



188ª Reunião da  
**SPG**

ENDOSCOPIA  
GINECOLÓGICA

**10/11** MARÇO  
2017

HOTEL EUROSTARS OÁSIS PLAZA  
FIGUEIRA DA FOZ

**PROGRAMA CIENTÍFICO**



## COMISSÃO ORGANIZADORA

### Secção Portuguesa de Endoscopia Ginecológica da Sociedade Portuguesa de Ginecologia

Presidente: Margarida Martinho ✪ Secretário: Luís Ferreira Vicente ✪ Tesoureiro: António Lanhoso

## COMISSÃO CIENTÍFICA

**Alberto Fradique**, Vice-Presidente da SPG, Hospital dos Lusíadas ✪ **António Alves**, Coordenador do Serviço de Ginecologia e Obstetria ✪ **António Lanhoso**, Tesoureiro da SPEG, Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga EPE ✪ **Daniel Pereira da Silva**, Presidente da FSPOG ✪ **Fátima Faustino**, Vice-Presidente da SPG, Hospital dos Lusíadas ✪ **Fernanda Águas**, Presidente da SPG, CHUC ✪ **João Luís Silva Carvalho**, Presidente do Colégio de Especialidade de Ginecologia e Obstetria ✪ **Luís Ferreira Vicente**, Secretário da SPEG, Hospital dos Lusíadas ✪ **Margarida Martinho**, Presidente da SPEG, Centro Hospitalar de S. João

## ORADORES

**Alberto Fradique**, Ginecologista, Hospital dos Lusíadas, Lisboa ✪ **Amália Martins**, Ginecologia/Obstetria; Coordenadora do Serviço de Ginecologia do Hospital Beatriz Ângelo; Presidente da Secção de Uroginecologia ✪ **Ana Sofia Fernandes**, Ginecologia/Obstetria, Centro Hospitalar de S. João, Porto ✪ **António Alves**, Diretor do Serviço de Ginecologia do Hospital da Luz Arrabida ✪ **António Lanhoso**, Ginecologista, CHEDV ✪ **Benoit Rabischong**, University of Paris XI, Faculty of Medicine; Postgraduate Diploma in Surgical Science (French DEA diploma) ✪ **Carlos Calhaz Jorge**, Ginecologia/Obstetria, Diretor do Departamento de Obstetria, Ginecologia e Medicina da Reprodução CHLN/Hospital de Santa Maria, Lisboa ✪ **Cláudio Rebelo**, Ginecologista e Obstetra no Hospital Pedro Hispano Matosinhos; Membro da Direção da Secção de Menopausa da SPG ✪ **Fátima Faustino**, Ginecologista, Serviço de Ginecologia e Obstetria do Hospital Lusíadas Lisboa ✪ **Fernanda Águas**, Ginecologista, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Presidente da Sociedade Portuguesa de Ginecologia ✪ **Fernanda Geraldes**, Ginecologista, Serviço de Ginecologia B, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra ✪ **Filipa Osório**, Ginecologista, Serviço de Ginecologia e Obstetria - Cirurgia Minimamente Invasiva, Hospital da Luz ✪ **Francisco Nogueira Martins**, Diretor do Serviço de Ginecologia e Obstetria do Centro Hospitalar Tondela-Viseu ✪ **Helder Ferreira**, Coordenador da Unidade de Endoscopia do Centro Materno-Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto ✪ **Helen Saunders**, Carrickfergus, Northern Ireland ✪ **Inês Gante**, Serviço de Ginecologia B, Maternidade Bissaya Barreto, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra ✪ **João Bernardes**; Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Assistente Graduado Sénior do Centro Hospitalar de S. João, Porto; Diretor do Departamento da Mulher, Criança e Jovem do Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos ✪ **João Maires**, Ginecologista, Hospital das Forças Armadas - Pólo de Lisboa ✪ **João Silva Carvalho**; Prof. de Ginecologia da Faculdade de Medicina do Porto; Presidente da Direção do Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetria da Ordem dos Médicos; Diretor do Serviço de Ginecologia/Obstetria do Hospital Cuf Porto ✪ **John Preto**, Cirurgião Geral, Serviço de Cirurgia Geral - Centro Hospitalar de São João, Porto ✪ **Jorge Beires**, Assistente Sénior de Ginecologia; Responsável pela Ginecologia e Medicina da Reprodução do Hospital de S. João, Porto ✪ **Luís Ferreira Vicente**, Ginecologista do Hospital Lusíadas Lisboa ✪ **Margarida Martinho**, Responsável da Unidade de Endoscopia do Centro Hospitalar de S. João; Presidente da Secção Portuguesa de Endoscopia Ginecológica da Sociedade Portuguesa de Ginecologia ✪ **Maria Geraldina Castro**, Ginecologista do Serviço de Ginecologia B da Maternidade Bissaya Barreto - CHUC ✪ **Paulo Moura**, Obstetra, Serviço de Obstetria A do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra / Faculdade de Medicina de Coimbra ✪ **Pedro Condeço**, Ginecologista, Coordenador da Unidade de Ecografia Ginecológica, Hospital Beatriz Ângelo ✪ **Pluvio Coronado**, Ginecologista e Obstetra, Director of the Women's Health Institute at the Hospital Clínico San Carlos de Madrid ✪ **Revaz Botchorichvili**, Diretor do Centro Internacional de Cirurgia Endoscópica (CICE), Assistente Hospitalar no Departamento de Cirurgia Ginecológica do Centre Hospitalier Universitaire Estaing, Clermont-Ferrand, França ✪ **Rui Ribeiro**, Diretor da Unidade de Tratamento Cirúrgico de Obesidade e Doenças Endócrinas (UTCODE) do Centro Hospitalar de Lisboa Central ✪ **Teresa Almeida Santos**, Diretora do Serviço de Medicina da Reprodução do CHUC; Professora da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra ✪ **Teresa Fraga**, Ginecologista, Hospital Cuf Descobertas, Lisboa ✪ **Teresa Mascarenhas**, Ginecologia/Obstetria, Centro Hospitalar de S. João, Porto ✪ **Virgínia Monteiro**, Ginecologista, Hospital da Luz, Lisboa



09.00-12.30h **WORKSHOP I**  
**ENERGIA ULTRASONICA**

**ETHICON** Shaping the future of surgery  
PART OF THE Johnson & Johnson FAMILY OF COMPANIES

09.00-12.30h **WORKSHOP II**  
**TRATAMENTOS DO TRATO GENITAL INFERIOR (TGI)**  
Coordenadoras / *Coordinators: Teresa Fraga e Virgínia Monteiro*



09.00-09.25h **Propriedades físicas do Laser**  
*Javier Rodriguez*

09.25-09.50h **Tratamentos Laser do colo**  
*Virgínia Monteiro*

09.50-10.15h **Tratamentos Laser da vagina**  
*Adelaide Vitorino*

10.15-11.00h **Intervalo**

11.00-11.20h **Tratamentos Laser da vulva**  
*Vera Ribeiro*

11.20-11.40h **Tratamentos Laser da AVV**  
*Teresa Fraga*

11.40-12.00h **Tratamentos Laser do SUG - AVV**  
*José Carlos Hermida*

12.00-12.30h **Discussão – Perguntas**

12.30h **Encerramento do Workshop**

## **PROGRAMA CIENTÍFICO** *SCIENTIFIC PROGRAM*



13.00h **Abertura do Secretariado /** *Opening of registration desk*

14.00-14.20h **Abertura da Reunião /** *Congress Opening*

14.20-15.10h **CIRURGIA HISTEROSCÓPICA NA PRÁTICA CLÍNICA**

**HYSTEROSCOPIC SURGERY IN PRACTICE**

Moderadores / *Moderators: António Lanhoso e Francisco Nogueira Martins*

**Morcelação intrauterina – Vantagens e desvantagens**

*Advantages and disadvantages of intrauterine morcellation*

*João Mairos*

**Como facilitar a cirurgia histeroscópica complexa**

*How to make complex hysteroscopic surgery easier*

*Alberto Fradique*

**Discussão**

*Discussion*

15.10-16.00h

SIMPÓSIO / SYMPOSIUM



**NOVAS ABORDAGENS AO TRATAMENTO DA MENOPAUSA**

**NEW APPROACHES IN MENOPAUSE TREATMENT**

Presidente / *Chairman: Fernanda Águas*

**Terapêutica hormonal na menopausa – Onde estamos**

*Menopause hormonal treatment – where we are?*

*Fernanda Gerales*

**Duavive – Um novo paradigma**

*Duavive – A new paradigm*

*Cláudio Rebelo*

16.00-16.30h

CONFERÊNCIA / KEYNOTE LECTURE

**NEUROPELVILOGIA: UM NOVO CONCEITO EM GINECOLOGIA**

**NEURO PELVIOLOGY A NEW CONCEPT IN GYNECOLOGY**

Moderador / *Moderator: Carlos Calhaz Jorge*

Palestrante / *Speaker: Benoit Rabischong*

16.30-16.50h

*Coffee-break*

16.50-18.10h

**LAPAROSCOPIA NO TRATAMENTO DO PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS**

**LAPAROSCOPIC APPROACH FOR PELVIC ORGAN PROLAPSE**

Moderadoras / *Moderators: Amália Martins e Teresa Mascarenhas*

**Definindo as indicações da abordagem laparoscópica do POP**

*Defining the indications for POP's laparoscopic approach*

*Margarida Martinho*

**Tratamento laparoscópico do prolapso dos órgãos pélvicos: Como minimizar as complicações**

*Laparoscopic treatment of POP: How to minimize complications*

*Revaz Botchorichvili*

**Importância da escolha de redes na correção do POP**

*How important is to choose a mesh for POP surgery*

*Helder Ferreira*

18.10h

**Assembleia Geral / General Assembly**



08.00h **Abertura do Secretariado / Opening of registration desk**

09.00-10.20h **MESA-REDONDA / ROUND TABLE**

**LAPAROSCOPIA CONVENCIONAL / NOVAS ABORDAGENS – PRÓS E CONTRAS**  
**CONVENTIONAL LAPAROSCOPY / NEW APPROACHES – PROS AND CONS**

Moderadores / *Moderators: António Alves e Fátima Faustino*

**Laparoscopia convencional**

*Conventional Laparoscopy*

*Revaz Botchorichvili*

**Porta única**

*Single entry*

*Rui Ribeiro*

**Minilaparoscopia**

*Mini-laparoscopy*

*Filipa Osório*

**Robótica**

*Robotics*

*Pluvio Coronado*

**Discussão**

*Discussion*

10.20-10.50h **SESSÃO PATROCIONADA / SPONSORED SESSION**

**4 DRY FIELD E PREVENÇÃO DAS ADERÊNCIAS**

**4 DRY FIELD AND PREVENTION OF ADHESIONS**

Moderadoras / *Moderators: Fernanda Águas e Margarida Martinho*

Palestrante / *Speaker: Matthias Korell*



10.50-11.10h **Coffee-break**

(Junto aos E-Posters)

**Discussão de Posters / Poster discussion (P 01-P 14)**

11.10-12.20h **ECOGRAFIA GINECOLÓGICA COMO FACILITADORA DA CIRURGIA**

**ROLE OF GYNECOLOGICAL ULTRASOUND IMPROVING SURGICAL OUTCOMES**

Moderadores / *Moderators: Jorge Beires e Fernanda Águas*

**Ecografia ginecológica no “Estadiamento” da endometriose profunda**

*Gynecologic ultrasound and deep endometriosis “staging”*

*Ana Sofia Fernandes*

**Papel da ecografia ginecológica na patologia do pavimento pélvico**

*Gynecologic ultrasound and pelvic floor disorders*

*Maria Geraldina Castro*

(Continua / *To be continued*)

(Continuação / Continuation)

