moderadores: *Miguel Ramos e Isabel Pereira*
• **Recidiva da incontinência urinária de esforço**
Bercina Cadoso
• **A disfunção miccional pós-operatória**
João Marcelino
- 18:00-19:00 Assembleia Geral

SÁBADO | 4 DE MARÇO

- 08:00 Abertura do Secretariado
- 09:00-10:00 **Apresentações orais – C 01-C 06**
Coordenação: *Frederico Carmo Reis e Amália Martins*
- 10:00-10:50 **Mesa-Redonda**
Bexiga hiperactiva
Moderadores: *Manuela Mira Coelho e Frederico Carmo Reis*
• **Os desafios na bexiga hiperactiva – Qual a sua importância?**
Geraldina Castro
• **Abordagem em Medicina Geral e Familiar**
Vera Pires da Silva
- 10:50-11:20 Café
- 11:20-12:20 **Mesa-Redonda**
Complicações/desafios em neurourologia
Moderadores: *Paulo Vale e Filipa Faria*
• **Disreflexia autonómica**
Carla Rito
• **Seguimento do lesionado vertebro-medular**
Maria da Paz Carvalho
• **Uropatia da esclerose múltipla**
Tiago Lopes

12:20-13:10 **Mesa-Redonda**

Outras complicações da cirurgia pélvica

Moderadores: *Cardoso de Oliveira e Liana Negrão*

• **A disfunção sexual e psíquica**

Madalena Serra

• **Deontologia e jurisprudência**

Vaz Rodrigues

13:10-15:00 Almoço

15:00-16:30 **Reabilitação vulvo-vaginal**

Moderadoras: *Teresa Mascarenhas e Joana Gomes*

Conferência EUGA

Vulvo-vaginal rejuvenation – What, when and by whom?

Serena Girardelli

Mesa-Redonda

• **Laser na atrofia vaginal e disfunções do pavimento pélvico**

Teresa Fraga

• **Ginecologia cosmética – Desafios éticos**

Pedro Vieira Baptista

• **Reabilitação vulvo-vaginal**

Susana Moreira

16:30-16:45 Café

16:45-18:00 **Apresentações orais – C 07-C 14**

Coordenação: *Vanessa Vilas-Boas e Pedro Nunes*

18:00-18:30 **Conferência a dois**

Como ensinamos a incontinência urinária durante o século XX

Moderador: *Paulo Príncipe*

Palestrantes: *Alexandre Lourenço e Luís Abranches Monteiro*

18:30-19:00 **Entrega de prémios**
Anúncio dos próximos eventos APNUG
Encerramento do Congresso

XI CONGRESSO APNUG

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE NEUROUROLOGIA
E UROGINECOLOGIA

CARTAZES

APRESENTAÇÃO EM SALA

SÁBADO, 04 DE MARÇO Pág. 8

09.00h às 10.00h

SÁBADO, 04 DE MARÇO Pág. 12

16:45h às 18:00h

CARTAZES SÓ EM EXPOSIÇÃO Pág. 17



SÁBADO, 04 DE MARÇO

09.00h às 10.00h

C 01

ONE STAGE REPAIR URETHROVAGINAL FISTULAS TO AVOID STRESS URINARY INCONTINENCE: A NEW TECHNIQUE

J. Cambroneró¹; L. Díez²; S.R. Monasterio²; J.A. Feltes²; V.M. Carrero²

¹Hospital Universitario Infanta Leonor, Pelvic Floor Unit. Madrid. Spain; ²Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España

Introduction and objectives: A new surgical technique is described to repair in a single time the urethrovaginal fistulas usually secondary to a suburethral sling avoiding a second intervention due to the frequent associated stress urinary incontinence.

Material and methods: We reviewed a serie of 7 patients operated by the author between 2009 and 2016, with an average age of 52.7 years. Previously 2 had a TVT sling, 1 TOT in-out and 4 TOT out-in. The diagnosis was made by physical examination and confirmed with cystoscopy. All patients had preoperative stress incontinence, 5 of them overactive bladder and 2 intermittent urethrovaginal bleeding. In 6 cases a urethroplasty with pediculated flap of vaginal mucosa was performed and in 1 case, termino-terminal urethroplasty. A deepithelized vaginal wall flap was then placed as a protection, and a Remeex adjustable tension sling (Neomedic International) was implanted, which was left without tension and adjusted 2-3 months postoperatively. The mean follow-up was 22.4 months.

Results: In all 7 patients the fistula was repaired with positive outcome and all of them remain continents (dry) after adjustment of the Remeex sling. In 5 cases the patients continue with symptoms of overactive bladder, and in one case it appears “de novo”. All patients have normal uroflow with no significant postvoid residual urine. All are “satisfied” or “very satisfied” in the satisfaction questionnaires.

Conclusions: Urethrovaginal fistula is an uncommon but very serious complication after a suburethral sling. Stress urinary incontinence is the norm after its repair by single urethroplasty for the loss of urethral support, requiring a second surgery. This can be avoided by implanting an adjustable tension sling in the same surgical act and adjusting it subsequently, achieving continence with a single surgery in 100% of cases with high satisfaction results.

C 02

A ECOGRAFIA DO PAVIMENTO PÉLVICO NA AVALIAÇÃO DO CISTOCELO: O QUE ACRESCENTA?

Patrícia Alves; Inês Sá; Ana Castro; Yida Fan; Osvaldo Moutinho

Serviço de Ginecologia/Obstetrícia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: O cistocele é o mais comum dos prolapsos dos órgãos pélvicos (POP) e também aquele que está associado a maior recorrência após correção cirúrgica.

A ecografia do pavimento pélvico (ecoPP) por via introital/transperineal tem nos últimos anos assumido uma maior importância no diagnóstico de patologias uroginecológicas.

Objetivo: Estabelecer uma correlação entre a avaliação do exame físico e os achados na ecoPP, nomeadamente na caracterização dos defeitos paravaginais relacionados com o compartimento anterior (CA).

Métodos: Estudo observacional de 31 mulheres orientadas na Consulta de Uroginecologia com cistocele primário. Após a observação de cistocele e a sua caracterização em defeito central e/ou paravaginal, foram submetidas a ecoPP 2D/3D via introital. Neste avaliou-se as inserções paravaginais do CA, a área do hiato urogenital e a integridade do músculo elevador do ânus (MEA), tanto em repouso como em valsalva.

Resultados: No estudo verificou-se que as mulheres tinham idade média de 64 anos e 80% apresentavam excesso de peso ou obesidade. No exame físico, verificou-se que 83% dos cis-

tocelos tinham defeito central e 77% defeito paravaginal uni ou bilateral. Na ecoPP constatou-se a presença de defeito paravaginal em 81% dos casos, efeito de ballooning em 42% e avulsão do MEA em 52%.

Na avaliação global dos casos, observou-se que em apenas 55% há uma correspondência entre o exame físico e a ecoPP quanto à observação de defeitos paravaginais, e que ecografia foi útil em adicionar ao exame físico mais 35% dos cistocelos com defeito nas inserções paravaginais.

Discussão/Conclusões: Este estudo sugere que os defeitos paravaginais são os mais prevalentes nas apresentações dos cistocelos e a ecoPP é um auxílio importante na sua deteção mais acurada.

Na avaliação do cistocelo, a ecoPP adiciona informações complementares ao exame físico, que mediante o tipo de defeito do pavimento pélvico, permite a seleção da técnica cirúrgica mais adequada à sua correção. Pretende-se com o uso deste exame auxiliar reduzir a taxa de recorrência de cistocelo pós-cirurgia.

C 03

A IMPORTÂNCIA DO ESTUDO URODINÂMICO PRECOZE NA POLINEUROPATIA AMILOIDÓTICA FAMILIAR

André Marques-Pinto; Ana Lopes; Manuel Castanheira de Oliveira; Paulo Príncipe; Avelino Fraga
Serviço de Urologia Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: A polineuropatia amiloidótica familiar (PAF) é uma doença neurodegenerativa que resulta da deposição de amiloide ao nível do sistema nervoso periférico. Nesta população, são frequentes os sintomas urológicos. O tratamento da PAF inclui o fármaco tafamidis, nas fases mais precoces, e transplante de fígado. Contudo, a neuropatia persiste e, por vezes, progride. O estudo urodinâmico (EUD) é capaz de detectar alterações no tracto urinário inferior.

Objetivo: Avaliar os indivíduos com PAF, recorrendo à história clínica e EUD, de forma a detectar distúrbios miccionais.

Material e métodos: Estudo transversal envolvendo indivíduos com diagnóstico de PAF, em tratamento no Centro Hospitalar Universitário do Porto, com recurso a entrevista e EUD realizados entre 2011 e 2016. A análise estatística foi efectuada no STATA®13.1 através de modelos de regressão multivariada.

Resultados: Foram avaliados 57 indivíduos (36,8% mulheres), com $41,0 \pm 7,8$ anos de idade, 12,3% dos quais assintomáticos. Em relação aos sintomas miccionais, presentes em 43 (76,8%) indivíduos, 35 (62,5%) apresentavam queixas de esvaziamento e 8 (14,3%) queixas de armazenamento. Verificou-se menor prevalência de sintomas miccionais (HR 0,67, $p < 0,01$) nos indivíduos tratados com tafamidis (60,7%), mas não se encontrou associação significativa com transplante hepático. No EUD, 32,5% apresentavam hipossensibilidade vesical, 57,1% hipocontractilidade do detrusor e 48,6% resíduos pós-miccionais elevados. Não se encontrou diferenças, estratificando para a sintomatologia e tratamento dirigido.

Discussão/Conclusões: A PAF traduz-se em alterações no EUD, mesmo em indivíduos assintomáticos. O tratamento com tafamidis parece estar associado a menor sintomatologia sem interferir, contudo, nos parâmetros do EUD. Todos os indivíduos com PAF deverão realizar EUD, independentemente dos sintomas e tratamento dirigido, de modo a detectar e tratar precocemente as disfunções miccionais, de modo a diminuir o seu impacto na qualidade de vida futura.

C 04

DISFUNÇÕES MICCIONAIS – O IMPACTO DA NEUROMODULAÇÃO SAGRADA

André Marques-Pinto; Diogo Gil Sousa; Ana Lopes; Manuel Castanheira de Oliveira; Miguel Ramos; Paulo Príncipe; Avelino Fraga
Serviço de Urologia Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: A neuromodulação sagrada (NMS) constitui opção de tratamento nas disfunções miccionais refractárias à terapêutica conserva-

dora, tanto na síndrome de bexiga hiperactiva (SBH), como na retenção urinária crónica não-obstrutiva (RCN), com resultados consistentes. No entanto, escasseiam estudos sobre o seu impacto na qualidade de vida.

Objetivos: Avaliar o impacto da NMS nos sintomas e qualidade de vida, recorrendo ao diário miccional e a questionários aplicados antes e após NMS definitivo Medtronic Interstim II®.

Material e métodos: Estudo prospectivo com avaliação dos indivíduos submetidos a NMS entre 2012 e 2016 no Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto, através de entrevista clínica, antes e após o procedimento, e aplicação de questionários validados para Português: *Short-Form Health Survey 36-item (SF-36)*, *International Index of Erectile Function 15 (IIEF-15)*, em homens, *Female Sexual Function Index (FSFI)*, em mulheres, e escala visual analógica de dor/desconforto (EVA). A análise estatística foi efectuada no STATA® 13.1, com recurso a teste-t para amostras emparelhadas.