**Ecografia ginecológica no diagnóstico e tratamento de miomas e malformações uterinas**

*Management of fibroids and uterine malformations:*

*Role of gynecologic ultrasound*

*Pedro Condeço*

**Discussão**

*Discussion*

12.20-13.10h

SIMPÓSIO / SYMPOSIUM

**HISTERECTOMIAS NOS ÚLTIMOS 15 ANOS EM PORTUGAL:  
O QUE MUDOU NA ABORDAGEM DA PATOLOGIA BENIGNA  
APRESENTAÇÃO ESTUDO PREMYA**

*HISTERECTOMIES IN PORTUGAL IN THE LAST 15TH YEARS:*

*WHAT HAS CHANGES IN THE BENIGN PATHOLOGY*

*PREMYA STUDY PRESENTATION*

*Presidentes / Chairwomans: Margarida Martinho e Fernanda Águas*

**Histerectomias nos últimos 15 anos em Portugal:**

**O que mudou na abordagem da patologia benigna?**

*Histerectomies in Portugal in the last 15th years:*

*What has changes in the benign pathology*

*Inês Gante*

**Apresentação Estudo PREMYA**

*PREMYA Study presentation*

*Helen Saunders*

**Discussão**

*Discussion*

 GEDEON RICHTER

*Since 1901*

13.10-14.25h

**Almoço / Lunch**

14.10-14.25h

(Junto aos E-Posters)

**Discussão de Posters / Poster discussion (P 15-P 28)**

14.25-15.50h

**COMUNICAÇÕES LIVRES**

**FREE COMMUNICATIONS**

**Moderadores / Moderators: Nuno Nogueira Martins e Luís Ferreira Vicente**

15.50-17.00h

**ENDOSCOPIA E GRAVIDEZ**

**ENDOSCOPY AND PREGNANCY**

Moderadores / *Moderators: Paulo Moura e Teresa Almeida Santos*

**Laparoscopia na gravidez – A mudança de um paradigma**

*Laparoscopy during pregnancy – A paradigm shift*

*Fátima Faustino*

**Abordagem laparoscópica do abdómen agudo cirúrgico na gravidez**

**– Perspectiva do Cirurgião Geral**

*Laparoscopic approach of surgical emergencies during pregnancy*

**– General surgeon perspective**

*John Preto*

**Nicho na cicatriz de cesariana – Diagnóstico e tratamento**

*Niche in the cesarean scar – Diagnosis and treatment*

*Luís Ferreira Vicente*

17.00-17.30h

CONFERÊNCIA / *KEYNOTE LECTURE*

**CIRURGIA GINECOLÓGICA – IMPACTO DA INTRODUÇÃO DAS TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS**

**GYNECOLOGICAL SURGERY: IMPACT OF THE INTRODUCTION OF ENDOSCOPIC TECHNIQUES**

Moderador / *Moderator: João Bernardes*

Palestrante / *Speaker: João Silva Carvalho*

17.30h

**Encerramento, entrega de prémios e certificados / *Closing remarks, delivery of prizes and certificates***





# COMUNICAÇÕES ORAIS

## ORAL COMMUNICATIONS

### POSTERS

#### COMUNICAÇÕES ORAIS

CO 01

#### TREINO DE COMPETÊNCIAS EM LAPAROSCOPIA: EXPERIÊNCIA DOS INTERNOS DE FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM PORTUGAL

Vera Trocado<sup>1,2</sup>; Paulo Mota<sup>1,3</sup>; Jorge Correia-Pinto<sup>1,4</sup>; Cristina Nogueira-Silva<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Investigação em Ciências da Vida e da Saúde. Escola de Medicina. Universidade do Minho. Braga. Portugal; <sup>2</sup>Serviço de Ginecologia e Obstetrícia. Unidade Local de Saúde do Alto Minho. Viana do Castelo. Portugal; <sup>3</sup>Serviço de Urologia. Hospital de Braga. Braga. Portugal; <sup>4</sup>Serviço de Cirurgia Pediátrica. Hospital de Braga. Braga. Portugal; <sup>5</sup>Serviço de Ginecologia e Obstetrícia. Hospital de Braga. Braga. Portugal.

**Introdução:** A laparoscopia constitui um desafio para o cirurgião ao requerer a aquisição de um conjunto de competências psico-motoras e visuoespaciais, que tornam a curva de aprendizagem mais lenta comparativamente à cirurgia convencional. Inúmeros estudos têm demonstrado que o treino em cenário de simulação encurta as curvas de aprendizagem, e que as competências adquiridas neste contexto são transferíveis para o cenário real.

**Objetivos:** Avaliar a opinião dos internos de formação específica das especialidades cirúrgicas em Portugal, quanto à experiência de treino em cenário de simulação, a sua experiência pessoal em laparoscopia e a acessibilidade ao treino neste contexto.

**Materiais e métodos:** Foi elaborado um inquérito constituído por 18 questões, com recurso a uma plataforma online de inquéritos ([www.surveymgizmo.com](http://www.surveymgizmo.com)). Foi solicitado o preenchimento via e-mail, de forma anónima e confidencial, aos participantes das 10 primeiras edições (2011-2016) do curso de pós-graduação *Hands on Course: Basic Laparoscopy for Residents*, promovido bianualmente pela Escola de Medicina da Universidade do Minho (EM-UM).

**Resultados:** Foram obtidas 83 respostas, de um total de 266 participantes (taxa de resposta de 31,2%). Relativamente à sua formação, 39,8% (33) das respostas correspondem a internos de Cirurgia Geral, 27,7% (23) de Ginecologia e Obstetrícia e 32,5% (27) de outras especialidades cirúrgicas. Todos os participantes (100%) são da opinião que o treino em cenário de simulação permitiu melhorar as suas competências em laparoscopia. Em 49% (41) dos participantes a simulação teve um impacto positivo no número de procedimentos em cenário real em que participou. 81,9% (68) dos participantes considera que os exercícios de simulação são um bom substituto do treino em cenário real. De uma forma quase unânime, 97,5% dos participantes (100% dos internos de Ginecologia e Obstetrícia) é da opinião que as competências em laparoscopia deveriam ser treinadas em cenário de simulação previamente à sua aplicação em cenário real, considerando mesmo que o treino da laparoscopia deveria ser introduzido como obrigatório no

currículo das especialidades cirúrgicas (91,6%).  
**Conclusões:** O desenvolvimento de um currículo cirúrgico em laparoscopia com base na formação inicial em cenário de simulação terá um impacto positivo não só na curva de aprendizagem, como na aquisição de skills em procedimentos avançados, devendo então ser considerado, num futuro próximo, como um dos pilares na formação cirúrgica.

## CO 02

### **ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA DE MASSAS ANEXIAIS: QUAL A CORRELAÇÃO ENTRE A HISTOLOGIA E A ECOGRAFIA GINECOLÓGICA?**

Ana Galvão; Susana Carvalho<sup>1</sup>; Daniela Gonçalves; Helder Ferreira<sup>2</sup>; Eugénia Fernandes; Alexandre Morgado<sup>3</sup>

*Centro Materno Infantil do Norte (CMIN) – Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal.*

*1Coordenadora Unidade de Ecografia CMIN ICHUP;*

*2Coordenador Unidade de Cirurgia Endoscópica CMIN ICHUP; 3Diretor Serviço de Ginecologia CMIN ICHUP*

**Introdução:** No nosso centro, a via laparoscópica não é utilizada quando existe suspeita de patologia anexial maligna, o que leva a que o resultado da ecografia possa condicionar a via de abordagem a propor à doente. Assim, a utilização da terminologia e dos modelos preditivos do IOTA pode ser benéfica.

**Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo descrever o aspeto ecográfico de massas anexiais em que se obteve um diagnóstico histológico após terem sido abordadas por laparoscopia.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo de mulheres com massas anexiais que fizeram ecografia ginecológica nos anos de 2014 e 2015, nas quais foi utilizada terminologia IOTA e que foram operadas por via laparoscópica.

**Resultados e conclusões:** Registaram-se 319 casos de mulheres com massas anexiais descritas segundo a terminologia IOTA. 92 mulheres foram operadas, das quais 30 (32,6%) por laparoscopia.

Em 11 casos o diagnóstico foi de cistadenoma seroso: 4 tumores eram uniloculares, 3 eram

uniloculares-sólidos, 2 eram multiloculares e outros 2 eram multiloculares sólidos; em 3 casos o ecografista atribuiu o diagnóstico ecográfico correto. 2 tumores eram cistadenomas mucinosos: um unilocular com 34 mm e outro multilocular, com fluxo sanguíneo mínimo e com 71 mm. 4 tumores eram endometriomas: 2 uniloculares e 2 multiloculares; 2 deles foram corretamente diagnosticados por ecografia. 2 massas eram hidrossalpinges, ambas corretamente classificadas pela ecografia. Houve 2 quistos dermóides, ambos tumores uniloculares; em 1 deles o ecografista apontou o diagnóstico correto. 6 tumores eram quistos hemorrágicos, dos quais 4 eram multiloculares, 1 unilocular-sólido e outro não foi classificado. 2 eram quistos de inclusão peritoneal para-ováricos: um multilocular e outro unilocular. Outro caso era um quisto epidermoide da trompa, que se apresentou como tumor unilocular-sólido.

As simple rules classificaram 28 massas como benignas e 2 como não classificáveis. O modelo LR 2 conferiu um risco inferior a 10% em todas as massas em que foi usado.

Massas anexiais que histologicamente provam ser idênticas podem ter aparências ecográficas completamente distintas, o que pode dificultar a atribuição de um diagnóstico ecográfico. A utilização da terminologia IOTA parece-nos ser de grande valor, porque permite uniformizar a categorização das massas anexiais e também porque permite usar os modelos preditivos, o que, no nosso centro, pode ter influência na escolha da abordagem a propor à doente.

## CO 03

### **HIPERPLASIA ENDOMETRIAL ATÍPICA – IMPACTO DA HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA NA COEXISTÊNCIA DE CARCINOMA DO ENDOMÉTRIO**

Filipa de Castro Coelho; Sara Câmara; Cláudia Freitas; Lília Remesso; Joaquim Vieira  
*Hospital Dr. Nélio Mendonça – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM), E.P.E., Funchal, Portugal*

**Introdução:** O diagnóstico pré-operatório de hiperplasia endometrial atípica, por estudo anatomopatológico de biópsia do endométrio, representa um desafio para o ginecologista na decisão terapêutica, devido ao frequente subdiagnóstico de carcinoma concomitante encontrado na peça de histerectomia.

**Objetivos:** Avaliar se a histeroscopia diagnóstica pode melhorar a taxa de detecção do carcinoma do endométrio em mulheres diagnosticadas pré-operatoriamente com hiperplasia endometrial atípica.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo dos processos clínicos e relatórios histeroscópicos de 22 mulheres submetidas a histerectomia motivada por hiperplasia endometrial atípica diagnosticada em biópsia histeroscópica, no nosso Hospital entre julho/2014 e dezembro/2016 (30 meses). Todas as amostras endometriais foram obtidas por instrumentação mecânica, após inspeção histeroscópica. Os achados da peça de histerectomia foram comparados com os diagnósticos histeroscópicos. Calculou-se a sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo da histeroscopia diagnóstica na predição do diagnóstico de carcinoma do endométrio incidentalmente detetado na peça de histerectomia.

**Resultados e conclusões:** O diagnóstico de hiperplasia endometrial atípica em biópsia do endométrio foi confirmado pelo estudo anatomopatológico da peça de histerectomia em 5/22 mulheres (22,7%) e a detecção de carcinoma do endométrio coexistente ocorreu em 17/22 mulheres (77,3%) – 9,1% eram Tipo2/não endometrioides e 22,7% com Estadio IB. No grupo de mulheres com diagnóstico definitivo de carcinoma do endométrio, a concordância da histeroscopia diagnóstica ocorreu em 15/17 mulheres (88,2%). No grupo que persistiu com o diagnóstico de hiperplasia endometrial atípica no pós-operatório, nenhum achado sugestivo de carcinoma foi reportado aquando da inspeção histeroscópica. A sensibilidade, a especificidade,

valores preditivos positivo e negativo da histeroscopia diagnóstica em prever o diagnóstico de carcinoma do endométrio foram 88,2%, 100%, 100% e 71% respetivamente. A histeroscopia diagnóstica pode diminuir a taxa de carcinoma do endométrio subdiagnosticado em mulheres com diagnóstico pré-operatório de hiperplasia endometrial atípica. Obteve-se uma forte concordância entre os achados histeroscópicos e o diagnóstico anatomopatológico da peça de histerectomia neste grupo de mulheres.

## CO 04

### ENDOMETRIOSE VESICAL – ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA

Rosado, R.; Reis, I.; Barata, S.; Osório, F.; Ribeirinho, A.L.; Calhaz-Jorge, C.

*Departamento, /Clínica Universitária de Obstetria e Ginecologia, CHLN - Hospital Universitário de Santa Maria, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, CAM – Centro Académico de Medicina de Lisboa, Portugal*

**Introdução:** A cavidade pélvica é o local mais comum das lesões de endometriose. No entanto, o envolvimento do trato urinário e da parede vesical, em particular, é raro (< 1% dos casos). Os sintomas condicionados pela endometriose da parede vesical são frequentemente apenas urinários, mimetizando outras entidades clínicas mais frequentes.

**Objetivo:** Descrever a nossa experiência com a cirurgia laparoscópica para o tratamento da endometriose vesical, nomeadamente no que se refere à resolução de sintomas e taxa de recorrência.

**Materiais e métodos:** Estudo retrospectivo. Foram colhidos os dados das doentes submetidas a cirurgia laparoscópica por endometriose profunda entre fevereiro de 2010 e outubro de 2016 e selecionados os casos com envolvimento da parede vesical. Foi avaliada a evolução durante o *follow-up* pós cirurgia.

**Resultados:** Das 247 doentes pacientes submetidas a cirurgia laparoscópica por endometriose profunda durante o período de estudo, 23 (9%)

apresentavam endometriose com envolvimento transparietal da parede vesical.

Treze dessas doentes (56%) apresentavam sintomas do trato urinário, registando-se disúria na totalidade dos casos e 1 caso de hematuria.

O tratamento consistiu em cistectomia parcial com excisão do nódulo vesical por laparoscopia, em todas as pacientes.

Em 6 doentes (26%) coexistia envolvimento ureteral; em 20 (87%) nódulo do septo rectovaginal e em 10 (43%) envolvimento da parede intestinal, pelo que se procedeu também a excisão completa de todas as lesões endometriósicas associadas durante o mesmo procedimento.

A duração do *follow-up* variou entre 4 e 36 meses (média - 15 meses). Todas as pacientes apresentaram regressão completa dos sintomas urinários, não se identificando nenhum caso de recorrência. Registou-se um caso de pielonefrite aguda ao 15º dia de pós-operatório e 1 caso de deiscência de cistorrafia, resolvida com ressutura laparoscópica ao 5º dia pós-operatório.

**Conclusão:** A experiência no nosso Departamento mostra que o envolvimento da bexiga não é raro na endometriose profunda infiltrativa com necessidade de tratamento cirúrgico. O diagnóstico de endometriose vesical deve ser considerado em pacientes com sintomas urológicos irritativos catameniais. A terapêutica por via laparoscópica é viável e segura quando realizada por uma equipa experiente.

## GO 05

### **PASSO A PASSO: HISTERECTOMIA RADICAL COM PRESERVAÇÃO NERVOSA (TIPO C1)**

Hugo Gaspar; Lília Remesso; Filipa Reis; Filipa Coelho; Filipa Santos; Manuel Pontes; Joaquim Vieira  
*Serviço Ginecologia e Obstetrícia Hospital Dr. Nélio Mendonça. Madeira Portugal.*

**Introdução:** A histerectomia radical está associada a disfunção vesical e colo-rectal graves resultante da lesão das estruturas nervosas autonómicas pélvicas.

A técnica de preservação nervos a permite re-

duzir as complicações funcionais sem alterar o outcome oncológico.

Neste vídeo é apresentada a cirurgia de uma paciente com carcinoma do colo uterino, estadio FIGO 1B1, diagnosticada e tratada na Unidade funcional de Ginecologia Oncológica do Hospital Dr. Nélio Mendonça.

**Objetivo:** Demonstração dos passos cirúrgicos da histerectomia radical com preservação nervosa, com especial atenção às referências anatómicas relativas aos espaços pélvicos, paramétrio e estruturas nervosas autonómicas pélvicas

**Material e métodos:** Descrição do vídeo – O procedimento inicia-se com uma cuidadosa inspeção da cavidade abdominal para excluir doença metastática.

Posteriormente, no nosso centro procedemos à linfadenectomia pélvica, cujos passos são sucintamente referidos neste vídeo e que inclui a abertura do espaço para-vesical (medial e lateral).

Dissecção do espaço para-rectal de Latzko e de Okabayashi com isolamento do nervo hipogástrico.

Identificação de estruturas do paramétrio e paracervix, e posterior laqueação da artéria uterina ao nível da sua origem, com recessão até ao nível da veia uterina profunda (abaixo da qual se localiza o plexo hipogástrico inferior).

Abertura do espaço recto-vaginal e secção dos ligamentos útero sagrados, protegendo o nervo hipogástrico.

A dissecção do ureter é completada até à entrada na bexiga, com secção cuidadosa do ligamento vesico uterino por forma a evitar sangramento e lesão dos ramos eferentes vesicais do plexo hipogástrico inferior.

Secção final do restante paramétrio, paracérvix e paracolpio com abertura da vagina a cerca de 2 cm da margem cervical. Encerramento da vagina com pontos intracorpóreos separados.

**Conclusão:** A histerectomia radical com preservação nervosa permite na maioria das situações a radicalidade necessária do ponto de vista oncológico com uma diminuição das complicações

funcionais decorrentes da abordagem clássica. A cirurgia minimamente invasiva através da magnificação da imagem permite uma dissecação anatómica precisa devendo ser, sempre que possível, a abordagem inicial nesta cirurgia.

## CO 06

### **TRAQUELECTOMIA VAGINAL RADICAL (TVR) – 9 ANOS DE EXPERIÊNCIA DO IPO DE COIMBRA**

Fabiane Neves; Paulo Aldinhas; Rita Sousa; Paulo Correia; Elisabeth C. Branco; Vitor Baltar; M<sup>a</sup> Clara Coelho; Sofia Raposo; Luís Sá  
*IPO Coimbra, CHUC- MBB*

**Introdução:** O cancro do colo do útero afeta mulheres de todas as idades, mas 40% de todos os diagnósticos, em estágio inicial (estádios IA1 a IB1), ocorrem em mulheres com menos de 45 anos. O tratamento clássico é a histerectomia abdominal radical com linfadenectomia pélvica (LP). A introdução da técnica (TRV) permitiu à mulheres jovens a possibilidade de manter a fertilidade, com resultados oncológicos semelhantes a técnica clássica. Com o advento da laparoscopia, esta cirurgia tornou-se ainda menos invasiva, uma vez que é possível realizar a linfadenectomia por esta técnica.

**Objetivo:** Avaliar os resultados cirúrgicos e obstétricos de pacientes com cancro do colo do útero em mulheres submetidas a TVR.

**Metodologia:** Estudo *cross-sectional*. Foram avaliados 22 processos clínicos de mulheres submetidas a traquelectomia (2008-2016). As pacientes foram questionadas telefonicamente acerca dos resultados obstétricos. Foram excluídos 2 casos de recidiva, 1 caso de tumor de tipo histológico de mau prognóstico (submetida a histerectomia radical posteriormente) e 1 paciente que não se conseguiu contactar. Os dados foram analisados no SPSS 20.0.

**Resultados:** Foram incluídas 17 pacientes. Em 15 casos a TVR foi com linfadenectomia pélvica laparoscópica (LPL) e apenas 2 casos via abdominal. A idade média foi de 31,2 anos (24-38),

cerca de 65% eram nulíparas. O diagnóstico foi realizado por conização em 64,7% dos casos, o tamanho do tumor era < 2 cm em 82,4%, em 76,5% não havia sinais de invasão linfovascular, o tipo histológico mais frequente foi o carcinoma de células escamosas (88,2%, n = 15), o adenocarcinoma ocorreu em 2 casos. O estágio preponderante foi o IB1 (70,6%, n = 12). As margens cirúrgicas foram negativas em todos os casos e em 53% já não havia lesão maligna. Em média foram retirados 14 gânglios pélvicos. Houve 1 caso de angulação do uréter, 1 caso de lesão do nervo pudendo e 1 caso de linfocelo ligeiro. Houve 5 gestações espontâneas (23,5%), todas chegaram a termo excepto um caso que resultou em parto pré-termo às 25 semanas, em todos os casos o tempo até a gravidez foi < 1 ano de tentativas.

**Conclusões:** A TVR é uma opção terapêutica em casos selecionados de cancro do colo quando as pacientes desejam preservar a fertilidade. A associação da LPL permitiu que esta cirurgia se tornasse ainda menos invasiva do que a TVR com LP abdominal e com bons resultados oncológicos. O nosso estudo mostra taxas de gravidez semelhantes a outros estudos publicados na literatura.

## CO 07

### **A ESTERILIZAÇÃO DEFINITIVA COM DISPOSITIVO ESSURE® – UMA ALTERNATIVA VÁLIDA À LAQUEAÇÃO LAPAROSCÓPICA**

Pedro Viana Pinto<sup>1,2</sup>; Anabela Rocha<sup>3</sup>; Ana Sofia Fernandes<sup>1</sup>; José Ferreira<sup>1</sup>; Margarida Martinho<sup>1,4</sup>; Jorge Beires<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Ginecologia e Obstetria, Centro Hospitalar São João;* <sup>2</sup>*Departamento de Anatomia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;* <sup>3</sup>*Serviço de Ginecologia e Obstetria, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho;* <sup>4</sup>*Departamento de Obstetria e Ginecologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto*

**Introdução:** A esterilização histeroscópica feminina com recurso ao dispositivo Essure® é uma opção viável para contraceção definitiva

sobretudo nas mulheres com co-morbilidades importantes.

**Objetivo:** Descrever a experiência adquirida durante 8 anos de utilização do dispositivo para contraceção definitiva Essure<sup>®</sup>, bem como discutir o método como alternativa à esterilização laparoscópica.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo; foram revistos os processos clínicos de todas as mulheres submetidas a oclusão tubária histeroscópica com Essure<sup>®</sup>, de janeiro de 2009 a setembro de 2016; foi avaliada a segurança, tolerância, complicações, tempo de duração do procedimento e seguimento.

O dispositivo foi colocado de acordo com as instruções do fabricante, utilizando a abordagem vaginoscópica e sem anestesia local.

O método foi apresentado a mulheres com desejo ou indicação para contraceção definitiva, especialmente aquelas com co-morbilidades que pudessem aumentar o risco de complicações cirúrgicas/anestésicas. A localização do dispositivo foi avaliada 3 meses após a colocação por raio X pélvico até 2011 e posteriormente por ecografia 2D/3D. Nos casos de colocação difícil ou imagem não satisfatória no raio X ou ecografia, foi realizada histerossalpingografia (HSG) para confirmação de oclusão tubária.

**Resultados e conclusão:** Foram avaliadas 185 mulheres com média de idade de 37,2 anos (20-49 anos); 155 (82,7%) apresentavam co-morbilidades. Os dispositivos foram colocados bilateralmente em 181 (97,8%) mulheres. Em 4 casos a colocação foi unilateral (2 por salpingooforectomia unilateral prévia e 2 por impossibilidade de colocação do dispositivo numa das trompas). A colocação bilateral conseguiu-se em 7 casos após uma 2<sup>ª</sup> tentativa e num caso foi necessário um 3<sup>º</sup> procedimento. Os dispositivos foram colocados no bloco operatório em 6 casos.