Resultados: Neste período, 27 indivíduos (85,2% mulheres), com $50,4 \pm 14,2$ anos, foram submetidos a colocação de NMS, com diagnóstico de RNO em 17 (63,0%) casos, SBH em 7 (25,9%) casos e distúrbio misto em 3 (11,1%). Houve progressão para NMS definitivo em 82,4% dos casos. Registou-se melhoria estatisticamente significativa nos principais itens do diário miccional, estratificando por diagnóstico. No SF-36, verificou-se melhoria de $46,2\% \pm 20,1\%$ para $68,9\% \pm 15,4\%$ ($p < 0,001$) no domínio físico, e de $42,6\% \pm 20,8\%$ para $70,5\% \pm 17,7\%$ ($p < 0,001$) no domínio emocional. Em relação à função sexual, no IIEF15, a média subiu de $8,2 \pm 2,4$ para $10,0 \pm 4,8$ ($p = 0,24$) e, no FSFI, de $11,5 \pm 9,7$ para $16,4 \pm 2,7$ ($p = 0,01$). Por fim, na EVA registou-se uma diminuição de $8,2 \pm 2,0$ para $3,7 \pm 1,8$ ($p < 0,001$).

Discussão/Conclusões: A NMS é eficaz no tratamento de disfunções miccionais refractárias, proporcionando, ainda, melhoria significativa em vários domínios da qualidade de vida destes indivíduos.

C 05

URODINÂMICA NA AVALIAÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA MISTA

Hugo Antunes; Edgar Tavares-da-Silva; Vera Marques; Belmiro Parada; Arnaldo Figueiredo
Serviço de Urologia e Transplantação Renal, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A incontinência urinária mista (IUM) representa cerca de um terço dos casos de incontinência urinária (IU) feminina. Esta é muitas vezes um desafio diagnóstico e terapêutico, dado que os sintomas urinários são variáveis e as linhas de orientação terapêutica não são bem claras. O tratamento é geralmente direccionado para o componente de incontinência predominante, o qual pode variar em função da forma como é determinado – clínica ou urodinamicamente.

Objetivo: Avaliar o papel da urodinâmica no diagnóstico e tratamento da incontinência urinária mista feminina.

Material e métodos: Análise retrospectiva exploratória dos dados clínicos de todas as mulheres que realizaram estudos de pressão-fluxo por incontinência urinária mista, entre dezembro de 2011 e julho de 2016.

Resultados: Foram avaliados 228 estudos de pressão-fluxo, sendo a idade média das mulheres estudadas de 59,7 anos. Quanto ao predomínio clínico, 73 mulheres (32%) tinham queixas predominantemente de esforço, 64 (28,1%) de urgência e as restantes (39,9%) não apresentavam um predomínio claro. As mulheres com clínica predominante de esforço eram mais novas ($p = 0,022$). Nos casos com predomínio de urgência já tinham feito terapêutica com anticolinérgicos ($p = 0,001$). Verificou-se uma relação entre o predomínio clínico e a classificação urodinâmica ($p = 0,016$).

No exame físico destaca-se que não houve relação entre a classificação urodinâmica e a presença de prolapso de órgãos pélvicos ($p = 0,644$) ou a hiper mobilidade da uretra ($p = 0,053$).

As mulheres reclassificadas com incontinência urinária de urgência (IUU) apresentaram capacidades vesicais mais baixas ($p = 0,016$).

Conclusão: Uma boa anamnese e um exame físico cuidadoso são essenciais na avaliação da incontinência urinária. No entanto, quando subsiste alguma dúvida diagnóstica ou nos casos de insucesso da terapêutica conservadora inicial, a urodinâmica pode ser uma ferramenta útil na tomada de decisões.

C 06

AVALIAÇÃO ECOGRÁFICA DO PAVIMENTO PÉLVICO EM DOENTES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Sónia Ramos; Alberto Silva; João Varregoso; Carrasquinho Gomes
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A ecografia do pavimento pélvico permite uma avaliação em tempo real do comportamento do colo vesical (CV) e uretra em doentes com incontinência urinária. O significado da abertura do CV é controverso, embora seja frequentemente associado a incontinência urinária de esforço (IUE).

Objetivos: Analisar dados ecográficos relativos à anatomia e mobilidade do CV e uretra, comparando-os em doentes com IUE ou incontinência urinária mista (IUM).

Material/métodos: Análise retrospectiva das ecografias do pavimento pélvico realizadas na nossa instituição, entre 2012 e 2016, a doentes com diagnóstico clínico de IUE ou IUM. Foi utilizada uma sonda abdominal de 2-5 mHz (GE Ultrasound Voluson 730), colocada na região interlabial da vulva numa orientação sagital. Mediu-se, em repouso e Valsalva, a distância do CV ao ponto mais inferior da sínfise púbica (CV-SP), o ângulo α (entre a linha CV-SP e o eixo central da SP) e o ângulo uretro-vesical posterior b (entre o eixo da uretra e a base da bexiga). Foram analisados os processos clínicos, excluindo-se doentes com cirurgias anti-incontinência prévias ou prolapso dos órgãos pélvicos \geq grau 2 (POP-Q).

Resultados: Foram incluídas 80 doentes: 33 com IUE, 47 com IUM; idade mediana 60 anos. Detetou-se maior prevalência de CV aberto nas

doentes com IUM comparativamente ao grupo com IUE, tanto em repouso (57.5% e 39.4% respetivamente, $p = 0.08$) como em Valsalva (74.5% e 51.5% respetivamente, $p = 0.03$). Nos dois grupos não se objetivou diferença na variação dos ângulos α e β ou da distância CV-SP em Valsalva, comparativamente a repouso (Tabela 1).

Tabela 1 – Resultados

	Total de doentes (n=80)	IUE (n=33)	IUM (n=47)	p
Ângulo α ($^{\circ}$)*				
Repouso (R)	97,2 \pm 25,3	94,5 \pm 23,8	99 \pm 26,6	
Valsalva (V)	122,2 \pm 27,3	122,2 \pm 27,3	123,2 \pm 30	
Variação (V-R)	28,4 \pm 15	28,1 \pm 10,8	28,2 \pm 17,9	0,972
Ângulo β ($^{\circ}$)*				
Repouso (R)	132,1 \pm 17,7	134,9 \pm 15,7	130,3 \pm 18,9	
Valsalva (V)	148,1 \pm 21,1	148,6 \pm 17,1	147,8 \pm 23,8	
Variação (V-R)	20,4 \pm 14	15,7 \pm 8,6	27,3 \pm 15,5	0,197
Distância CV-SP (MM)* β ($^{\circ}$)*				
Repouso (R)	22,6 \pm 6,0	22,9 \pm 4,5	22,6 \pm 6,1	
Valsalva (V)	20,4 \pm 5,5	20,4 \pm 4,2	19,6 \pm 5,1	
Variação (V-R)	-3,8 \pm 5,5	-2,3 \pm 4,5	-3,7 \pm 5,6	0,165
Abertura colo vesical (n^o doentes)				
Repouso	40 (50%)	13 (39,4%)	27 (57,5%)	0,08
Valsalva	52 (65%)	17 (51,5%)	35 (74,5%)	0,03

* Resultados expressos na forma de média \pm desvio padrão

Discussão/Conclusão: A ecografia perineal é uma técnica simples, acessível e não invasiva, com utilidade na avaliação de doentes com IU. Na nossa amostra a abertura do CV em repouso e Valsalva foi mais prevalente em doentes com IUM, podendo estar em concordância com a possível relação entre a entrada de urina na uretra proximal e a estimulação de contrações do detrusor com urgência urinária.



SÁBADO, 04 DE MARÇO

16:45h às 18:00h

C 07

MIRABEGRON NO TRATAMENTO DA BEXIGA HIPERACTIVA NEUROGÉNEA EM DOENTES VERTEBRO- MEDULARES: CARACTERIZAÇÃO DA SUA UTILIZAÇÃO NUM SERVIÇO DE REABILITAÇÃO

Margarida Alves; André Ladeira; Jorge Pimenta; Maria da Paz Carvalho
Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão; Hospital de Santa Maria; Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: As disfunções vesicoesfinterianas nos doentes com lesão medular influenciam a qualidade de vida, associando-se ao aparecimento de complicações do trato urinário inferior e eventual compromisso renal. Estão frequentemente associadas à hiperatividade neurogénica do detrusor (BHN). A terapêutica com anticolinérgicos é o tratamento gold standard. Contudo a adesão à terapêutica é baixa pelos efeitos acessórios. A aplicação de toxina botulínica intravesical é um procedimento urológico minimamente invasivo também possível nestas situações. O *mirabegron*, B-3 agonista é um potencial fármaco para o tratamento da BHN.

Objetivos: Caracterizar os doentes com lesão medular crónica aos quais se iniciou terapêutica com *mirabegron*, para tratamento de hiperactividade neurogénica do detrusor num serviço de internamento de reabilitação.

Resultados: Foram avaliados 20 doentes com lesão medular, maioritariamente com lesão completa. O período médio entre a lesão e a introdução de *mirabegron* foi de 6,1 anos. 60% realizaram terapêutica prévia com anticolinérgicos. Foram realizadas avaliações urodinâmicas pré e pós tratamento com *mirabegron*, verificando-se em 25% dos casos aumento da capacidade vesical mas mantendo-se hiperactividade do detrusor e compliance reduzida. Ve-

rificou-se diminuição das perdas e aumento do período de continência com melhoria do regime miccional em 30% dos casos. 6 doentes ainda se encontram sob terapêutica com *mirabegron*, tendo as razões económicas sido o principal motivo para abandono dos restantes.

Discussão/Conclusão: O *Mirabegron* é o 1º beta-3 agonista introduzido para o tratamento da bexiga hiperactiva idiopática cuja eficácia já demonstrada. No entanto, para a BHN poucos estudos foram realizados. Este estudo pretendeu fazer uma análise dos doentes com BHN aos quais foi iniciada terapêutica com *mirabegron*. A reduzida dimensão da amostra e heterogeneidade das suas características limitam a obtenção de conclusões. Contudo, foi possível observar, na análise global, um aumento da capacidade vesical e diminuição da frequência urinária associada a diminuição de perdas, durante o tratamento com *mirabegron*.

C 08

TRATAMENTO DA ATROFIA VULVOVAGINAL COM LASER CO2 FRACIONADO

Mafalda Martinho Simões; Conceição Telhado; Teresa Fraga
Hospital CUF Descobertas

Introdução: O tratamento da atrofia vulvovaginal (AVV) com Laser CO2 fracionado é um tratamento inovador com resultados promissores segundo estudos muito recentes. Embora a estrogénioterapia tópica seja considerada a terapêutica de primeira linha na AVV na pós menopausa, existe uma significativa percentagem de mulheres que não responde, que não adere ou mesmo que tem contraindicações para os estrogénios. Nestas situações, o Laser CO2 fracionado afigura-se uma excelente alternativa.

Objetivo: Estudar a eficácia do Laser CO2 fracionado no tratamento da AVV.

Material e métodos: Revisão retrospectiva de 27 pacientes tratadas com 2 ou 3 sessões de Laser CO2 fracionado (*Monalisa Touch*, DEKA®) para AVV. Foi realizado um inquérito às pacientes sobre os sintomas de AVV (secura, ardor,

prurido, dispareunia e coitorragias) antes e após o tratamento, tendo sido utilizada uma escala de 0-4. A satisfação global com o tratamento foi classificada com uma escala de 1-5. Foi realizada uma avaliação colposcópica prévia que objectivou a presença de AVV, tendo sido repetida após o tratamento. Os dados foram analisados com o software SPSS® V24.

Resultados: A idade média foi 57.7 ± 4.5 anos e 11% (3 mulheres) tinham antecedentes de cancro da mama.