A colocação de Essure<sup>®</sup> foi considerada difícil em 17 casos; 154 (83,2%) não necessitaram

de medicação analgésica durante ou imediatamente após o procedimento; a tolerância foi considerada péssima em apenas 2 casos e em 5 registou-se reação vagal com necessidade de tratamento farmacológico. Não ocorreram complicações importantes. A duração média do procedimento foi de 8,5 minutos.

Em 181 (97,8%) pacientes, o seguimento aos 3 meses demonstrou a localização correta dos dispositivos ou oclusão tubária bilateral por HSG e um caso obteve confirmação da oclusão tubária no 6<sup>º</sup> mês pós-procedimento. Não se registaram gravidezes em mulheres com contraceção assegurada pelo Essure<sup>®</sup> e após alta, nenhuma paciente reportou queixas atribuíveis ao método. De acordo com a nossa experiência, este é um método de esterilização feminina eficaz, seguro e altamente aceitável. Considerando as vantagens da sua realização em gabinete, sem necessidade de anestesia geral ou incisões cirúrgicas e mínima interferência nas atividades de vida diária é uma alternativa a considerar à via laparoscópica.

## P 01

### SACROCOLPOPEXIA LAPAROSCÓPICA VS. SACROCOLPOPEXIA POR LAPAROTOMIA – CASUISTICA DE 3 ANOS DO SERVIÇO DE GINECOLOGIA DO CHTMAD

Inês Sá; Patrícia Alves; Sara Nunes; Yida Fan; Osvaldo Moutinho

*Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro*

**Introdução:** O Prolapso dos Órgãos Pélvicos (POP) representa uma das patologias ginecológicas mais prevalentes. O *gold-standard* do tratamento cirúrgico para o prolapso da cúpula vaginal é a sacrocolpopexia por via abdominal, dada a sua taxa de eficácia. Recentemente, novas abordagens cirúrgicas, como a sacrocolpopexia laparoscópica, têm surgido, teoricamente associadas a menor tempo de internamento e de recuperação. No entanto, relativamente à taxa de eficácia e às complicações operatórias, os dados ainda são escassos, o que tem limitado a sua generalização na correção do prolapso apical.

**Objetivo:** Avaliar a taxa de recorrência de POP e a satisfação pessoal/qualidade de vida pós-cirurgia, bem como o tempo de internamento e complicações operatórias.

**Material e métodos:** Foi realizado um estudo de coorte retrospectivo de mulheres submetidas a cirurgia de correção de POP apical, entre 01/01/2013 e 31/06/2016, no CHTMAD. Dividiu-se a amostra em 3 grupos: mulheres submetidas a Sacrocolpopexia por Laparotomia (grupo A), a Histerectomia Abdominal total com sacrocolpopexia (grupo B) e a Sacrocolpopexia por Laparoscopia (grupo C). Os dados demográficos da amostra, tempo de internamento e complicações foram avaliados. Foi conduzida uma entrevista telefónica para aplicação do *Pelvic Floor Impact Questionnaire – short form 7* (PFIQ-7). Foi definido como outcome principal a recorrência de POP apical e como secundários o tempo de internamento, as complicações operatórias e o *score* obtido no PFIQ-7.

**Resultados:** Foram intervencionadas 36 mulheres (15 no grupo A, 12 no B e 9 no grupo C). A percentagem de recorrência de POP apical foi de 5,5%. A média de dias de internamento variou entre 3,44 dias após procedimentos laparoscópicos, 7,42 dias no grupo B e 4,93 dias no grupo A. Regista-se um caso de Sacrocolpopexia laparoscópica com necessidade de conversão em laparotomia. As complicações operatórias foram mais frequentes nos grupos A e B, com 2 deiscências e 1 infeção da ferida cirúrgica, 1 caso de pneumonia nosocomial e 2 hérnias incisionais. Em relação à aplicação do PFIQ-7, 63,9% da amostra respondeu. A média do *score* obtido no grupo C foi de 65,2 pontos, no grupo A de 16,1 e no grupo B de 8,2 pontos. **Conclusões:** Embora escasseiem análises randomizadas sobre a taxa de recorrência de prolapso, 5,5% parece-nos um valor aceitável. A Sacrocolpopexia por Laparoscopia é cada vez mais uma opção válida para a correção de POP, dado o menor tempo de internamento e complicações associadas.

## P 02

### QUANDO OS ACHADOS HISTEROSCÓPICOS E HISTOPATOLÓGICOS NÃO SE CORRELACIONAM NO DIGNÓSTICO DE PÓLIPO ENDOMETRIAL

Mariana Mouraz; Sara Proença; Cristina Vilhena; Vera Cunha; Filipa C Ribeiro; Filomena Nunes  
*Serviço de Ginecologia, Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida*

**Introdução:** Os pólipos do endométrio (PE) são proliferações focais da camada basal do endométrio, com prevalência muito variável (7,8 e 34,9%). Os PE constituem a principal indicação para histeroscopia.

**Objetivo:** Estudar o papel da histeroscopia no diagnóstico de PE e a sua concordância com os achados histopatológicos.

**Material e métodos:** O presente estudo é transversal e retrospectivo. Foram estudados os processos de todas as pacientes submetidas a

histeroscopia no Serviço de Ginecologia entre 01/01/2015 e 31/12/2015, com diagnóstico histopatológico final de PE.

**Resultados:** No período em estudo foram realizadas 408 histeroscopias. O diagnóstico de PE foi encontrado em 247 amostras, divididas em pólipos: simples ( $n = 235$ , 95.1%), com hiperplasia sem atipia ( $n = 9$ , 3.6%) e atípica ( $n = 1$ , 0.4%) e adenocarcinoma endometrióide ( $n = 2$ , 0.8%). A idade média foi de 58.8 anos. Cento e sessenta e quatro (66.4%) mulheres estavam na pós-menopausa, 148 (59.9%) apresentavam pelo menos uma comorbidade médica (obesidade, hipertensão arterial, diabetes, tabagismo ou cancro da mama sob tamoxifeno) e 44 (17.8%) apresentavam queixas de sintomatologia de hemorragia uterina anómala.

Encontrou-se correlação diagnóstica em 222 casos, sendo a sensibilidade da histeroscopia para deteção de PE de 89.9%.

**Conclusões:** A histeroscopia tem um papel fulcral no que diz respeito à possibilidade de colheita de material dirigido para diagnóstico definitivo e tratamento de mulheres com diagnóstico de PE, através da visualização direta da cavidade uterina e do endométrio. No entanto, é um procedimento invasivo, relativamente caro, que exige equipamentos específicos e pessoal treinado.

A sensibilidade da histeroscopia para diagnóstico de PE descrita na literatura varia de 75.3-90%.

São importantes mais estudos para que se estabeleça o potencial maligno dos pólipos e qual a sua indicação cirúrgica para evitar procedimentos, custos e complicações desnecessários.

### P 03

#### **ECOGRAFIA TRANSVAGINAL NO ÚTERO MIOMATOSO. ESTUDO DE REGRESSÃO COM PEÇA HISTOLÓGICA**

Gunes Karakus; Carolina Rocha; Isabel Valada  
*Hospital de Santarém*

**Introdução:** O mioma uterino é a patologia mais frequente do útero sendo a cirurgia convencional uma das opções preferidas no seu tratamen-

to. A ecografia é o exame de eleição na primeira abordagem da patologia miomatosa e é primordial no planeamento préoperatório.

**Objetivos:** Avaliar a acuidade de ecografia transvaginal na medição de miomas e cálculo de volume uterino.

**Material e métodos:** Estudo tipo coorte retrospectivo das 85 histerectomias totais abdominais realizadas num período de 3 anos [2014;2016] numa única instituição. A idade média das doentes à data de cirurgia era de  $47,9 \pm 5,4$  anos. Entre a realização de ecografia ginecológica e a cirurgia decorreram  $4,1 \pm 2,8$  meses. Colheita e processamento estatístico de volumes uterinos (vU) e diâmetros máximos do maior mioma (dM) estimados por ecografia e determinados em peça histológica. Comparação por correlação de Pearson com regressão linear, assumindo o teorema de limite central. Elaboração de curva de Característica de Operação do Receptor (ROC) para determinação de pontos de corte ótimos para aplicação das fórmulas de regressão enquanto estimativa dos vU e dM. Significância estatística assumida para  $p < 0,05$ .

**Resultados e conclusões:** O vU medido por ecografia era de  $424,6 \pm 243,9$  mL e na peça histológica de  $470,6 \pm 278,8$  mL, sem relação com o tempo entre medições ( $p = 0,730$ ). O dM medido por ecografia era de  $67,6 \pm 34,0$  mm e na peça histológica de  $66,4 \pm 37,9$  mm, também sem relação temporal ( $p = 0,585$ ). Observadas regressões lineares para o vU, segundo a fórmula  $vUr(\text{mL}) = 0,680 \cdot vUe + 232,7$  (vUr: volume uterino estimado; vUe: volume uterino ecográfico;  $p < 0,001$ ; sensibilidade 79,3% e especificidade 75,0% para um vUe  $> 237,2$  mL) e para o dM, segundo a fórmula  $dMr(\text{mm}) = 0,776 \cdot dMe + 13,9$  (dMr: diâmetro máximo de mioma estimado; dMe: diâmetro máximo em ecografia;  $p < 0,001$ ; sensibilidade 79,7% e especificidade 60,0% para um dMe  $> 46,9$  mm). Conclui-se que a ecografia subestima consistentemente o volume uterino e o diâmetro máximo do maior mioma, o que é corrigível com as fórmulas determinadas oferecendo

sensibilidade e especificidade elevadas. O conhecimento desta diferença pode ser útil na orientação terapêutica nomeadamente na escolha da via cirúrgica. O tempo decorrido entre a execução da ecografia ginecológica e a cirurgia não parece influenciar o erro de estimativa.

#### **P 04**

### **HISTERECTOMIA LAPAROSCÓPICA**

#### **– A REVISÃO DE UM ANO**

Bruna Ambrósio; André Correia

*Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca*

**Introdução:** A histerectomia é uma das intervenções cirúrgicas mais frequentemente realizadas em todo o mundo. Nos últimos anos, com a evolução das técnicas endoscópicas e a diferenciação dos cirurgiões na abordagem laparoscópica, verificou-se um crescente número de procedimentos realizados por esta via. Atualmente é uma das vias preferenciais para a realização da histerectomia, com vantagens em termos de morbilidade, internamento hospitalar e retorno à atividade normal, quando comparada à via de abordagem clássica por laparotomia.

**Objetivos:** Análise de todas as histerectomias laparoscópicas realizadas no serviço de ginecologia do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (HFF) no ano 2016, tendo em consideração a idade das doentes, o índice de massa corporal, a indicação cirúrgica, a experiência do cirurgião, a duração da cirurgia, as complicações intra e pós-operatórias, a duração do internamento, a dimensão da peça cirúrgica e o diagnóstico histológico.

**Material e métodos:** Pesquisa na base de dados de registo das cirurgias do serviço de ginecologia, selecionado os resultados de acordo com o procedimento “histerectomia laparoscópica” e data “01/01/2016 a 31/12/2016”. Consulta dos dados clínicos no processo informático das doentes.

**Resultados e conclusões:** Durante o ano 2016 foram realizadas 50 histerectomias laparoscópicas no serviço de ginecologia do HFF. A idade

média das doentes foi de 57 anos. A maioria das intervenções foram realizadas por patologia benigna (84%) e por cirurgiões especialistas experientes ou muito experientes. A duração média das cirurgias foi de 160 minutos e não houve registo de complicações intra ou pós-operatórias graves. O tempo de internamento após a cirurgia foi em média de dois dias. As dimensões das peças cirúrgicas foram variadas, tendo o útero maior a dimensão de 154x90x64 mm e 353g de peso. Em comparação com anos anteriores, verificámos em 2016 um aumento do número e da complexidade das histerectomias laparoscópicas, o que permitiu aperfeiçoar a técnica por parte dos cirurgiões, melhorar a formação dos internos da especialidade e proporcionar às doentes as vantagens desta abordagem cirúrgica minimamente invasiva.

#### **P 05**

### **DIAGNÓSTICO HISTEROSCÓPICO DA HEMORRAGIA PÓS MENOPAUSA**

Sara Proença; Mariana Mouraz; Filipa Ribeiro;

Vera Cunha; Cristina Vilhena; Filomena Nunes

*Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida*

**Introdução:** O carcinoma do endométrio constitui a neoplasia mais comum do trato genital feminino, sendo diagnosticada na sua maioria após os 50 anos. A hemorragia surge como primeiro sintoma em cerca de 90% das mulheres com carcinoma endometrial. Por outro lado, cerca de 10-20% das hemorragias pós-menopausa têm como base uma lesão proliferativa subjacente. A abordagem mais comum da hemorragia pós-menopausa tem sido a ecografia aliada à realização de biópsia aspirativa. No entanto, a utilização do estudo histeroscópico dirigido surge de modo crescente como abordagem inicial.

**Objetivo:** Avaliar a eficácia diagnóstica da histeroscopia para lesões proliferativas e patologia benigna em mulheres com hemorragia pós-menopausa.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo de histeroscopias realizadas entre janeiro a dezembro

de 2015 por hemorragia pós-menopausa no Serviço de Ginecologia do Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida. O resultado histológico foi comparado com o do examinador e agrupado em diferentes grupos: sem patologia, patologia benigna, patologia proliferativa e carcinoma.

**Resultados:** Foram realizadas 448 histeroscopias no ano de 2015, das quais 61 por hemorragia pós menopausa. Dois exames foram excluídos por ocorrência de falso trajeto durante o procedimento. A idade média foi de 63,1 anos, variando entre os 42 e os 84. Os achados histeroscópicos foram de polipo em 57,6% (n = 34), fibromioma uterino em 1,7% (n = 1), atrofia endometrial em 28,8% (n = 17), hiperplasia em 5% (n = 3) e carcinoma em 8,5% (n = 5). A histologia correspondeu a atrofia em 20% (n = 12), polipo em 45% (n = 27), fibromioma submucoso em 5% (n = 3), lesões hiperplásicas em 15% (n = 9) e a carcinoma em 13% (n = 8). A concordância para a patologia maligna foi de 100%, para a patologia proliferativa de 50% e para a patologia benigna 82,1%. Verificou-se que dois carcinomas diagnosticados em histopatologia não foram corretamente identificados por histeroscopia, sendo que em um lhe foi atribuído o diagnóstico de polipo e noutro de hiperplasia. Também em 20,5% (n = 7) de lesões diagnosticadas como polipo revelaram ser lesões proliferativas em histologia.

**Conclusões:** A histeroscopia é um procedimento com elevada eficácia diagnóstica na hemorragia pós-menopausa. O diagnóstico de atrofia endometrial ou de patologia benigna foi suficiente para excluir carcinoma em 50 de 51 histeroscopias (erro 0,33%), em mulheres pós-menopausa sintomáticas. Os polipos devem ser abordados como lesões com capacidade proliferativa e potencial de malignidade. Os achados histeroscópicos devem, sempre que exequível, ser confrontados com resultados histopatológicos.

## P 06

### HISTEROSCOPIA NA MULHER INFÉRTIL

Filipa Reis; Cristina Pestana; Filipa Santos; Cláudia Freitas; Lília Remesso; Joaquim Vieira  
*Serviço de Ginecologia e Obstetria, Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM,EPE., Funchal*

**Introdução:** A histeroscopia é um exame complementar frequentemente utilizado no estudo da infertilidade e avaliação da cavidade uterina previamente à realização de técnicas de procriação medicamente assistida (PMA). É o *gold standard* para o diagnóstico de anomalias da cavidade uterina e confere adicionalmente uma oportunidade de intervenção terapêutica.

**Objetivos:** Este trabalho teve por objetivo identificar e caracterizar as histeroscopias motivadas por infertilidade, realizadas em ambulatório no nosso Serviço entre 2013 e 2014.

**Material e métodos:** Estudo descritivo transversal retrospectivo, com consulta dos relatórios de histeroscopia referentes aos anos de 2013 e 2014 (n = 1490). Foram selecionadas as histeroscopias motivadas por infertilidade (n = 45) e os respetivos processos clínicos foram posteriormente consultados. Analisaram-se as seguintes variáveis: tipo de histeroscopia, diagnóstico e complicações da mesma, procedimentos realizados, tipo e tempo de infertilidade, características das utentes, e número de gravidezes.

**Resultados:** Três por cento (n = 45) das histeroscopias foram realizadas por infertilidade, e em 66,7% dos casos (n = 30) esta foi o único motivo para o exame. 46% das utentes apresentava infertilidade primária, 42,2% secundária. O tempo médio de infertilidade foi 3,55 anos.

Das 45 histeroscopias efetuadas, 51,1% (n = 23) foram diagnósticas, 28,9% (n = 13) cirúrgicas e 10% (n = 9) simultaneamente diagnósticas e cirúrgicas. Relativamente ao diagnóstico, 31,1% dos exames foram normais, 20% revelou pólo(s) endometrial, 11,1% pólo(s) cervical, 8,9% sinéquias uterinas (destas, 3 apresentavam história de curetagem), 2,2% mioma sub-

mucoso e em 26,7% outros diagnósticos - entre estes 2 malformações uterinas. 36,7% das histeroscopias realizadas exclusivamente por infertilidade foram normais. Realizaram-se 16 biópsias endometriais, 8 polipectomias endometriais e 5 polipectomias do endocolo. Nenhuma complicação foi registada.

Após a histeroscopia, 4 mulheres realizaram intervenção cirúrgica adicional – nenhuma engravidou.

Das 45 mulheres estudadas, 19 (42,2%) engravidaram, 68,4% após técnica(s) de PMA, 26,3% sem qualquer intervenção. Registaram-se 13 perdas de *follow-up*.

**Discussão:** A maioria das histeroscopias foi requisitada no decorrer do estudo da infertilidade do casal, e previamente à realização de técnicas de PMA. Entre as intervenções mais efetuadas encontra-se a biópsia do endométrio para datação do endométrio ou exclusão de endometrite.

## P 07

### PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES QUE VÃO SER SUBMETIDAS A HISTEROSCOPIA

Alberto Sarmento<sup>1</sup>; José Alberto Fonseca Moutinho<sup>2</sup>; Sara Nunes<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UCSP S. Miguel, ULS Castelo Branco; <sup>2</sup>Faculdade de Ciências da Saúde, UBI; <sup>3</sup>Escola Superior de Gestão, Instituto Politécnico de Castelo Branco.

**Introdução:** A histeroscopia é uma técnica considerada, pelos clínicos, como sendo minimamente invasiva. Tal perspetiva não coincide com as expectativas das utentes submetidas a esse exame. Estas sofrem níveis significativos de stress dependente das suas características (sociodemográficas e clínicas), com repercussões na sua percepção da qualidade de vida (QV), nas taxas de sucesso e satisfação.

**Objetivo:** Avaliar a percepção da QV da paciente imediatamente antes do procedimento.

**Métodos:** Estudo prospetivo de uma amostra de conveniência de pacientes referenciadas para a histeroscopia em ambulatório. Aplicação presencial do questionário SF-36 e colheita de dados

sociodemográfico-clínicos. A análise estatística das respostas foi realizada através do programa SPSS. Estudo correlacional e aplicação do método de regressão logística binária, confirmado, quando válido, pelo método de regressão linear. Um ponto de corte para definir "baixa" *versus* "alta" QV foi calculado usando os primeiros quartis de cada domínio de saúde do SF-36.

**Resultados:** Dos 127 inquiridos entregues, 95 tinham a informação completa para a análise e cumpriam os critérios de inclusão. A média das idades foi de 55 (desvio padrão 12,2). Os preditores da QV significativos na histeroscopia são o uso de antidepressivos/psicotrópicos, a idade, a hipertensão arterial, a insuficiência económica e a escolaridade ( $p < 0.05$ ). A sensibilidade, especificidade e precisão do modelo do funcionamento físico foram 65.1, 80.8, e 73.7% respetivamente, tendo os restantes modelos menor classificação global.

**Conclusão:** A utilização de antidepressivos e a idade são os melhores fatores preditivos da sensação de maior e menor QV, respetivamente, afetando mais domínios de saúde do SF-36. O nível de escolaridade está correlacionado positivamente com a "limitação nas atividades de vida diária por problemas emocionais". Pelo contrário, a insuficiência económica está associada negativamente com a vitalidade. Estes resultados confirmam os descritos na literatura.

## P 08

### VIAS DE ABORDAGEM CIRÚRGICA EM GINECOLOGIA – A EXPERIÊNCIA DO HFF NOS ÚLTIMOS 7 ANOS

Filipa Caeiro; Diogo Bruno; Laura Reis; Sara Nascimento; Bruna Ambrósio; Irina Ramilo; Teresa Diniz-Costa; Amélia Pedro; José Silva Pereira  
*Serviço de Ginecologia do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca*

**Introdução:** Com o progressivo aumento de diferenciação na laparoscopia ginecológica, melhor equipamento e maior treino dos ginecologistas nesta via, tem-se verificado um aumento da abordagem laparoscópica em cirurgia gine-

cológica, mesmo nos casos mais complexos, em cirurgia de urgência e inclusivamente, em cirurgia oncológica.

**Objetivos:** Pretendeu-se avaliar a evolução do serviço de ginecologia do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, nos últimos 7 anos na sua atividade cirúrgica.

**Material e métodos:** Revisão da atividade do serviço de Ginecologia de 2010 a 2016, consultando processos, listagem internamentos, base dados cirúrgica e de intercorrências. Foram analisadas as indicações e procedimentos cirúrgicos, assim como as intercorrências. Análise estatística em Excel.

**Resultados:** Obtiveram-se um total de 5535 mulheres operadas no serviço durante o período supra citado. As indicações cirúrgicas foram analisadas por órgão, sendo a patologia do corpo do útero (2141 cirurgias) e patologia mamária (1234 cirurgias), as mais frequentes. No total das cirurgias realizadas 953 foram laparoscopias (17%), 1476 laparotomias (27%), 728 cirurgias via vaginal (13%), 1234 cirurgias da mama (22%), 1041 ressectoscopias/histeroscopias no bloco (19%) e 98 cirurgias sobre a vulva e vagina (2%). Verificou-se ao longo dos 7 anos, uma diminuição da via laparotómica e um aumento da via laparoscópica, mantendo-se sobreponíveis as restantes vias cirúrgicas. Em particular, verificou-se nos últimos anos um aumento da via laparoscópica complexa, aumentando-se o número de histerectomias por esta via (total 183, sendo 144 realizadas nos últimos 4 anos), assim como o número de laparoscopias realizadas em contexto de urgência (sobretudo em contexto de gravidez ectópica) e de cirurgia oncológica por esta via (26 cirurgias, a maioria nos últimos 2 anos).

No período avaliado verificaram-se 72 casos de intercorrências (1,3%): infecciosas 13 casos, deiscências de ferida operatória/cúpula 9 casos, hemorrágicas 25, iatrogénicas com lesão iatrogénica de órgão 25 casos (bexiga 4 casos, uréter 5 casos, intestino 4 casos, perfuração uterina com manipulador/falso trajeto na dilatação

cervical 8 casos, laceração de veia abdominal 1 caso, laceração de nervo femoral 1 caso, trajeto intravaginal de TVT-O 1 caso). Em particular, na laparoscopia, apenas se verificaram 4 intercorrências (1 hematoma da cúpula, 1 infecção pélvica, 1 lesão de intestino e 1 caso hérnia da parede com quadro de oclusão em porta de trocar umbilical 1 caso).

Os dados de conversão por laparoscopia foram analisados apenas no período de 2016, com uma taxa de conversão de 8% (9 histerectomias, 1 linfadenectomia, 2 quistos anexiais, 1 ectópica cornual).