Observou-se uma melhoria significativa no que diz respeito aos sintomas de AVV em particular na secreção vaginal, ardor vaginal e dispareunia (p value < 0.001).

A satisfação global média foi de 4.0 ± 0.92 . Apenas 1 paciente ficou insatisfeita com o tratamento por vulvodinia persistente.

A colposcopia após o tratamento mostrou ausência de sinais de AVV em todas as mulheres. Não foram registadas complicações e o tratamento foi indolor em todos os casos, sem necessidade de recorrer a anestesia.

Conclusões: A experiência da nossa unidade tem revelado uma elevada eficácia e bom nível de satisfação com o tratamento, contudo a amostra ainda é pequena sendo necessário um estudo prospectivo e observacional de forma a validar a eficácia e a analisar a segurança e durabilidade do efeito terapêutico.

C 09

A INJEÇÃO INTRAVESICAL DE TOXINA BOTULÍNICA-A DIMINUI A CONCENTRAÇÃO URINÁRIA DE ATP EM PACIENTES COM BEXIGA HIPERACTIVA

Miguel Silva-Ramos^{1,2}; Daniel Oliveira-Reis²; Isabel Silva¹; Paulo Correia-de-Sá¹

¹Laboratório de Farmacologia e Neurobiologia, Center for Drug Discovery and Innovative Medicines (MedInUP), Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar (ICBAS), Universidade do Porto; ²Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Porto

Introdução: A injeção intravesical de toxina botulínica-A (TXB-A) é comumente usada no

tratamento de pacientes com bexiga hiperactiva (BH) refractária ao tratamento antimuscarínico. A TXB-A pode afectar as vias sensitivo-motoras do reflexo miccional e reduzir a libertação de ATP de células uroteliais em modelos animais. O ATP tem um papel importante na patofisiologia da BH, estando o ATP urinário elevado em mulheres com BH.

Objetivo: Estudar o impacto da injeção intradetrusor de TXB-A nas concentrações urinárias de ATP e avaliar o possível impacto preditivo deste marcador na resposta terapêutica.

Material e métodos: Avaliadas prospectivamente 20 pacientes (14 mulheres) com BH refractária a antimuscarínicos, antes e 4-8 semanas após injeção intradetrusor de 100 UI de TXB-A em 20 locais da parede vesical. Os pacientes completaram a versão portuguesa do questionário OABq (*overactive bladder questionnaire*). A micção foi realizada aquando do desejo miccional, para um copo esterilizado. Mediu-se o volume urinado, enviadas amostras para cultura de urina e creatinina urinária. As amostras para medição de ATP (ensaio luciferina-luciferase) e de desidrogenase do lactato foram imediatamente criopreservadas a -80°C até serem processadas.

Resultados: A injeção de de TXB-A causou uma melhoria global dos sintomas avaliados nos domínios de qualidade de vida e de incómodo no OABq. Uma mulher foi considerada não-respondedora. A concentração média de ATP urinário diminuiu de 4.73 ± 2.48 nM para 2.82 ± 2.64 nM ($p = 0.044$) após o tratamento ($n = 19$). Os volumes urinados aumentaram nestes pacientes de 180.0 ± 95.1 mL para 275.8 ± 143.3 mL ($p = 0,01$); houve uma redução de ATP por volume urinado, sugerindo que este efeito será devido ao tratamento e não ao volume. Encontrámos uma relação inversa entre a concentração de ATP urinário antes do tratamento e o grau de melhoria no domínio da qualidade de vida ($r = -0.571$, $p = 0,008$).

Discussão/Conclusões: As concentrações urinárias de ATP diminuíram significativamente

após a injeção de TXB-A, o que sugere que parte do efeito clínico da injeção da TXB-A pode ser devido à diminuição da libertação de ATP. Os nossos dados sugerem que um valor pré-tratamento de ATP urinário mais elevado estará relacionado com menor benefício na qualidade de vida após tratamento.

C 10

INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO NOS DOENTES COM LESÃO MEDULAR NO SERVIÇO DE MFR DO HOSPITAL DE BRAGA

Emanuel Lima; Diogo Gomes; Manuela Coelho
Hospital de Braga

Introdução: A infeção urinária é a complicação mais frequente nos doentes com lesão vertebral medular. A exposição frequente a antibióticos aumentam a resistência dos microrganismos condicionando impacto na morbilidade, reabilitação e nos recursos financeiros.

Objetivo: Caracterizar as infeções urinárias ocorridas nos doentes com lesão medular internados no Serviço de MFR do Hospital de Braga.

Material/Métodos: Estudar retrospectivamente 41 doente com lesão medular internados no nosso hospital num período de 20 meses, obtendo dados referentes a: caracterização demográfica, tempo de internamento, etiologia da lesão medular, nível da lesão medular, escala de independência funcional, tipo de manuseamento vesical, avaliação urodinâmica, sinais e sintomas do trato urinário, presença de bacteriúria assintomática, presença de ITU e tipo, microbiologia urinária, antibiótico utilizado e sua duração por patologia.

Resultados: Dos 41 doentes, 78% eram homens, com idade média de 59 anos. Tempo médio de internamento foi 55 dias. 54% com etiologia traumática. 52% com lesão cervical com níveis elevados de dependência. 68% foram desalgaliados com sucesso. 11/41 doentes com hiperactividade do detrusor. O sintoma mais frequente foi a febre em 13/41 doentes. 5 casos de bacteriúria assintomática em que 4 foram medicados com ATB. 83% dos doentes com ITU, destes 73% apresentaram cistite complicada. O

agente mais prevalente na primeira infeção foi a E.Coli (50%). Os antibióticos mais utilizados foram a amoxicilina/ac.clavulânico (24%) e ciprofloxacina (15%). A cistite complicada, pielonefrite, orquiepididimite e a prostatite foram tratadas em média por 8, 11, 18, 21 dias respetivamente.

Conclusões: O nível de lesão medular e a independência funcional traduzem doentes com elevada complexidade. Uma pequena percentagem de doente com bacteriúria foram erradamente tratados. Nos doentes com ITU tratada foram surgindo cepas mais agressivas. Infelizmente ainda se usaram fluoroquinolonas indutoras de resistência. Comparando com a norma da DGS, este Serviço faz sobretratamento às cistites e pielonefrites; e subtratamento à prostatite.

C 11

URINARY FUNCTION AFTER SEX REASSIGNMENT SURGERY

Maria José Freire¹; Paulo Temido¹; Paulo Azinhais¹; Francisco Rolo¹; Luís Sousa¹; Susana Pinheiro²; Sara Ramos²; Lígia Fonseca³; Arnaldo Figueiredo¹

¹Department of Urology and Renal Transplantation, Coimbra University Centre; ²Department of Plastic Surgery and Burn Unit, Coimbra University Centre;

³Department of Psychiatry, Coimbra University Centre

Background: Sex reassignment surgeries (SRS) involve manipulation of the urethra and pelvic floor, being these patients at an increased risk of micturition disorders. In the post-operative period, sexual function is widely studied, but less in known about changes in urinary function.

Aim: To evaluate the urinary function of patients after SRS.

Methods: Retrospective analysis of 18 patients submitted to SRS, of which 7 female-to-male patients (F-M) underwent phalloplasties and 11 male-to-female (M-F) patients performed vaginoplasties, between September 2011 and December 2016, in a large academic centre. Five F-M and 10 M-F patients answered, by telephone, to a questionnaire designed by the authors in order to investigate the impact of surgery on urinary function.

Results: In the F-M group, with a median follow-up of 43.6 months, 1 patient urinates through a suprapubic catheter and 4 through the neophallus, of which all have good urinary stream and sensation of total bladder emptying. None have stress or urge-incontinence, but 2 patients have loss of drops through a urinary fistula and 3 complain about dribbling. All patients had temporary voiding dysfunction due to surgical corrections of fistula of the neourethra. After a median follow-up of 23.5 months, none of the patients in the M-F group have stress or urge-incontinence (1 patient had mixed urinary incontinence only in the first month). All have sensation of completely bladder emptying and good urinary stream (except 1). The most common complaint is anterior diverted stream ($n = 3$) and de novo UTI's ($n = 3$). Overall, 8 M-F and 4 F-M patients are satisfied the way they urinate.

Conclusions: Although most of the patients are satisfied the way they urinate, most of them had some degree of urinary dysfunction. They should be informed before surgery that SRS may cause temporary and/or permanent urinary symptoms that may lead to discomfort.

C 12

TVT-O E TVT-ABBREVO NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO: QUE DIFERENÇAS NO PÓS-OPERATÓRIO?

Tânia Ascensão; Ana Filipa Marques; Maria Geraldina Castro; Maria Conceição Aparício; André Catarino; Liana Negrão

Serviço de Ginecologia B Maternidade Bissaya Barreto (MBB) – CHUC Directora do Serviço de Ginecologia do CHUC: Dra. Fernanda Águas

Introdução: O TVTABBREVO, que utiliza uma rede de polipropileno menor comparativamente ao TVT-O, apresenta taxas de eficácia semelhantes e é sugestiva de menor taxa de complicações e dor pós-operatória.

Objetivos: Comparar as complicações cirúrgicas e desfecho pós-operatórios entre as técnicas TVT-O e TVT-ABBREVO.

Material e métodos: Estudo comparativo re-

trospectivo das 29 ♀ submetidas a TVT-ABBREVO (grupo1) nos anos 2014-2015 e uma amostra de 55 ♀ submetidas a TVT-O no mesmo período (grupo2). Foram analisados dados clínicos, cirúrgicos e *follow-up* até aos 2 anos.

Resultados: Verificou-se uma idade média de $47,0 \pm 7,5$ vs. $51,6 \pm 8,5$ anos nos grupos 1 e 2 ($p = 0,016$). Em 58,6% vs. 56,4% verificou-se IUE pura ($p = 0,842$) e em 41,4% vs. 43,6% incontinência urinária mista ($p = 0,842$), com realização de exame urodinâmico sem diferenças nos parâmetros analisados. Verificou-se em ambos os grupos ausência de complicações cirúrgicas e duração média cirúrgica e de internamento semelhantes. A dor às 24h e retenção urinária ocorreram exclusivamente no grupo 2: 0,0% vs. 1,8% ($p = 1$) e 0,0% vs. 21,8% ($p = 0,006$). Aos 2 meses todas as ♀ apresentavam cura subjectiva e objectiva da IUE, a dor foi referida em 7 casos do grupo 2 (0,0% vs. 12,7%, $p = 0,089$). Verificou-se uma maior ocorrência de drill miccional e IUU de novo no grupo 2 (7,1% vs.14,5%, $p = 0,482$ e 0% vs. 3,2%, $p = 1$). Ao segundo ano de *follow-up* verificou-se cura de IUE em 87,5% vs. 95,7% ($p = 0,330$), sem significância estatística. A dor manteve-se exclusiva do grupo 2 (4,3% vs. 0%, $p = 0,543$), assim como ocorrência de IUU de novo (0,0% vs. 7,7%, $p = 0,524$).

Conclusões: Não se verificaram diferenças significativas entre as técnicas cirúrgicas, relativamente à duração, complicações e cura de IUE, verificando-se maior dor com o TVT-O, concordante com a literatura. Nesta amostra verificou-se maior retenção e IUU de novo no TVT-O. Muitos dos resultados não têm significância estatística, que poderá dever-se ao tamanho da amostra e análise subjectiva da dor. Sugere-se um estudo prospectivo de comparação de técnicas, com avaliação objectiva da dor e aplicação do questionário “qualidade de vida com incontinência urinária”(I-QQL), de modo a verificar se uma técnica poderá ser substituída por outra, com melhores resultados.