**Discussão/Conclusão:** Os resultados traduzem um processo de mudança do serviço, apostando progressivamente nos procedimentos minimamente invasivos. O aumento da experiência na via laparoscópica tem permitido alargar os critérios para indicação de abordagem laparoscópica, com conseqüente decréscimo da abordagem laparotómica, proporcionando as vantagens de uma via menos invasiva, reflectindo-se também no menor número de complicações. Globalmente, a taxa de complicações/intercorrências foi baixa, 1,3%.

## P 09

### EVOLUÇÃO NOS ÚLTIMOS 7 ANOS DA VIA DE ABORDAGEM CIRÚRGICA NAS HISTERECTOMIAS

Filipa Caeiro; Diogo Bruno; Laura Reis; Sara Nascimento; Bruna Ambrósio; Irina Ramilo; Teresa Diniz-Costa; Amélia Pedro; José Silva Pereira  
*Serviço de Ginecologia do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca*

**Introdução:** A via vaginal e a laparoscopia são, actualmente, as vias de abordagem preferenciais na realização de uma histerectomia. A laparoscopia tem vantagens em relação à via vaginal na presença de massas anexiais, endometriose, doença inflamatória pélvica ou aquando da existência de cirurgias abdominais prévias. Porém, a curva de aprendizagem em laparoscopia é mais lenta e, conseqüentemente, o resultado final da cirurgia depende da experiência do cirurgião.

**Objetivos:** Pretendeu-se avaliar a evolução do serviço de ginecologia do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, nos últimos 7 anos, em relação às vias de abordagem na histerectomia.

**Material e métodos:** Revisão da atividade do serviço de Ginecologia de 2010 a 2016, consultando processos, listagem internamentos, base dados cirúrgica e de intercorrências. Foram analisadas as vias cirúrgicas, assim como as intercorrências. Análise estatística em Excel.

**Resultados:** Obtiveram-se um total de 1890 histerectomias realizadas no período supra-citado, das quais 279 (15%) foram por patologia maligna. Globalmente, foram realizadas 183 (10%) por laparoscopia, 1281 (68%) por laparotomia e 426 (22%) por via vaginal. Verificou-se um aumento progressivo da histerectomia laparoscópica nos últimos anos (4% do total de histerectomias em 2010, com predomínio de LAVH (Histerectomia vaginal assistida por laparoscopia), comparativamente com 22% do total das histerectomias de 2016, com predomínio de TLH (Histerectomia totalmente laparoscópica). Verificou-se também uma diminuição da frequência absoluta e relativa das histerectomias por laparotomia (77% do total das histerectomias de 2010 para 57% em 2016). A via vaginal manteve-se relativamente estável ao longo dos anos. Relativamente à patologia oncológica, foram realizadas 253 histerectomias (13%) em contexto oncológico nestes 7 anos (entre 25 e 52 procedimentos por ano). Apenas começaram a ser realizadas histerectomias por laparoscopia em 2014, tendo-se realizado nestes 3 anos, 26 TLH. Em 2016, foram realizadas 52 histerectomias oncológicas das quais 15 (29%) por laparoscopia.

A taxa de complicações global foi de 2% (39 complicações). A maioria ocorreu na via laparotómica (33 casos), destacando-se o hematoma da cúpula vaginal (8 casos), infecção da ferida operatória (7 casos) e hematoma da parede abdominal (4 casos).

No último ano, foi analisada a taxa de conversão para laparotomia, que ocorreu em 9 HTL

(14%), sendo os principais motivos útero muito volumoso e dificuldade de manipulação uterina, assim como processo aderencial extenso e ausência de material adequado.

**Discussão/Conclusão:** Os resultados traduzem um processo de mudança do serviço com uma maior aposta nos procedimentos minimamente invasivos.

O aumento da experiência em laparoscopia tem permitido um maior alargamento dos critérios para indicação da via laparoscópica, encontrando-se o serviço actualmente a iniciar a sua curva de aprendizagem na área da oncologia. Globalmente, a taxa de complicações/intercorrências foi baixa de 2% e a taxa de conversão laparoscópica em 2016 de 14%.

## P 10

### HISTERECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA – AVALIAÇÃO DOS PRIMEIROS 9 CASOS

Paulo Aldinhas; Paulo Correia; Rita Sousa  
*IPO – Coimbra*

**Introdução:** O cancro do colo do útero é o 2º cancro mais frequente nas mulheres e a 3ª causa de morte. A incidência em Portugal é de 8,9/100.000. Nos estádios iniciais, sem preservação de fertilidade, o tratamento cirúrgico indicado é a histerectomia radical e linfadenectomia pélvica.

**Objetivos:** Avaliar os resultados cirúrgicos e oncológicos das 1ªs cirurgias realizadas por via laparoscópica no IPO-Coimbra.

**Material e métodos:** Foram avaliados retrospectivamente os processos das 9 cirurgias realizadas no IPO de Coimbra, de maio de 2015 a novembro de 2016.

**Resultados:** Foram avaliadas 9 doentes com idades média 44,2 [33-58], e IMC 25,8 [19,1-32,4]. Uma doente estava no estádio IA2, 7 no IB1 e 1 no IB2 (reestadiada no pós-operatório pelo resultado da AP). 77,8% eram carcinoma espinho celular e 22,2% adenocarcinoma. 57% tinham cirurgias abdominais prévias e 2 eram nulíparas. Foram realizadas HRL com linfadenectomia

pélvica (mediana 16 gânglios [8-22]) associada em 7 casos a salpingectomia bilateral (2 com transposição dos ovários) e em 2 a anexectomia bilateral, com um tempo médio de 263 min. Não se registaram complicações intra-operatórias, sendo a perda sanguínea inferior a 20cc em 4 doentes e inferior a 50 em 5 casos. Estiveram algaliadas com uma mediana de 2 dias [1-22]. Houve 2 casos de retenção urinária com algaliação durante 15 e 22 dias com resolução completa. A mediana de internamento foi de 3 dias [2-8]. 1 doente teve como complicação, ao 7º dia PO, fistula recto-vaginal, associada a endometriose, que se resolveu com terapêutica conservadora. 1 caso teve persistência da doença associada a margem radial focalmente positiva. Restantes doentes sem sinal de recidiva, com um tempo médio de vigilância de 10,5 meses (2,6-20,8).

**Conclusões:** A realização de cirurgias complexas por laparoscopia, nomeadamente a histerectomia radical, é possível e será a via de abordagem preferencial para o tratamento cirúrgico do carcinoma do colo do útero. A preservação das estruturas nervosas, a menor perda sanguínea, baixa incidência de complicações intra-operatórias, o menor tempo de algaliação e alta precoce foram as principais vantagens encontradas nestes primeiros casos de histerectomia radical. A abordagem por laparoscopia não impede o aparecimento de complicações major pelo que os cuidados com a técnica cirúrgica não devem ser desvalorizados.

## P 11

### **AVALIAÇÃO ECOGRÁFICA DA CICATRIZ DE CESARIANA – PREVALÊNCIA DE NICHOS E SINTOMATOLOGIA ASSOCIADA**

Carla Peixoto; Joana Xavier; Ana Sofia Fernandes;  
José Ferreira; Jorge Beires  
*Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar de São João*

**Introdução:** O nicho corresponde a uma imagem hipocogénica no miométrio do segmento uterino inferior, com mais de 2mm e reflete

uma descontinuidade do miométrio no local da cicatriz de cesariana, que potencialmente pode estar associado a sintomatologia ginecológica e a maus desfechos obstétricos.

**Objetivos:** Avaliar a prevalência de nicho ístmico em mulheres com cesariana anterior e a sua relação com sintomatologia ginecológica, nomeadamente hemorragia uterina anómala (HUA) intermenstrual escassa/pós-menopausica, sintomas urinários e corrimento.

**Material e métodos:** Estudo prospetivo, realizado entre fevereiro de 2016 e janeiro de 2017, que incluiu todas as mulheres com cesariana anterior submetidas a ecografia ginecológica na unidade de ecografia de um hospital terciário. Foi considerada a presença de nicho quando a descontinuidade do miométrio foi superior a 2mm. Nas mulheres com nicho foi avaliada a sua forma, dimensões, miométrio total e residual. A sintomatologia ginecológica foi avaliada recorrendo aos registos clínicos das doentes.

**Resultados e conclusões:** Foram incluídas 390 mulheres, com idade média de  $46,8 \pm 8,75$  anos (24-80 anos). A prevalência global de nichos foi de 15,6% (n = 68). A HUA foi referida em 4,5% das mulheres com cesariana anterior sem nicho e 21,4% (n = 14) das mulheres com nicho (n = 12,  $p < 0,001$ ). A prevalência do corrimento também parece estar aumentada em mulheres com cesariana anterior que apresentam nicho comparativamente com aquelas sem nicho [5,1% (n = 16) vs. 14,3% (n = 8),  $p = 0,011$ ]. Não se encontraram, contudo, diferenças estatisticamente significativas na sintomatologia urinária entre os dois grupos ( $p = 0,927$ ). As formas de nicho mais frequentemente encontradas foram o cisto de inclusão (40%), o triângulo (25%) e a gotícula (18,3%). Não existem diferenças estatisticamente significativas em termos de sintomatologia urinária ( $p = 0,498$ ), HUA ( $p = 0,436$ ) e corrimento ( $p = 0,844$ ) relacionadas com a forma do nicho. A dimensão do miométrio residual também não parece afetar a prevalência de HUA ( $p = 0,714$ ), corrimento ( $p = 0,648$ ) ou sintomas urinários ( $p = 0,963$ ).

Em conclusão a prevalência de nichos em mulheres com cesariana anterior neste estudo é inferior à descrita na literatura, mesmo considerando que esta é muito variável. Constatou-se um aumento da prevalência de HUA e corrimento nas mulheres com nicho. A forma do nicho e a dimensão do miométrio residual não parecem influenciar a presença de sintomatologia.

## P 12

### ENDOSCOPIA E MALFORMAÇÕES UTERINAS – A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Marta Brito; Alexandra Coelho; Guida Gomes; Fátima Palma)

*Centro Hospitalar Lisboa Central – Maternidade Dr. Alfredo da Costa*

**Introdução:** As malformações uterinas congénitas (prevalência de 4,3%) incluem vários tipos de alterações da anatomia normal, com diferentes manifestações clínicas na saúde reprodutiva. A endoscopia para além de ter um papel no diagnóstico é a via preferencial no tratamento cirúrgico dos sintomas associados a algumas destas situações.

**Objetivo:** Apresentar exemplos da aplicação da endoscopia na abordagem de malformações uterinas sintomáticas, com os casos clínicos de duas adolescentes vigiadas na Unidade de Adolescentes da MAC.

**Casos clínicos:** Caso 1 – 16 anos, menarca aos 11 anos, coitarca aos 15 anos, nulípara, sem antecedentes pessoais relevantes; recorreu à consulta por dismenorreia intensa. Ao exame objetivo: formação móvel, indolor, com cerca de 7 cm na região anexial esquerda; sem outras alterações. A ecografia ginecológica revelou imagem sugestiva de um hemi-útero à direita, cavidade rudimentar à esquerda não comunicante, colo comunicante com a cavidade principal, e formação quística anexial esquerda compatível com endometrioma de 7 cm. Realizou ressonância magnética (RMN) pélvica que corroborou os achados ecográficos e a histerossalpingografia confirmou a ausência de comunicação entre

as duas cavidades. (Classe ESHRE/ESGE,2013: U4a, C0, V0). Ecografia renal sem alterações. Foi medicada com contraceção hormonal combinada (CHC), tendo ficado inicialmente assintomática e posteriormente com recorrência dos sintomas. Submetida a laparoscopia, com confirmação dos achados imagiológicos e excisão de cavidade acessória e do endometrioma. Realizada histeroscopia diagnóstica no mesmo tempo operatório que confirmou colo e vagina únicos; cavidade uterina ampla, sem visualização de orifício tubário esquerdo. Actualmente assintomática sob CHC.