DETERMINAÇÃO DAS PROPRIEDADES BIOMECÂNICAS ACTIVAS DO MÚSCULO PUBOVISCERAL DURANTE A CONTRAÇÃO MUSCULAR EM MULHERES INCONTINENTES E MULHERES ASSINTOMÁTICAS

M.E.T. Silva¹; M.P.L. Parente¹; T. Mascarenhas²;
R.M. Natal Jorge¹

¹LAETA, INEGI, Faculdade de Engenharia, Universidade do Porto; ²Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar de São João-EPE, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto

Introdução: A análise biomecânica dos tecidos do pavimento pélvico feminino é importante para entender as diferentes disfunções pélvicas¹, podendo melhorar os resultados clínicos através de uma melhor compreensão do efeito da diminuição da elasticidade – o que por vezes provoca incapacidade em manter a posição normal dos órgãos pélvicos e alterações no fecho do hiato elevador². As disfunções pélvicas podem resultar de alterações nas propriedades biomecânicas das estruturas de suporte que ocorrem devido a fraqueza ou comprometimento dos músculos ou ligamentos, ou alterações na rigidez da fáscia pélvica.

Durante a contração muscular, o movimento anterior da junção anorretal ocorre para fechar o hiato elevador^{3,4}, sendo importante na prevenção da perda involuntária de conteúdo urinário ou retal.

Objetivos: O objetivo do presente trabalho é apresentar valores distintos das propriedades biomecânicas activas do músculo pubovisceral de mulheres com incontinência urinária de esforço e também de mulheres assintomáticas.

Material e métodos: Para determinar as propriedades biomecânicas activas *in vivo* do músculo pubovisceral com incontinência e sem patologia foi usada uma metodologia não invasiva através de modelos computacionais acoplados a imagens de ressonância magnética.

Resultados: As propriedades biomecânicas *in vivo* activas foram significativamente diferentes entre os dois grupos de mulheres. Quando se faz a comparação do músculo pubovisceral

das mulheres incontinentes com o músculo das mulheres assintomáticas, a diferença da componente activa foi aproximadamente 60%.

Discussão e conclusões: O músculo pubovisceral das mulheres incontinentes apresenta uma elasticidade inferior ao das mulheres assintomáticas, sem evidência de diferenças morfológicas entre os dois grupos. Estas diferenças podem ser explicadas pela redução do colagénio tipo III, adicionalmente, a diferença entre os dois grupos também pode estar associada à fraqueza muscular, levando à diminuição da força activa⁵, ou devido ao aumento do número de fibras musculares nas mulheres incontinentes mas com diâmetros relativamente menores quando comparados ao da mulheres assintomáticas⁶.

Desta forma, os modelos computacionais da cavidade pélvica podem oferecer informações importantes sobre a fisiopatologia e também podem representar fenómenos mecânicos como a contração muscular, a manobra de Valsalva e até mesmo o parto vaginal. Adicionalmente, também parecem ser uma ferramenta promissora para determinar as propriedades biomecânicas *in vivo* dos músculos do pavimento pélvico, permitindo comparar mulheres incontinentes com mulheres assintomáticas, podendo contribuir para o aperfeiçoamento dos resultados clínicos.

Referências

- 1 - M. D. Barber, R. E. Bremer, K. B. Thor, P. C. Dolber, T. J. Kuehl, and K. W. Coates, "Innervation of the female levator ani muscles," *Am. J. Obstet. Gynecol.*, vol. 187, no. 1, pp. 64–71, 2002.
- 2 - N. Schwertner-Tiepelmann, R. Thakar, A. H. Sultan, and R. Tunn, "Obstetric levator ani muscle injuries: Current status," *Ultrasound Obstet. Gynecol.*, vol. 39, no. 4, pp. 372–383, 2012.
- 3 - R. R. Sapsford and P. W. Hodges, "Contraction of the pelvic floor muscles during abdominal maneuvers," *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, vol. 82, no. 8, pp. 1081–1088, 2001.
- 4 - F. S. Brandão, M. P. Parente, P. A. Rocha, M. T. Saraiva, I. M. Ramos, and R. M. Natal Jorge, "Modeling the contraction of the pelvic floor muscles.," *Comput Methods Biomech Biomed Engin.*, vol. 8, pp. 1–10, 2015.
- 5 - M. Verelst and G. Leivseth, "Force and Stiffness of the Pelvic Floor as Function of Muscle Length : A Comparison Between Women With and Without Stress Urinary Incontinence," *Neurorol. Urodyn.*, vol. 857, no. September 2006, pp. 852–857, 2007.

6 - L. Zhu, J. H. Lang, J. Chen, and J. Chen, "Morphologic study on levator ani muscle in patients with pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence," *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct.*, vol. 16, no. 5, pp. 401–404, 2005.

C 14

ENDOMETRIOSE DA BEXIGA: DESFECHOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS APÓS CIRURGIA LAPAROSCÓPICA

Daniela Reis Gonçalves; Ana Galvão; Marta Moreira; António Braga; Alexandre Morgado; Hélder Ferreira
Centro Materno-Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: A endometriose do trato urinário (ETU) é rara, sendo a bexiga o local mais afetado (85%). A endometriose da bexiga (EB) pode associar-se a sintomas inespecíficos dificultando o diagnóstico. O tratamento definitivo é cirúrgico.

Objetivos: Analisar mulheres com EB submetidas a tratamento cirúrgico e avaliar os desfechos clínicos e cirúrgicos.

Material e métodos: Estudo retrospectivo entre janeiro 2012 e novembro 2016. Incluídas 10 doentes submetidas a tratamento cirúrgico da EB. Analisados antecedentes pessoais e dados demográficos, pré, intra e pós-operatórios.

Resultados e discussão: 289 mulheres foram submetidas a tratamento cirúrgico por endometriose durante o período de estudo. 7% responderam a casos de ETU, registando-se 10 casos de EB e 9 do ureter.

A idade média das mulheres com EB submetidas a cirurgia foi 37 anos. 40% apresentavam antecedentes cirúrgicos relacionados com endometriose. Os sintomas mais frequentes foram disúria e dismenorria, presentes em 100% dos casos, com intensidade média de 7,2 e 8,7, respetivamente, numa escala de dor de 0 a 10. 2 doentes foram submetidas a shaving do nódulo e 8 a cistectomia parcial. Em 70% dos casos foram removidos simultaneamente outros nódulos de endometriose pélvicos. Todas as cirurgias foram realizadas por via laparoscópica. Registou-se apenas uma complicação intraoperatória menor, resolvida sem intercorrências. Não se

registaram complicações pós-operatórias nem reintervenções cirúrgicas.

Após a cirurgia verificou-se melhoria da sintomatologia, com uma redução da prevalência de disúria de 100% para 3% ($p < 0,01$) e uma diminuição da intensidade média da dor de 7,2 para 6,3. Dos 6 casos de infertilidade, após a cirurgia 2 obtiveram uma gravidez clínica mas apenas 1 com sucesso. A taxa de recorrência foi 1%.

Conclusões: A cirurgia laparoscópica, em casos de EB, parece melhorar a sintomatologia e consequentemente a qualidade de vida destas mulheres, com baixas taxas de complicações intra e pós-operatórias e de recorrência.



CARTAZES PARA EXPOSIÇÃO

C 15

URODINÂMICA NA ESCLEROSE MÚLTIPLA: IMPLICAÇÕES NA ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Jorge Pimenta; André Ladeira; Daniela Pinto; Anabela Ferreira; Maria da Paz Carvalho; Filipa Faria
Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

Introdução: A disfunção vesico-esfinteriana (DVE) é causa significativa de morbilidade e de diminuição da qualidade de vida na esclerose múltipla (EM), sendo a avaliação urodinâmica o gold standard na caracterização desta disfunção, permitindo a escolha adequada de opções terapêuticas.

Objetivos: Caracterizar em termos clínicos e urodinâmicos a DVE dos doentes com EM observados em Unidade de Urodinâmica e analisar as opções terapêuticas aconselhadas.

Material e métodos: Estudo descritivo e retrospectivo da população de doentes com EM que realizaram Estudo Urodinâmico (EUD) na Unidade de Urodinâmica de um Serviço de Reabilitação, entre 2006 e 2016. Desta amostra de 71 doentes foi retirada uma cohort de 41 doentes que não apresentavam medicação para a DVE.

Foram considerados os seguintes parâmetros urodinâmicos: Hiperactividade do detrusor (HD), dissinergia vesico-esfincteriana (DVE), compliance, capacidade vesical, pressões na fase miccional e volume residual pós-miccional. Foram recolhidos dados respeitantes à medicação instituída bem como o regime miccional recomendado após o EUD.

Resultados: Amostra com 27 mulheres e 14 homens, média de 50 anos, diagnóstico em média há 17 anos e maioritariamente (35/85,4%) com sintomas irritativos. Na caracterização urodinâmica verificou-se: HD em 26 (63,4%), HD com DVE em 12 (29,3%), baixa compliance em 29 (70%) e capacidade vesical diminuída em 16 (39%) dos doentes.

Foi iniciada terapêutica antimuscarínica e/ou alfa-bloqueante e/ou agonista-beta em 26 (63,4%) doentes e em 7 (14,1%) o regime instituído envolveu também a instituição de cateterizações intermitentes, sendo que em 33 (80,4%) mantiveram-se as micções por sensação com urgência.

Discussão/Conclusões: Os achados demográficos e clínicos encontrados nos doentes com EM que realizaram EUD estão de acordo com a maioria dos dados disponíveis na literatura. Apesar da grande prevalência de DVE muitas vezes não é fácil implementar a reeducação vesical com terapêutica que garanta a máxima segurança e prevenção de complicações nefro-urológicas.

C 16

DIVERTÍCULO DA URETRA FEMININA: EXPERIÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

Nuno Barbosa; Paulo Príncipe; Avelino Fraga
Centro Hospitalar do Porto

Introdução: O divertículo da uretra feminina é uma patologia pouco frequente, com uma incidência que apesar de baixa tem vindo a aumentar ao longo dos anos. Pode ocorrer em qualquer idade, sendo contudo mais frequente entre as 3ª e 5ª décadas de vida. A sua etiologia ainda

é controversa, com várias hipóteses possíveis. O seu diagnóstico é por vezes difícil e o seu tratamento eminentemente cirúrgico.

Objetivos: Apresentar os resultados de uma análise retrospectiva das doentes submetidas a cirurgia no Centro Hospitalar do Porto num período de 8 anos (2009-2017).

Material e métodos: Foram revistos os processos físicos/informatizados de todas as doentes com o diagnóstico de “divertículo da uretra” no período indicado.

Resultados: Na série descrita houve apenas uma recidiva. Não foram assim encontradas outras complicações, a curto e longo prazo no pós-operatório.

Discussão/Conclusões: A cirurgia foi eficaz na grande maioria das doentes, que evidenciaram um elevado grau de satisfação com o procedimento realizado.

C 17

URODINÂMICA NA PERSISTÊNCIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA APÓS COLOCAÇÃO DE SLINGS SUBURETRAIS

Hugo Antunes; Edgar Tavares-da-Silva; Vera Marques; Belmiro Parada; Arnaldo Figueiredo
Serviço de Urologia e Transplantação Renal, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A colocação de fitas suburetrais para o tratamento da incontinência urinária de esforço (IUE) é um procedimento seguro e com elevadas taxas de cura. No entanto, após o procedimento, algumas doentes mantêm queixas de incontinência. O estudo urodinâmico está indicado nestas situações, bem como na avaliação de queixas do tracto urinário baixo que surgiram após o procedimento.

Objetivos: Avaliar a importância dos estudos de pressão-fluxo na caracterização e diagnóstico da incontinência urinária após cirurgia com colocação de fita suburetral no tratamento da incontinência urinária de esforço feminina.

Métodos: Análise retrospectiva descritiva dos dados clínicos de todas as mulheres que realizaram estudos de pressão-fluxo por persistên-

cia de incontinência urinária após colocação de fita suburetral, entre dezembro de 2011 e julho de 2016.

Resultados: foram incluídas no estudo 70 mulheres, com idade média de 60,4 (38-84) anos. A queixa clínica predominante foi a de incontinência urinária de urgência (IUU) (40%). Vinte e sete mulheres (38,6%) apresentavam queixas clínicas de incontinência urinária mista (IUM) e quinze (21,4%) tinham queixas compatíveis com IUE. No exame físico, salienta-se a ausência de hiper mobilidade da uretra em 83,3% das mulheres e a ausência de prolapso de órgãos pélvicos em 72,5% dos casos. Na análise urodinâmica, o diagnóstico mais comum foi a IUU (35,7%), seguida de IUE (18,6%) e IUM (5,7%). Em 40% dos casos os estudos não apresentaram qualquer alteração urodinâmica, sendo que, na sua maioria, correspondiam a mulheres com queixas clínicas de urgência. Relativamente ao padrão de esvaziamento urinário, 85% das mulheres não apresentavam obstrução.

Conclusão: Os estudos de pressão-fluxo representam uma importante ferramenta na avaliação da incontinência urinária pós cirurgia de correcção da IUE, permitindo avaliar a presença de hiperactividade vesical, obstrução urinária, ou alterações da sensibilidade e capacidade vesical, que são parâmetros fundamentais na decisão terapêutica.

C 18

O IMPACTO DA NEUROMODULAÇÃO SAGRADA NA FUNÇÃO SEXUAL FEMININA

Pedro Simões de Oliveira; Tiago Ribeiro de Oliveira; Ricardo Pereira e Silva; David Martinho; José Palma Reis; Tomé Lopes
Hospital de Santa Maria, Departamento de Urologia, Lisboa, Portugal

Introdução: A neuromodulação sagrada (NMS) estabeleceu-se como uma opção terapêutica no tratamento da bexiga hiperativa refratária, síndrome de urgência-frequência, retenção urinária não obstrutiva crónica e incontinência fecal. Além disso, benefícios adicionais têm sido

reportados no tratamento da dor pélvica crónica e disfunção sexual.

Objetivos: O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da NMS na função sexual de mulheres submetidas à colocação de um neuromodulador sagrado.

Material e métodos: Foi realizado estudo retrospectivo de todas as mulheres submetidas a colocação de neuromodulador sagrado, num único centro, entre maio de 2012 e agosto de 2016. A função sexual foi avaliada em todas as mulheres sexualmente ativas, previamente à colocação do neuromodulador sagrado e pós-operatoriamente. Para avaliação da função sexual foi usado o questionário validado *Female Sexual Function Index* (FSFI).

Resultados: Das 31 doentes submetidas a NMS fase-1, 24 apresentaram resposta favorável tendo sido submetidas a NMS fase-2. Nove doentes foram excluídas do estudo por não apresentarem vida sexual ativa. Quinze doentes foram incluídas com uma mediana de idade de 41 anos (28-74), 7 doentes < 40 anos (A) (46.7%) e 8 doentes > 40 A (53.3%). Tendo em conta o diagnóstico funcional, 7 doentes (46.7%) tinham retenção urinária crónica não obstrutiva (RU), três doentes (20%) bexiga hiperativa refratária (BHA), 4 doentes (26.7%) hiperatividade do detrusor com hipcontratilidade (RU+BHA) e uma doente (6.7%) dissinergismo vesico-esfinteriano.

A mediana do FSFI total pré-NMS foi 24.1 (Q1 = 20.3 ; Q3 = 30.2), a mediana do FSFI total pós- NMS foi 26.3 (Q1 = 23.5 ; Q3 = 30.4), com 5 doentes (33.3%) apresentando melhoria após NMS. No que diz respeito aos domínios específicos do FSFI, duas doentes (13.3%) apresentaram melhoria no Desejo após NMS, 3 doentes (20%) na Excitação, 5 doentes (33.3%) na Lubrificação ($p = 0.04$), 4 doentes (26.7%) no Orgasmo, 3 doentes (20%) na Satisfação, e 3 doentes (20%) na Dor. Não foi encontrada qualquer relação entre FSFI e idade no momento de NMS bem como com o resíduo pós-miccional (RPM) pré NMS. Doentes com RU apresentaram 14.3%

de melhoria no FSFI total, RU+BHA, 75% e DVE, 100% ($p = 0.05$). Esta associação foi mais evidente nos domínios de Excitação ($p = 0.03$), Lubrificação ($p = 0.05$) e Satisfação ($p = 0.03$).

Discussão/Conclusões: Apesar de a disfunção sexual não constituir atualmente uma indicação formal para a NMS, a maioria das doentes apresentadas na nossa série, mostraram algum grau de melhoria. O mecanismo responsável por esta melhoria não é conhecido, mas a estimulação parassimpática a nível das raízes sagradas S2-S4 poderá estar envolvida uma vez que é responsável pelas manifestações locais do ciclo sexual como ingurgitação da genitália e lubrificação.

Seja pela melhoria indireta na qualidade de vida ou diretamente pela ação da NMS, a melhoria da função sexual é uma evidência, embora os fatores preditivos desta melhoria não sejam conhecidos, devendo ser objeto de estudos prospectivos futuros.

C 19

INSTILAÇÃO INTRAVESICAL DE SULFATO DE CONDROITINA NO TRATAMENTO DA CISTITE INTERSTICIAL – EXPERIÊNCIA INICIAL DE UM CENTRO

Vera Marques; Miguel Eliseu; Francisco Rolo; Arnaldo Figueiredo

Centro Hospital e Universitário de Coimbra

Introdução: A terapêutica de reposição intravesical de glicosaminoglicanos (GAG) tem adquirido evidências crescentes para o tratamento da cistite intersticial (CI), durante os últimos anos. Várias substâncias já foram descritas, mas as formulações com sulfato de condroitina (SC) e ácido hialurónico são as mais estudadas.

Objetivos: Caracterizar a experiência inicial de um hospital terciário na terapêutica de reposição intravesical com SC para tratamento da CI refratária.

Material e métodos: Estudo retrospectivo das doentes com CI submetidas a terapêutica de reposição intravesical com SC, avaliando a resposta terapêutica imediata e após um *follow-up* mínimo de 2 meses (via questionário telefónico),

a compliance terapêutica e os efeitos adversos.

Resultados: Foram estudadas todas as 10 doentes do género feminino com diagnóstico de CI que iniciaram tratamento com reposição intravesical de SC. A idade média das doentes era 60,2 anos (45-72). O primeiro tratamento autorizado no centro decorreu em 11/11/2015. Apenas 1 doente não estava sob terapêutica analgésica e/ou antidepressiva concomitante e apenas outra era naïve de tratamento para bexiga hiperativa (anticolinérgico, agonista beta-3 e/ou toxina botulínica). Todas completaram a fase de indução (6 administrações semanais) e 6 prosseguiram para o tratamento de manutenção com um número médio de 4,5 tratamentos necessários. Para um *follow-up* médio de 4,7 meses (2-7), verificou-se uma melhoria global franca em 2 casos, ligeira em 5 e nula em 3. Das 7 doentes que melhoraram, todas reduziram a polaquiúria e imperiosidade; apenas 1 não melhorou da dor pélvica. Uma das doentes que melhorou afirmou que não faria o tratamento novamente, devido aos efeitos adversos (xerostomia e distensão abdominal).

Discussão/Conclusões: A terapêutica de reposição intravesical com SC para tratamento da CI refractária apresenta bons indicadores iniciais no nosso centro. A frequência de instilação deve variar com a resposta terapêutica. Os resultados são promissores para fomentar a continuidade.

C 20

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO APÓS CIRURGIA PROSTÁTICA – EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA

Passos P.; Versos R.; Guimarães C.; Grenha V.; Preza-Fernandes J.; Ramires R.

Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães

Introdução/Objetivo: A incontinência urinária de esforço (IUE) afeta uma percentagem elevada de homens submetidos a cirurgia urológica. O impacto significativo na qualidade de vida inerente a esta patologia levou à necessidade de desenvolvimento de estratégias terapêuticas,

nomeadamente, colocação de esfíncteres urinários artificiais (EUA) e slings retrouretrais (SRU). Pretende-se com este trabalho, o estudo casuístico da população de doentes submetidos a correção cirúrgica de IUE no Hospital Senhora da Oliveira.

Métodos: Revisão bibliográfica na Pubmed.

Estudo retrospectivo/descritivo da população de doentes do sexo masculino intervencionados a IUE entre 2011-2016 pela colheita de informação do processo físico e eletrónico.

Utilizada escala quantitativa para classificação da severidade da incontinência pré e pós correção cirúrgica. Foram considerados melhorados/ agravados os doentes que tiveram uma progressão positiva/negativa ou nula na escala e curados os que ficaram continententes.

Todas as cirurgias foram realizadas pelo mesmo urologista.

Resultados: Entre 2011-2016 foram tratados, neste hospital, 13 doentes (média de 64,3 anos à data da cirurgia) com IUE após cirurgia urológica (10 pós prostatectomia radical e 3 pós resseção transuretral da próstata).

Destes doentes, 2 foram submetidos às duas técnicas cirúrgicas utilizadas, dando um total de 15 procedimentos. As técnicas utilizadas foram o SRU (7 doentes) e EUA (8 doentes).

Intervalo médio para resolução da incontinência de 63 meses.

Após colocação de SRU, as taxas de melhoria e cura foram sobreponíveis (57%). Por sua vez a taxa de progressão negativa ou nula da doença pós cirurgia foi de 43%.

Após colocação de EUA, a taxa de melhoria e cura foram respetivamente de 86% e 71%. Quanto à taxa de progressão negativa ou nula da doença, esta situou-se nos 14%.

Conclusão: As técnicas disponíveis no Hospital Senhora da Oliveira são opções viáveis para o tratamento eficaz da IUE no homem pós procedimento urológico.

C 21

HIV: QUE REPERCUSSÃO URODINÂMICA?

João Carvalho; Pedro Nunes; Vera Marques; Edgar Tavares-da-Silva; João Trêpa; Francisco Rolo; Arnaldo Figueiredo

*Serviço de Urologia e Transplantação Renal dos CHUC
Serviço de Infeciologia dos CHUC*

Introdução: A disfunção miccional é um dos desafios que os doentes seropositivos para o vírus da imunodeficiência humana (VIH) por vezes encaram. Sabe-se que o VIH afeta tanto o sistema nervoso central como o periférico, desencadeando sintomatologia urinária prejudicial para a qualidade de vida.

Objetivos: Avaliar o perfil urodinâmico de doentes com VIH a partir do respectivo estudo realizado num centro terciário com consulta de HIV e de Urologia entre 2012 e 2016.

Material e métodos: De 2000 doentes seguidos anualmente em consulta de Infeciologia de HIV, apenas seis doentes necessitaram de realizar estudo urodinâmico. Foi utilizado o aparelho *MMS Solar System* para avaliação da sua disfunção miccional. Trata-se de um estudo retrospectivo realizado com recurso à base de dados de exames urodinâmicos do SUTR.