Caso 2 – 15 anos, menarca aos 12 anos, sem início de vida sexual, sem antecedentes pessoais relevantes; sob CHC contínua há 1 ano por dismenorreia intensa; recorreu à consulta por manter queixas álgicas. Ecograficamente: imagem sugestiva de hemi-útero esquerdo, com cavidade rudimentar direita não comunicante com hematometra; colo comunicante com a cavidade principal e vagina sem alterações. Realizou RMN pélvica que corroborou os achados ecográficos (Classe ESHRE/ESGE,2013: U4a, C0, V0). Ecografia renal sem alterações. Pela persistência e gravidade dos sintomas foi submetida a laparoscopia, com confirmação dos achados imagiológicos e excisão de cavidade acessória; realizada histeroscopia diagnóstica no mesmo tempo operatório (colo e vagina únicos; cavidade uterina ampla, sem visualização de orifício tubário direito). Actualmente assintomática sem CHC.

**Conclusões:** O diagnóstico precoce das malformações uterinas implica um elevado grau de suspeição clínica integrado com a imagiologia, nomeadamente a ecografia e a RMN pélvica. Quando indicado, a laparoscopia pode levar à resolução dos sintomas associados.

## P 13

### CASUÍSTICA DE HISTERECTOMIAS TOTAIS LAPAROSCÓPICAS DO CHTMAD DE 2013 A 2016

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

**Introdução:** As três principais abordagens para a histerectomia são a via vaginal, a via abdominal e a via laparoscópica. De acordo com uma revisão de 2009 da *Cochrane*, bem como as recomendações da *American Congress of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), a via vaginal é a via de abordagem de primeira linha da histerectomia. A histerectomia laparoscópica deverá ser realizada sempre que a via vaginal não for exequível ou indicada, a fim de se evitar a via abdominal. Em comparação com esta última, a via laparoscópica apresenta vários benefícios: menos dor pós-operatória, menor tempo de internamento, recuperação mais rápida e melhores resultados estéticos. No serviço de Ginecologia do CHTMAD, iniciou-se a realização de histerectomias laparoscópicas em 2013.

**Objetivos:** Análise da casuística de histerectomias totais laparoscópicas do Serviço de Ginecologia de CHTMAD.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos das doentes submetidas a histerectomia total por via laparoscópica no Serviço de Ginecologia do CHTMAD entre janeiro de 2013 e dezembro de 2016 (n = 46).

**Resultados e conclusões:** A idade média das doentes foi 49,6 anos. Em relação aos antecedentes cirúrgicos, 33% dos casos tinha pelo menos uma cirurgia abdomino-pélvica. O índice de massa corporal médio foi 27 kg/m<sup>2</sup>, verificando-se que 24% das doentes eram obesas. A principal indicação cirúrgica foi hemorragia uterina anormal (63%). O tempo operatório médio para a realização da histerectomia total laparoscópica foi 137 minutos e a duração média do internamento após a cirurgia foi 2,5 dias. A taxa de complicações intraoperatórias foi de 13%.

A taxa de histerectomias laparoscópicas foi de 5%, num total de 930 histerectomias realizadas no período referido. Com esta análise pode-se concluir que o número total de histerectomias laparoscópicas realizadas no serviço é reduzido, mas existiram alguns fatores que contribuíram para o mesmo: além da necessidade de treino e da longa curva de aprendizagem em laparoscopia, houve diminuição dos períodos de bloco por falta de recursos humanos de Anestesiologia, com aumento da lista de espera.

## P 14

### HISTEROSCOPIA NA MULHER PÓS-MENOPÁUSICA: FACTORES PREDITIVOS DE DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO RELEVANTE

Ana Raquel Neves; Inês Gante; Maria Geraldina Castro; Andreia Leitão Marques; Carla Rodrigues; Conceição Aparício; Fernanda Galdes  
*Serviço de Ginecologia B, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** A ecografia é utilizada por rotina na avaliação da patologia útero-anexial da mulher pós-menopáusicas. Nas doentes sintomáticas, um espessamento endometrial (EE)  $\geq 5$  mm constitui indicação para histeroscopia (HSC), tendo em conta o risco associado de cancro do endométrio (5-20%). Em mulheres assintomáticas, este cut-off não se encontra estabelecido. **Objetivo:** Identificar os factores clínicos preditivos de diagnóstico histológico relevante (DHR) na mulher pós-menopáusicas e determinar o *cut-off* de EE preditivo desta patologia na doente pós-menopáusicas assintomática.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo longitudinal unicêntrico das mulheres pós-menopáusicas submetidas a HSC entre janeiro 2014 e dezembro 2015 através da consulta do processo clínico. Critérios de exclusão: HSC/estudo histológico insatisfatórios, doente sob tamoxifeno/terapêutica hormonal nos 6 meses prévios, ausência de informação, HSC por outras indicações. Considerou-se DHR presença de hiperplasia endometrial com atipia, pólipos endometriais com focos de atipia e carcinoma do endomé-

trio. Análise estatística com recurso ao software SPSS® v.21.

**Resultados:** Foram avaliadas 464 doentes (491 HSC). A idade média foi  $65,42 \pm 8,93$  anos, com idade média de menopausa  $50,00 \pm 4,34$  anos e 40,9% ( $n = 201$ ) das doentes apresentavam metrorragia pós-menopausa (MPM). No total da amostra, 9,2% ( $n = 45$ ) tiveram DHR, mas nas mulheres assintomáticas esta prevalência foi de 2,8% (8/290). Obteve-se uma taxa de complicações de 1,2% ( $n = 6$ ). As doentes com DHR eram mais velhas ( $70,6 \pm 10,1$  vs.  $64,9 \pm 8,65$  anos,  $p < 0,001$ ), apresentaram maior prevalência de MPM (82,2% vs. 36,8%,  $p < 0,001$ ) e maior EE ( $16,68 \pm 8,53$  mm vs.  $10,29 \pm 4,88$  mm,  $p < 0,001$ ). A idade, a presença de MPM e o EE foram fatores preditivos independentes de DHR [ORa = 1,046; IC95% = 1,007-1,086 ( $p = 0,019$ ); ORa = 5,773; IC95% = 2,536-13,141 ( $p < 0,001$ ) e ORa = 1,107; IC95% = 1,051-1,165 ( $p < 0,001$ ), respetivamente]. No entanto, contrariamente às sintomáticas, em mulheres assintomáticas, o EE não se correlacionou com DHR (AUC = 0,786,  $p < 0,001$  vs. AUC = 0,502,  $p = n.s.$ , respetivamente). **Conclusões:** A MPM é o factor com maior sensibilidade para deteção de patologia endometrial grave. Em mulheres pós-menopáusicas assintomáticas, a reduzida prevalência deste diagnóstico impossibilitou a determinação de um cut-off de EE com sensibilidade e especificidade adequadas para a sua deteção. As principais limitações do estudo são a natureza retrospectiva e o tamanho da amostra.

## P 15

### 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 fre-

quentemente afetado (85%). A endometriose da bexiga (EB) pode associar-se a sintomas inespecíficos dificultando o diagnóstico. O diagnóstico precoce é importante para o prognóstico uma vez que o atingimento dos meatos ureterais pelos nódulos de endometriose pode condicionar hidronefrose e conseqüente afeção da função renal. O tratamento definitivo consiste na remoção cirúrgica dos nódulos. O shaving da lesão e a cistectomia parcial são 2 abordagens cirúrgicas possíveis. A via laparoscópica apresenta várias vantagens comparativamente à laparotomia.

**Objetivos:** Analisar mulheres com EB submetidas a tratamento cirúrgico e avaliar os desfechos clínicos, cirúrgicos e taxa de recorrência.

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

**Resultados e conclusões:** Das 298 mulheres submetidas a tratamento cirúrgico por endometriose na nossa instituição durante o período de estudo, 10 (3,4%) corresponderam a casos de EB. 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 dismenorreia, presentes em 100% dos casos, com intensidade média de 7,2 e 8,7, respetivamente, numa escala de dor de 0 a 10. Duas 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 minor ou major e nenhuma das doentes foi reintervencionada posteriormente.

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%.

A cirurgia laparoscópica em casos de EB parece melhorar a sintomatologia e conseqüentemente a qualidade de vida destas mulheres, com baixas taxas de complicações intra e pós-operatórias e uma baixa taxa de recorrência.

## **P 16**

### **MALFORMAÇÕES UTERINAS E ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA**

Joana Félix; Joana Barros; Gisela Fornelos;

Pedro Tiago Silva

*Hospital Pedro Hispano*

**Introdução:** As malformações uterinas consistem num grupo heterogeneo de anomalias do trato genital feminino, cuja incidência é difícil de avaliar pelo facto destas alterações poderem ser assintomáticas.

Para o seu diagnóstico, que pode ser incidental ou associado ao estudo de uma infertilidade ou complicação obstétrica, pode ser necessário o recuso a vários meios complementares de diagnóstico como a ecografia, ressonância magnética (RM), laparoscopia e histeroscopia.

A RM é um excelente método de caracterização das anomalias genito-urinárias, sendo frequentemente o estudo de primeira linha. Quanto à histeroscopia e laparoscopia, estas permitir não só a confirmação do diagnóstico, mas também o tratamento de alguma destas alterações.

**Objetivos:** Diagnóstico, caracterização e tratamento de malformações uterinas recorrendo a técnicas endoscópicas, no contexto de infertilidade.

**Material e métodos:** Apresentação de caso clínico e pesquisa bibliográfica de atuação segundo *leges artis*.

**Resultados e conclusões:** IR, 39 anos, a realizar protocolo de estudo etiológico de infertilidade no Hospital Pedro Hispano, apresentou uma histe-

rosalpingografia sugestiva de malformação uterina, não sendo possível distinguir entre um útero septado ou bicórneo, com este exame. Para melhor caracterização da alteração realizou RM que confirmou a presença de um útero septado. Tendo em conta o contexto clínico de infertilidade, foi submetida a histeroscopia com controlo laparoscópico, que permitiu a confirmação do diagnóstico e a realização septomia histeroscópica. A utente encontra-se na Unidade de Medicina da Reprodução do Hospital São João para a realização de procriação medicamente assistida.

Em conclusão, as técnicas endoscópicas ginecológicas são essenciais porque permitem a confirmação do diagnóstico e tratamento de malformações uterinas.

## **P 17**

### **LAPAROSCOPIA NA GRAVIDEZ ECTÓPICA, 5 ANOS DE EVOLUÇÃO NO HOSPITAL DR. NÉLIO MENDONÇA, FUNCHAL**

Abreu-dos-Santos F.; Macedo Câmara S. C.; Leiria R.;

Freitas C.; Remesso L.; Vieira, J.

*Hospital Dr. Nélio Mendonça*

**Introdução:** A gravidez ectópica (GE), é por definição, qualquer gravidez implantada fora da cavidade endometrial. A ecografia transvaginal é atualmente o gold standard para o seu diagnóstico. É normalmente auxiliada por valores seriados da sub-unidade beta da hormona gonotrófica humana (b-hCG). O tratamento da GE pode ser expectante, médico ou cirúrgico. O valor inicial da b-hCG é um fator determinante para o tipo de tratamento a realizar e para o sucesso do tratamento, se este for conservador. No caso de o tratamento ser cirúrgico, a laparoscopia será a abordagem preferível, por estar associada a menos perda de sangue, menor tempo cirúrgico, menor tempo de internamento, menos necessidade de analgésicos e menor formação de aderências.

**Objetivos:** Avaliar a evolução do tipo de tratamento realizado na GE no HNM nos últimos 5 anos e comparar tipos de tratamento, tempos

de internamento e necessidades de transfusão. **Métodos:** Foi realizado estudo transversal retrospectivo, em que se avaliaram através da consulta aos processos, todos os internamentos por gravidez ectópica no HNM entre 1 de janeiro de 2011 e 31 de dezembro de 2016.