Resultados: Foram incluídos 4 mulheres e 2 homens com idades compreendidas entre 36-64 anos. O motivo para a realização do estudo urodinâmico foi: sintomatologia de armazenamento em três dos casos e incontinência urinária de imperiosidade em cinco dos casos. O ritmo de infusão médio foi de 50 mL/min. Na cistometria de enchimento, a mediana da capacidade cistométrica máxima foi 380 ± 106.4 mL, sendo que a primeira sensação vesical foi atingida aos 93 ± 56.3 mL. Já na fase de esvaziamento, verificou-se que o pico de velocidade máxima de esvaziamento foi de 5 ± 3.9 mL/s a uma pressão de detrusor de 43.0 ± 14 cmH₂O. Verificou-se um resíduo pós-miccional em apenas três doentes (60 mL). De acordo com o normograma de Schaffer, constatou-se um detrusor hipocontráctil: *Weak+* em 40%, *Weak-* em 40% e *Very Weak* em 20%.

Discussão/Conclusões: Os doentes seropositivos para o vírus HIV estudados na nossa instituição apresentam uma sensibilidade vesical aumentada, bexiga hipocontrátil e uma velocidade máxima de esvaziamento reduzida. Estamos neste momento a iniciar um projecto prospectivo nesta temática.

C 22

SUSPENSÃO APICAL AOS LIGAMENTOS SACROESPINHOSOS COM PRÓTESE – EXPERIÊNCIA CLÍNICA DO HSO

Sílvia Torres; Cátia Ferreira; Horácio Azevedo; Manuela Mesquita; José Vivas
Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães

Introdução: Na correcção cirúrgica reconstrutiva por prolapso dos órgãos pélvicos (POP) tem sido advogada a utilização de tecidos nativos em detrimento de próteses. No entanto no que diz respeito ao compartimento apical recorre-se frequentemente à utilização de material protésico, tanto na sacropexia como na suspensão apical aos ligamentos sacroespinhosos (LSE). No HSO esta última técnica com abordagem através de colpotomia posterior começou a ser implementada em 2015.

Objetivos: Avaliar os resultados da suspensão apical aos LSE com prótese.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de 25 doentes submetidas a suspensão apical aos LSE com utilização de prótese entre maio de 2015 e junho de 2016.

Resultados: Os parâmetros clínicos revelaram que a idade média foi de 70 anos (min: 51, Max: 81). Na maioria dos casos (n = 18) esta técnica foi utilizada para correcção de prolapso da cúpula vaginal (10 mulheres com HT prévia e 8 com HV; duração média de 10 anos entre a histerectomia e correcção do prolapso da cúpula vaginal), sendo que nos restantes representou um procedimento concomitante da HV realizada por POP (n = 7). O seguimento pós-operatório de 6 meses não revelou recorrência clínica ou anatómica do compartimento apical, no entanto foram registados prolapsos do compartimento

anterior grau1 assintomáticos em 6 doentes e 2 doentes apresentaram prolapsos do compartimento anterior de grau3 sintomáticos, com necessidade correcção cirúrgica. Como complicações pós-operatórias foram registados 2 casos de extrusão de fios de sutura a nível rectal.

Discussão/Conclusões: A realização desta técnica cirúrgica neste Serviço é relativamente recente, condicionando um seguimento pós-operatório curto, no entanto não se registaram recorrências do prolapso apical. A percentagem de prolapso do compartimento anterior registada neste estudo está de acordo com a descrita na literatura e possivelmente estará associada à horizontalização do eixo normal da vagina própria da técnica, pelo que atualmente têm-se optado por realizar frequentemente a correcção de prolapso do compartimento anterior aquando da suspensão apical.

C 23

ACHADOS URODINÂMICOS NA NEUROSSARCOIDOSE – CASO CLÍNICO E REVISÃO DA LITERATURA

Maria Pais Carvalho; Joana Gomes; Inês Tábuas; Catarina Aguiar-Branco; Irina Peixoto; Jorge Caldas
Centro Hospitalar Tondela Viseu Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Introdução: A sarcoidose é uma doença granulomatosa sistémica, de etiologia desconhecida. Pode apresentar envolvimento multi-orgânico, nomeadamente do sistema nervoso – Neurosarcoidose (5% dos casos). Os sintomas vesico-esfinterianos estão descritos, mas os achados urodinâmicos são pouco relatados na literatura.

Descrição do caso: Homem de 42 anos, com o diagnóstico de Neurosarcoidose desde há 2 anos, com atingimento mesencefálico e cerebeloso, apresentando sintomas de urgência urinária, associados a perdas esporádicas e sensação de esvaziamento incompleto, com 2 meses de evolução. Sem outros antecedentes patológicos relevantes. O exame neuro-urológico não apresentava alterações.

A cistometria de enchimento revelou hiperativi-

dade do detrusor, de baixa amplitude, não associada a perdas, com compliance vesical dentro da normalidade. Durante a fase de esvaziamento, objetivou-se hipocontractilidade do detrusor, com presença de volumes residuais pós-miccionais patológicos nas Urofluxometrias.

Discussão: Os distúrbios da micção estão descritos em 11% dos casos de Neurosarcoidose, sendo as queixas mais frequentes de incontinência urinária de urgência. Dos poucos relatos urodinâmicos encontrados na literatura, o achado mais frequente é de hiperatividade do detrusor, acompanhada ou não de dissinergia vesico-esfincteriana. Estes relacionam-se com a localização das lesões, sendo as mais comuns no telencéfalo e mesencéfalo. Não foram encontrados relatos de hipocontractilidade do detrusor, e apenas dois casos de dificuldade no esvaziamento/retenção urinária, associados a lesões medulares dorsais.

Neste caso específico, só com a avaliação urodinâmica foi possível diagnosticar a hipocontractilidade do detrusor e, conseqüentemente, prevenir uma possível lesão iatrogênica, caso se optasse por um tratamento farmacológico exclusivamente orientado pela clínica.

Conclusão: A avaliação urodinâmica, nestes doentes, ganha especial importância pois possibilita um diagnóstico preciso da disfunção vesico-esfincteriana e uma orientação terapêutica correta e dirigida.

C 24

FITAS SUBURETRAIS NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO: CASUÍSTICA DE 12 MESES

Cátia Rodrigues; Rita Caldas; Inês Reis; Ilda Rocha; Luísa Sousa; Ismael Mota
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Introdução: As fitas sub-uretrais são a primeira escolha no tratamento de doentes com incontinência urinária de esforço (IUE). As fitas suburetrais de incisão única (SIS) foram desenvolvidos para limitar a dor e morbidade pós-operatórias uma vez que evitam o trajeto através dos mús-

culos adutores.

Material e métodos: Foram analisados retrospectivamente os dados de 45 pacientes com diagnóstico de IUE e submetidos a tratamento cirúrgico entre janeiro e dezembro de 2014. Foi utilizado TVT-O em 23 pacientes e MiniArc em 22 pacientes. A idade média das pacientes foi 57 anos. A avaliação pós-operatória foi realizada aos 1, 6 e 12 meses. A cura foi definida como ausência de perda involuntária de urina, ausência de necessidade de absorvente e teste de stress negativo aos 12 meses.

Resultados: Não foram registadas complicações intra-operatórias. No braço em que foi utilizado MiniArc registaram-se duas complicações pós-operatórias, uma infecção trato urinário e um caso de urgência de novo.

No *follow-up* a um mês, as taxas de cura para o TVT-O e MiniArc foram de 95.6% e 90.9%, respectivamente. Nos três casos em que houve falha de método foram necessárias reintervenções cirúrgicas.

Discussão/Conclusões: As elevadas taxas de sucesso observadas tanto com o TVT-O como com o MiniArc são similares às descritas em outros estudos e confirmam a reduzida morbidade dos SIS. Os SIS podem oferecer taxas de sucesso no tratamento da IUE semelhantes às fitas suburetrais convencionais (CMUS). Relativamente à redução da morbidade inerente a esta técnica continuam a ser necessários estudos com *follow-up* mais longo e maior número de doentes.

C 25

COMPORTEAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA DOENÇA DE PARKINSON E A SUA INFLUÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA

Carlos Ernesto Pereira; Sara Domingues; Margarida Alves; Francisco Sampaio
Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria

Introdução: A doença de Parkinson (DP) caracteriza-se como uma doença do movimento, no entanto, as pessoas com esta patologia apresentam também alterações não motoras, nomeada-

mente alterações neuropsiquiátricas, distúrbios do sono, alterações da sensibilidade e sintomas autonómicos. As disfunções vesico-esfincterianas (VE) são as mais comuns alterações autonómicas. De facto, alguns estudos apontam prevalências superiores a 40% deste tipo de sintomas, situação não apenas com marcado impacto na vida pessoal e social dos doentes, mas também associada a aumento do risco de queda.

Objetivos: O objetivo deste trabalho foi identificar a prevalência de incontinência e o seu impacto na qualidade de vida numa população de doentes parkinsonianos seguidos em consulta de Fisiatria, com o propósito de, futuramente, propor um protocolo de avaliação e tratamento dos doentes.

Material e métodos: Foram consultados os processos clínicos de todos os doentes com diagnóstico de DP seguidos em consulta de Fisiatria, durante o ano de 2016. Foi aplicado telefonicamente o questionário *International Consultation of Incontinence Questionnaire – Short form* (ICIQ – SF) na sua versão portuguesa.

Resultados: Foram incluídos 34 doentes no estudo, 18 mulheres e 16 homens. Com uma média de idades de 70 anos, apresentavam-se, em média, diagnosticados há 11,9 anos (sendo o diagnóstico mais antigo de 1986 e o mais recente com alguns meses). Doze doentes (35,2%) dos doentes apresentavam incontinência, com *score* médio da ICIQ – SF de 12,25.

Discussão e conclusões: Os valores de prevalência de incontinência obtidos neste estudo equiparam-se ao encontrado na literatura. Quando referenciados para consulta de Fisiatria pretende-se que os doentes com DP melhorem significativamente a sua capacidade motora, mas cada vez mais as alterações VE condicionam a qualidade de vida e funcionalidade destes doentes, pelo que não pode ser descurado a sua identificação e tratamento precoce.

C 26

SACROCOLPOPEXIA ABDOMINAL NO TRATAMENTO DO PROLAPSO DA CÚPULA VAGINAL – EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO

Sofia Saramago; Mariana Mouraz; Filipa Ribeiro; Isabel Grilo; João Colaço; Filomena Nunes
Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Introdução: A sacrocolpopexia abdominal tem uma eficácia no tratamento do prolapso apical, definida como ausência pós-operatória de prolapso, entre 58-100%, com uma taxa de reoperação por prolapso de cerca de 4%. As principais complicações da sacrocolpopexia são lesão intra-operatória vascular, intestinal ou do tracto urinário, peritonite, hemorragia com necessidade de transfusão, íleus ou oclusão mecânica intestinal, desenvolvimento de hematomas, abscessos e fístulas, erosão da rede, necrose da parede vaginal e complicações incisionais. A sacrocolpopexia por via laparoscópica é tão eficaz como a por laparotomia, com menor perda hemática e menor tempo de internamento.

Objetivos: Caracterização das doentes submetidas a sacrocolpopexia abdominal no nosso Serviço e avaliação da eficácia e complicações da técnica.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos das doentes submetidas a sacrocolpopexia abdominal na nossa instituição nos últimos 3 anos.

Resultados: Foram realizadas 8 sacrocolpopexias, entre 2014 e 2016. As 8 pacientes haviam sido previamente sujeitas a histerectomia e apresentavam prolapso da cúpula vaginal. Duas já tinham sido submetidas anteriormente a cirurgia vaginal com colocação de rede no compartimento anterior e médio, com recidiva do prolapso da cúpula. Das sacrocolpopexias, 7 foram efectuadas por laparotomia e uma por laparoscopia. Em 3 casos foram concomitantemente corrigidos defeitos do compartimento anterior ou posterior por via vaginal. O tempo médio de seguimento foi 14,75 meses. O procedimento revelou-se eficaz em 87,5% das pacientes, com um caso de enterocelo alto com necessidade de reintervenção. Verificou-se um

caso de infecção da ferida operatória, resolvida com antibioterapia oral. Não houve complicações *major*.

Discussão/Conclusões: A sacrocolpopexia abdominal tem sido realizada no nosso Serviço, num pequeno número de pacientes, com bons resultados. Será importante a extensão do período de *follow-up*, uma vez que podem surgir complicações tardias relacionadas com o uso de redes.

C 27

O PAPEL DA ENFERMAGEM NA APLICAÇÃO DE TOXINA BOTULÍNICA INTRA VESICAL SOB ANESTESIA LOCAL

Toscano, I.¹; Dias, F.¹; Lages, M.¹; Martins, A.¹; Santos, S.¹; Ponte, C.²; Silva, R.³; Montes, P.⁴; Lopes, T.⁵
¹Enfermeira do Serviço de Urologia; ²Interna da Especialidade de Urologia; ³Médico Especialista em Urologia; ⁴Enfermeira Chefe do Serviço Cirurgia de Ambulatório de Urologia; ⁵Diretor de Serviço de Urologia.

Introdução: A injeção de toxina botulínica (Botox[®]) sob anestesia local (AL) tem vindo a ser crescentemente utilizada em Urologia no tratamento da hiperatividade vesical refratária, idiopática ou neurogénica, com ou sem incontinência associada. Neste sentido, o enfermeiro de urologia desempenha um papel fundamental no acompanhamento destes doentes.

Objetivos: Descrever o papel do enfermeiro no tratamento com toxina botulínica intra-vesical sob AL.

Material e métodos: Após o acolhimento ao doente, avaliação do diário da bexiga, revisão dos resultados da urocultura e avaliação dos sinais vitais, o procedimento tem início. O enfermeiro procede então à preparação do fármaco que deve obedecer ao método adequado de manuseamento e diluição, realiza o esvaziamento vesical, a instilação da AL e preparação do material endoscópico. Após o procedimento, são realizados os ensinamentos pós-procedimento e reavaliação após 1 hora. É realizado um contacto telefónico 24 horas após a injeção, para aferir a capacidade autoreportada de esvaziamento

vesical, a existência de hematúria e o grau de dor através de escala numérica, igualmente aplicada no término do procedimento e uma hora após o mesmo. Aos 3 meses de seguimento, adicionalmente à avaliação clínica, os doentes são inquiridos através de pergunta simples de satisfação global.

Resultados: Entre maio de 2014 e dezembro de 2016 foram realizadas 86 injeções de Botox[®] sob AL, 75 (87%) em doentes do sexo feminino e 11 (13%) em doentes do sexo masculino com uma média de idades de 63.5±15.4 anos. Quando questionados, 3 meses após o procedimento, 97% dos doentes voltariam a realizar o procedimento se a sua condição clínica assim o indicasse.

Conclusões: A injeção de Botox[®] sob anestesia local é um procedimento bem tolerado e aliado a um grande grau de satisfação dos doentes. A atuação padronizada de uma equipa de enfermagem experiente e dedicada é essencial para assegurar a segurança e conforto do doente, com evidente otimização de recursos e resultados clínicos.

C 28

RESSEÇÃO TRANSURETRAL PROSTÁTICA COMO TRATAMENTO DE LUTS SECUNDÁRIOS A GRANULOMATOSE DE WEGENER

Mário Lourenço; Paulo Azinhais; Maria José Freire; Paulo Dinis; Pedro Nunes; Belmiro Parada; Arnaldo Figueiredo

Serviço de Urologia e Transplantação Renal, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A granulomatose de Wegener (GW) é uma vasculite sistémica granulomatosa necrotizante que afecta principalmente o trato respiratório alto/baixo e os rins. As manifestações genitourinárias são muito raras (< 1% em séries internacionais), incluindo prostatite, orquite, uretrite, úlceras genitais e massas renais.

Descrição de caso clínico: Homem de 49 anos, antecedente de GW com envolvimento pulmonar, genital e uretral com 9 anos de evolução, recorre à consulta de Urologia em março de

2013 por queixas de LUTS de armazenamento e esvaziamento severos (IPSS: 27 pontos). Realizou urofluxometria (Qmáx 5,1 ml/s), cistografia e cistoscopia que objectivaram uma uretra bulbar/membranosa ligeiramente estenótica, uretra prostática sem alterações e um colo vesical estenótico e com exuberante fibrose. Foi proposto para ressecção transuretral prostática (RTU-P), mantendo-se em lista de espera durante aproximadamente 3 anos, com agravamento progressivo dos LUTS apesar de terapia médica. Foi sujeito a RTU-P em fevereiro de 2016 cuja análise histopatológica objectivou tecido prostático com processo inflamatório necrotizante secundário a GW. Em avaliação após dois meses da cirurgia apresentava melhoria franca dos sintomas de LUTS (IPSS 7), não apresentando agravamento dos sintomas após 11 meses de *follow-up*.

Conclusão: Embora seja muito raro, os LUTS podem ser uma manifestação da GW. A RTU-P deve ser ponderada em doentes com sintomas refractários a terapia médica.

C 29

SURGICAL REPAIR OF VESICOVAGINAL FISTULAS IN THE UROLOGY SERVICE OF CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

Catarina Tavares; Nuno Barbosa; Paulo Príncipe; Frederico Teves; Avelino Fraga
Serviço Urologia - Centro Hospitalar do Porto

Introduction: *Vesicovaginal fistulas (VVF) represent an abnormal connection between the bladder and vagina. In childbearing women of underdeveloped countries they are an important cause of morbidity, occurring after prolonged or obstructed labor, while in developed countries they are rare entities, occurring mostly after gynecologic surgical procedures. These iatrogenic VVF translate into continuous urinary incontinence that manifests after the first 7-30 days post-op. Surgical repair is the main treatment strategy for VVF and may be performed through a vaginal or abdominal approach. Although success rates are similar, the former seems to have less post-operative morbidity.*

Goal: *To present the results of surgical repair of vesicovaginal fistulas at the Urology Service of Centro Hospitalar do Porto.*

Material and methods: *Retrospective study of 25 patients who underwent surgical correction of a VVF during the last 14 years (January 2003 – January 2017) by analyzing data from medical reports (paper and/or electronic) from the Urology Service of Centro Hospitalar do Porto.*

Results: *Total abdominal hysterectomy (the majority due to leiomyomas) was the cause of VVF in 92% of patients, the other two were due to obstetric trauma. Time from presumable cause to diagnosis averaged 10 weeks. Patients were all evaluated by cystoscopy which revealed a VVF occurring most frequently in the posterior wall (76%) or cupula (16%). Patients averaged 45.7 years (ranging from 27 to 58). The surgical approach was vaginal in 64% and abdominal in 36%. Two patients had a documented recurrence (8% rate), both of which were successfully resolved at a differed reoperation.*

Discussion/Conclusion: *VVF are rare in developed countries and surgical repair is successful in the vast majority of cases, as seen in this cohort.*

C 30

ABCESSO DO ESPAÇO OBTURADOR E CELULITE DA COXA APÓS COLOCAÇÃO DE SLING TRANSOBTURADOR OUTSIDE-IN – CASO CLÍNICO

Mariana Mouraz; Sofia Saramago; Filipa Castro Ribeiro; Isabel Grilo; João Colaço; Filomena Nunes
Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida

Introdução: Os slings suburetrais transobturadores são o procedimento de eleição para o tratamento da incontinência urinária de esforço (IUE) na mulher. A cirurgia é eficaz e segura, com uma taxa de cura que ronda os 90% e de complicações inferiores a 10%.

Caso clínico: Mulher de 60 anos, submetida a colocação de sling suburetral outside-in, sem intercorrências cirúrgicas e do pós-operatório imediato, recorre ao serviço de urgência quinze dias após a cirurgia por quadro de dor inguinal

direita e marcha claudicante com uma semana de evolução. Ao exame objectivo destacou-se: apirexia e sinais inflamatórios na região inguinal direita. Analiticamente apresentava leucocitose (13800/mm³) com neutrofilia (87.8%) e PCR elevada (17.31 mg/dL). Foi pedido TC pélvico que revelou abscesso adjacente ao obturador e à vertente lateral da bexiga e densificação da gordura subcutânea da raiz da coxa, à direita. Em internamento, iniciou antibioterapia com ampicilina, clindamicina e gentamicina e foi submetida a remoção da prótese, quatro dias depois. Isolou-se o agente *Staphylococcus aureus* na prótese, sensível à antibioterapia prescrita. Teve alta ao oitavo dia de internamento, sem queixas. Dois meses após procedimento a paciente apresentava queixas de IUE sobreponíveis às que tinha antes da colocação do sling. Foi proposto re-educação de pavimento pélvico e aplicação de estrogénios locais.

Conclusões: Não obstante o risco de erosão, retracção ou extrusão, não se deve descurar o risco infeccioso associado ao uso de redes. As complicações infecciosas *major* são pouco frequentes e este caso foi único em 282 slings colocados no serviço. Apesar de ser uma complicação rara é importante termos presente que pode acontecer, de forma a estabelecer rapidamente o diagnóstico para minimizar sequelas. Neste caso após instituída antibioterapia e remoção da rede a paciente teve remissão das queixas inflamatórias. A persistência da IUE poderá merecer nova abordagem terapêutica se as medidas conservadoras não resultarem.

C 31

PESSÁRIO VAGINAL NO PROLAPSO GENITAL

Célia Soares; Rita Carvalho; Mariana Novais Veiga; Ana Duarte

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia – Espinho

Introdução: O prolapso de órgãos pélvicos (POP), a par com a incontinência urinária, é a disfunção do pavimento pélvico da mulher mais frequente e a sua prevalência aumenta com a idade. O pilar do tratamento não-cirúrgico para

POP é o pessário vaginal. Os pessários vaginais são dispositivos de suporte intravaginal que reduzem o prolapso e/ou a incontinência sendo uma alternativa de tratamento para mulheres sintomáticas que não são candidatas ou que não pretendem o tratamento cirúrgico.

Objetivo: Avaliar a satisfação no uso de pessários no tratamento do prolapso de órgãos pélvicos.

Material e métodos: Estudo retrospectivo e descritivo dos casos de pessário colocados a mulheres com prolapso de órgãos pélvicos.

Resultados: Foram revistos 32 processos de pacientes a quem foi colocado pessário. Em todos os casos o pessário foi colocado por prolapso de órgãos pélvicos de 3º ou 4º grau (11 e 21 casos respetivamente) e em 4 casos (12,5%) existia concomitantemente incontinência urinária. A população em estudo são mulheres com idade avançada (idade média 76,7 anos) maioritariamente com comorbilidades associadas (n = 27; 84%). O pessário foi tolerado em 27 casos (84%) sendo que neste grupo o tempo médio de uso foram 30,1 meses. Verificou-se erosão vaginal e corrimento vaginal com odor que motivou a interrupção temporário do uso de pessário em 6 e 5 casos respetivamente. 5 pacientes adaptadas ao pessário (19%) optaram por tratamento cirúrgico.

Discussão/Conclusão: Os pessários são uma opção no tratamento do prolapso de órgãos pélvicos. Esta opção é particularmente relevante no grupo de mulheres com idade avançada e múltiplas comorbilidades.

C 32

NEUROMODULAÇÃO DE RAÍZES SAGRADAS NO TRATAMENTO DE LUTS DE ARMAZENAMENTO REFRACTÁRIOS E ENURESE PRIMÁRIA ASSOCIADA

João Felício; Carolina Ponte; Pedro Barros; Ricardo Pereira e Silva; José Palma Dos Reis; Tomé Lopes
Serviço de Urologia – Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução: A enurese primária, quando no contexto de LUTS diurnos refractários à terapêutica médica, poderá ser um alvo terapêutico

PRODUTIVIDADE E MORBIMORTALIDADE NUM JOVEM SERVIÇO DE UROGINECOLOGIA

Bruna Abreu; Njila Amaral; Rita Lermann;
Ana Paula Pereira; Amália Martins; Carlos Veríssimo
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A prática médica tem manifestado uma crescente preocupação na melhoria da qualidade dos serviços. Fatores determinantes para essa melhoria são o conhecimento sobre a produtividade, a morbimortalidade e o sucesso das técnicas cirúrgicas realizadas.

O objetivo principal deste trabalho foi analisar estes fatores na unidade de uroginecologia do Hospital Beatriz Ângelo.

Material e métodos: Estudo retrospectivo das cirurgias uroginecológicas realizadas entre janeiro a dezembro de 2016 .

Variáveis analisadas: idade, comorbilidades, indicação cirúrgica, abordagem e tipo de cirurgia, tempo cirúrgico e de internamento, diferenciação do cirurgião, complicações intra e pós operatórias , recidiva de sinais/sintomas.

A análise estatística foi efetuada com recurso ao programa Epi infoTM6.

Resultados: A cirurgia uroginecológica constituiu 25% (n = 199) de todas as cirurgias (n = 784). A principal indicação cirúrgica foi o prolapso dos órgãos pélvicos (67%). A abordagem cirúrgica foi, na grande maioria, por via vaginal (86%). Das correções efetuados por via abdominal (14%), 10% foram feitas por laparoscopia. No que respeita ao tipo de procedimento, em 19% realizou-se cirurgia obliterativa (12% Le Lefort vs. 88% colpocleise total). Na cirurgia reconstrutiva, a técnica clássica foi efetuada em 66% dos casos. Para correção da incontinência urinária de esforço realizou-se colocação de fita suburetral via transobturadora, *out-side-in*, em 91%. As complicações mais frequentes foram: intraoperatoriamente, a laceração vesical (2%); no pós-operatório: as infeções do trato urinário. Não se encontraram associações estatisticamente significativas entre as complicações e o tipo de cirurgia, a diferenciação do cirurgião e o tempo

da neuromodulação de raízes sagradas, ainda que o seu papel neste âmbito não esteja totalmente definido.

Objetivos: Destacar o papel da neuromodulação de raízes sagradas no tratamento da bexiga hiperativa refratária à injeção de toxina botulínica (Botox®) em doente com enurese primária concomitante.

Material e métodos: Reportar um caso clínico de uma doente de 43 anos com urgíntinência grave e enurese primária refratárias à terapêutica, submetida a colocação de neuromodulador Interstim II®.

Resultados: Doente do sexo feminino, 43 anos, com antecedentes de Doença Bipolar medicada e controlada. Seguida em consulta de Urologia por LUTS de armazenamento com incontinência urinária grave e enurese primária. Após discreta melhoria dos sintomas diurnos com anticolinérgicos, a doente realiza um estudo urodinâmico compatível com hiperatividade do detrusor de baixa intensidade, ainda que percepcionada como urgência miccional. Foi então submetida a injeção e reinjeção com Botox® 100 U, sendo que por recidiva precoce dos sintomas após a segunda injeção de 100 U, foi ainda realizada injeção com 200 U, que se revelou ineficaz. Foi reavaliada em consulta de Neurologia, onde foi novamente excluída doença neurológica.

Nesta fase, a doente apresentava cerca de 13 episódios de urgência e 2 episódios de incontinência diários utilizando 2 pensos, apresentava enurese noturna também invariavelmente diária. Colocada indicação para neuromodulação sagrada (mais de um ano após última injeção de Botox®). Um mês após colocação do neuromodulador a doente apresenta 7 micções diárias, 1 episódio de urgência por dia, com resolução total da incontinência diurna (não usa pensos). Adicionalmente, apresentou 2 noites sem enurese (fralda seca).

Discussão/Conclusões: Perante ineficácia de injeção de Botox® em doentes com bexiga hiperativa idiopática refratária com enurese noturna concomitante, a neuromodulação de raízes sagradas poderá ser uma alternativa eficaz.

cirúrgico (p value > 0.05).

Conclusão: A cirurgia uroginecológica representa ¼ de todas as cirurgias efectuadas. As complicações mais frequentes vão de encontro às descritas na literatura. Os autores consideram que um maior nº de casos será necessário para estabelecer inferências estatisticamente significativas, de modo a permitir corrigir/minorar fatores condicionantes de complicações.

C 34

UM CASO ESPECIAL DE BEXIGA NEUROGÉNICA REFRACTÁRIA

Miguel Eliseu; Vera Marques; Paulo Temido;
Francisco Rolo; Arnaldo Figueiredo
Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A bexiga neurogénica é uma componente de múltiplas patologias, abordadas por diferentes especialidades, e a sua complexidade e possíveis consequências nem sempre recebem a devida atenção e investigação. Tem repercussões importantes e por vezes irreversíveis, não só na qualidade de vida, como também na função renal. Apresentamos o caso de uma doente jovem com bexiga neurogénica, que necessitou da última linha terapêutica para tratamento.

Caso: FT, sexo feminino, tinha 18 anos à data da primeira observação em Urologia. Tratava-se de um caso de espinha bífida, com antecedentes de cirurgia para correcção de mielomeningocele e derivação ventrículo-peritoneal nos primeiros dias de vida. Para além disto, tinha sido submetida a reimplantação uretérica bilateral tipo Cohen na infância e realizava cateterizações vesicais intermitentes (CVIs). Mantinha infecções do tracto urinário (ITU) de repetição, ureterohidronefrose bilateral marcada e quadro de pielonefrite crónica, com doença renal crónica (DRC) grau I-II. Na nossa consulta, realizou cistografia que comprovou refluxo vesico-uretérico bilateral. Em estudo urodinâmico, apresentava bexiga de boa capacidade, mas de complacência reduzida, atingindo pressões elevadas com

enchimento além dos 70 mL; incontinência urinária de imperiosidade frequente por contracções de alta amplitude. Perante a ausência de resposta satisfatória à terapêutica médica, foi realizada ileocistoplastia de aumento com ansa ileal de cerca de 25 cm. Tem neste momento 3 meses de *follow-up*. Realiza 5-6 CVIs diárias e uma lavagem semanal; encontra-se sem queixas, não voltou a ter novos episódios de ITU e tem função renal estabilizada até ao momento.

Conclusão: Este caso mostrou-se complexo, numa doente muito jovem, sendo necessária uma cirurgia diferenciada para eliminar as hiperpressões vesicais que, directa ou indirectamente causaram e continuariam a agravar a DRC. Espera-se melhorar a qualidade de vida a curto e a longo prazo, bem como suspender a progressão das consequências funcionais desta patologia.

C 35

REPARAÇÃO CIRÚRGICA DE PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS COM REDE SINTÉTICA POR VIA TRANSVAGINAL: A NOSSA EXPERIÊNCIA

Paulo Pe-Leve; João Felício; Pedro Oliveira;
Tiago Oliveira; João Marcelino; Tomé Lopes
Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução: A colocação de redes sintéticas por via transvaginal para a reparação cirúrgica de prolapso de órgãos pélvicos tem constituído um tema polémico nos últimos anos devido às elevadas taxas de complicações, o que levou a FDA a recomendar precaução.

Objetivos: Avaliar o grau de satisfação e a taxa de complicações em doentes submetidas a correcção cirúrgica de prolapso de órgãos pélvicos por via transvaginal com redes sintéticas.

Materiais e métodos: Analisámos retrospectivamente bases de dados de um total de 54 doentes submetidas a colocação de rede sintética para correcção de prolapso de órgão pélvico de compartimento anterior ou médio por via transvaginal executadas pelo mesmo cirurgião, no período de janeiro de 2013 e junho de 2016. As redes

utilizadas foram redes de 4 braços da Cousin®. As doentes foram entrevistadas, submetidas ao questionário PGI-I (*Patient Global Impression of Improvement*) e submetidas a 2 questões seleccionadas do questionário *Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire*.

Resultados: Uma melhoria dos sintomas (*Score* PGI-I < 4) foi reportada por cerca de 87% das doentes.

Foram verificados apenas 4 casos de recidiva (correspondente a 7%). Extrusão da rede ocorreu apenas em 1 doente (cerca de 2%) com necessidade de reintervenção cirúrgica. As restantes complicações verificadas foram: infecções urinárias de repetição (em 6%), hematoma (em 4%) e dor/desconforto perineal (em 11%). Das doentes sexualmente activas, cerca de 15% descreveram distúrbios da função sexual, nomeadamente sob queixas de dispareunia.

Discussão e conclusões: Na nossa amostra verifica-se uma taxa elevada de satisfação e melhoria dos sintomas, uma baixa taxa de complicações e uma baixa taxa de recidiva.

É importante realçar a percentagem considerável de doentes que descreveram distúrbios da função sexual.

Concluimos que a reparação de prolapsos de órgãos pélvicos com rede sintética por via transvaginal permanece uma opção válida para cirurgiões com experiência.

C 36

RESULTADOS DA URETRÓLISE PÓS-COLOCAÇÃO DE BANDA SUBURETRAL

Jorge Correia; Miguel Ramos; Avelino Fraga
Centro Hospitalar do Porto

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

Objetivos: O objetivo deste estudo é avaliar a

eficácia, a segurança e as complicações relacionadas com as uretrólises realizadas por colocação de banda suburetral.

Material e métodos: Foram revistos os processos clínicos de todas as uretrólises realizadas no nosso serviço entre 2005-2016, de forma a analisar os resultados referentes a cura/ melhoria dos sintomas, melhoria dos valores urodinâmicos, recidiva e desenvolvimento de incontinência urinária de novo.

Resultados: Neste período foram identificados 23 casos de uretrólises, sendo que 3 deles foram excluídos por informação clínica insuficiente.

Dos 20 casos estudados, 8 foram por erosão da fita ao nível da uretra e 12 por obstrução infra-vesical. A maioria dos doentes referiu melhoria sintomática subjectiva no curto prazo (n = 18, 90%). Observaram-se 3 casos de recidiva a médio e longo prazo – 2 por recidiva de erosão (25%) e 1 por manter obstrução urinária (8%).

Em 6 casos (30%) houve recorrência de IUE, tendo 2 deles sido submetidos a nova cirurgia com colocação de banda suburetral.

Discussão/Conclusões: O número de uretrólises é relativamente baixo face ao número de bandas suburetrais colocadas. A uretrólise, embora aumente o risco de recidiva de incontinência, provocou uma melhoria sintomática na maioria dos casos.

PATROCÍNIOS



A. MENARINI PORTUGAL



ANGELINI



IBARD



The Code of Excellence



ORGANIZAÇÃO



APNUG

Associação Portuguesa
de Neurourologia
e Uroginecologia

Rua Nova do Almada, 95 – 3º A, 1200-288 Lisboa

t: +351 21 324 35 90 f: +351 21 324 35 99

e: apnug@apnug.pt www.apnug.pt

SECRETARIADO

admédic⁺

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 www.admedic.pt