**Resultados:** No período dos 5 anos de estudo, foram internadas com o diagnóstico de GE 42 mulheres. Apresentavam uma idade média de 33,2 anos, 40,5 % eram nulíparas e cerca de 73,8% afirmava utilizar um método contraceutivo (MC) na altura em que engravidaram. Das 42 mulheres, 26,2% tinham uma cirurgia abdominal anterior.

Relativamente ao tipo de tratamento realizado, 7 foram submetidas a tratamento médico com metotrexato (MTX), 7 a cirurgia por laparotomia e 26 a cirurgia por laparoscopia. Duas das doentes tiveram uma primeira abordagem com MTX com necessidade de uma laparoscopia subsequente. As mulheres tratadas com MTX ou com laparoscopia apresentaram uma média de 2,4 dias de internamento, muito inferior aos 5 dias de internamento das laparotomizadas. Houve necessidade de realizar transfusão em 5 mulheres, 3 das laparotomizadas (60%) e 2 das submetidas a laparoscopia (7,7%). No total tratamos 7 mulheres com MTX, realizamos 34 salpingectomias (28 por laparoscopia; 5 por laparotomia) e uma resseção em cunha do ovário.

**Conclusões:** O tratamento cirúrgico em 83,9% das doentes, foi realizado via laparoscópica, repercutindo-se no encurtamento do tempo de internamento. Relativamente à perda de sangue excessiva, percentualmente, as doentes tratadas pelo método laparoscópico tiveram muito menos necessidades de transfusão (7,7% vs. 60%). Este resultado, pode, no entanto, estar enviesado, pelo fato de as sociedades internacionais, em doente instáveis definirem a laparotomia como 1ª opção. De referir ainda, a baixa taxa de tratamento com MTX, o que sugere que as doentes já chegam ao hospital numa fase mais avançada da gravidez, situação, que po-

derá estar relacionada com o facto de a maioria delas realizar MC na altura da GE.

## P 18

### **CORRELAÇÃO ENTRE OS ACHADOS DA ECOGRAFIA TRANSVAGINAL E A HISTEROSCOPIA OFFICE NA AVALIAÇÃO DA CAVIDADE ENDOMETRIAL**

Maria João Palma<sup>1</sup>; Cristina Bragança<sup>2</sup>;  
Maria José Janeiro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Garcia de Orta, Almada; <sup>2</sup>Hospital José Joaquim Fernandes- Beja

**Introdução:** A ecografia transvaginal constitui o gold standard da avaliação primária da cavidade endometrial, sendo um exame de fácil acesso, baixo custo e não invasivo.

A histeroscopia é o exame de excelência da avaliação da cavidade endometrial, por permitir a visualização direta das estruturas, com a possibilidade de realização simultânea de biópsia ou correção cirúrgica.

**Objetivo:** Comparar os achados histeroscópicos e ecográficos nas mulheres submetidas a histeroscopia no Serviço de Ginecologia do Hospital José Joaquim Fernandes nos últimos 3 anos

**Material e métodos:** Estudo observacional e retrospectivo, realizado através da consulta de processos clínicos entre janeiro de 2014 e dezembro de 2016. Os dados foram analisados utilizando o Microsoft Excel 2007

**Resultados e conclusões:** Foram realizadas 67 histeroscopias, das quais 50 foram diagnósticas (73.5%). No estudo populacional, a média de idades foi de 50.6 anos, e 44.12% das histeroscopias foram realizadas em mulheres pós- menopausa. Das mulheres com diagnóstico ecográfico de espessamento endometrial, 44.4% corresponderam a pólopo endometrial e em 38.9% não foram identificadas alterações no exame histeroscópico. Foram realizados 22 exames histeroscópicos por suspeita de pólopo endometrial, tendo existido correspondência histeroscópica em 73% dos casos.

Os achados ecográficos e histeroscópicos foram

concordantes em 74.7% dos casos. Existe uma correlação elevada entre os dois exames de imagem, contudo, dado o custo mais elevado e o carácter invasivo da histeroscopia, este exame deve ser considerado como exame de segunda linha na avaliação da cavidade endometrial, e destinado apenas a populações seleccionadas.

## P 19

### HISTEROSCOPIA OFFICE – CASUÍSTICA DE 3 ANOS DO HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES, BEJA

Cristina Bragança<sup>1</sup>; Maria Montes Palma<sup>2</sup>;  
Maria José Janeiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital José Joaquim Fernandes, Beja; <sup>2</sup>Hospital Garcia de Orta, Almada

**Introdução:** A histeroscopia é o meio complementar de diagnóstico de primeira linha na avaliação da cavidade uterina e investigação da patologia intra-uterina.

**Objetivo:** Apresentar a casuística da histeroscopia office do Serviço de Ginecologia do Hospital José Joaquim Fernandes nos últimos 3 anos.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo das histeroscopias realizadas entre janeiro de 2014 e dezembro de 2016. Os dados foram analisados utilizando o Microsoft Excel 2007.

**Resultados e conclusões:** Foram realizadas durante este período 120 histeroscopias, das quais 58 (48.3%) foram diagnósticas e 62 (51.7%) cirúrgicas. A idade média destas pacientes foi de 45.3 anos, e 25% dos casos corresponderam a mulheres na pós-menopausa. As principais indicações para histeroscopia foram o planeamento familiar, com colocação de Essure<sup>®</sup> (44.2%), suspeita de massa intracavitária (19.2%), o espessamento endometrial assintomático (15%) e a hemorragia uterina anómala (12.5%). Foi utilizado o misoprostol como adjuvante terapêutico em 25% dos casos.

Durante o procedimento não se identificaram complicações major, tendo sido apenas descritos 3 casos de complicações minor (2.5%) – 2 casos de hemorragia intra-procedimento sem

necessidade de intervenção cirúrgica e 1 caso de intolerância por dor. Houve necessidade de complementar o exame histeroscópico com ressectoscopia, em segundo tempo, em 14.2% dos casos. A realização de histeroscopia diagnóstica e/ou cirúrgica de ambulatório, é uma técnica segura, bem tolerada pelas doentes e de baixo custo.

## P 20

### LAPAROSCOPIA E CONTRACEÇÃO – PORQUE NÃO SALPINGECTOMIA BILATERAL?

Brito M.; Amaral P.I.; Sousa F., Delgado E.;  
Machado A.I.; Mira R.

Maternidade Dr. Alfredo da Costa - CHCL

**Introdução:** Os carcinomas do ovário/trompa e peritoneu (COTP) apresentam a mais elevada taxa de mortalidade de todos os cancros ginecológicos; os mais frequentes são os tumores serosos do ovário que geralmente se apresentam num estadio avançado.

Não existe até ao dia de hoje nenhum método eficaz de rastreio destas neoplasias, pelo que o desenvolvimento de técnicas de prevenção primárias são cruciais para a redução da mortalidade associada. Os estudos mais recentes apontam para que a maioria dos tumores serosos do ovário se origine em lesões da extremidade distal da trompa de Falópio e não no ovário e que possa existir uma redução de 60% no risco de COTP com a salpingectomia bilateral (SB). Neste contexto, em 2010 surgiu o conceito de SB oportunista, como tentativa de profilaxia dos COTP, realizada no mesmo tempo operatório de uma cirurgia pélvica de causa benigna, nomeadamente na laqueação tubária bilateral (LTB) por via laparoscópica.

**Objetivos:** Avaliar a segurança de realização de SB como alternativa à LTB por eletrocoagulação bipolar e corte.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo de 62 mulheres submetidas a esterilização cirúrgica por via endoscópica com ou sem salpingectomia bilateral, realizado entre janeiro de 2016 e fevereiro de 2017. Foram avaliados e comparados

nos 2 grupos: idade, índice de massa corporal, antecedentes de laparotomia, técnica cirúrgica utilizada, achados intraoperatórios, tempo cirúrgico e de hospitalização, número de portas acessórias utilizadas e complicações operatórias.

**Resultados:** Foram realizadas 62 esterilizações por laparoscopia, 66,2% por LTB e 33,9% por SB. O grupo submetido a LTB apresentou uma idade média de 41 anos e em 75% dos casos não havia história de laparotomia prévia, sobreponível ao grupo submetida a SB onde se documentou uma idade média de 40 anos e 76% dos casos sem cirurgias anteriores. No grupo da SB assistiu-se a um aumento do tempo operatório em média de 15 minutos, ligeiramente superior ao descrito na literatura (10 minutos). Não foi documentado em nenhum dos grupos complicações relacionadas com a cirurgia, nomeadamente: necessidade de transfusão sanguínea ou reinternamento, o que corrobora os dados da literatura.

Destacamos um caso de uma paciente inicialmente proposta para SB que por complicações anestésicas durante a realização do pneumoperitонеu não foi possível realizar, tendo-se optado pela realização de LTB de forma a abreviar o tempo operatório.

**Conclusões:** Apesar de serem necessários mais estudos a longo prazo, a SB por laparoscopia poderá representar uma oportunidade de prevenção do COTP e deve ser promovida como alternativa à LTB por parecer ser um método igualmente seguro e eficaz. O aumento do tempo operatório observado, não parece traduzir um aumento da morbidade.

## P 21

### **PROPÓSITO DE ENGRAVIDAR EM MULHERES SUBMETIDAS A TRAQUELECTOMIA**

Paulo Aldinhas; Fabiane Neves; Rita Sousa;  
Paulo Correia; Luis Sá  
*IPO Coimbra, CHUC-MBB*

**Introdução:** O tratamento clássico do cancro do colo do útero é a histerectomia radical. No entanto, este método não é adequado para mu-

lheres que procuram preservar a fertilidade. A traquelectomia radical foi então introduzida por Daniel Dargent e foi amplamente aceite como uma alternativa razoável à histerectomia radical para mulheres jovens com cancro do colo do útero em estádios iniciais. Objetivo: avaliar a taxa de gravidez e a intenção de engravidar pelas mulheres submetidas a traquelectomia.

**Metodologia:** Foram avaliados os processos clínicos das 22 traquelectomias realizadas no IPO de Coimbra desde 2008 e foi realizado um questionário por telefone, para saber acerca da intenção de engravidar neste grupo de mulheres. Foram excluídos 2 casos de recidiva, 1 caso de tumor histologicamente de mau prognóstico submetida a histerectomia radical e 1 caso em que não se conseguiu contactar a paciente.

**Resultados:** Das 17 mulheres interrogadas houve 4 pacientes que já haviam engravidado, uma delas com 2 gestações após a cirurgia. Em todos os casos a gravidez ocorreu em menos de 1 ano de tentativas e de forma espontânea. Todas as gestações chegaram a termo sem complicações excepto um caso de parto pré-termo as 25 semanas, destas apenas 1 ainda pensa engravidar. Cerca de 71% pacientes pensam engravidar, mas ainda não o fizeram por não terem companheiro (29,5%), uma está em consultas de esterilidade, uma paciente tem um filho com < 1 ano, cerca de 12% estão satisfeitas para já com o número de filhos, uma paciente está em reabilitação por complicação da cirurgia (lesão do nervo pudendo) e 2 casos realizaram a cirurgia há menos de 1 ano. Aquelas que já não pretendem engravidar (23,6%), já tinham filhos antes da cirurgia e uma paciente refere medo de possíveis complicações.

**Conclusões:** Das pacientes estudadas e que reúnem condições para engravidar cerca de 71% ainda não tentaram engravidar. Diversas séries de casos têm sido publicadas, apoiando a segurança da traquelectomia radical em termos de resultados oncológicos e de fertilidade, o que torna esta técnica opção na terapêutica do cancro do colo em estádios iniciais nas mulheres jovens.

## METORRAGIAS PÓS-MENOPAUSA: CORRELAÇÃO ENTRE A HISTEROSCOPIA E A HISTOPATOLOGIA

Cristina Pestana; Filipa Reis; Filipa Santos;  
Kathleen Brazão; Cláudia Freitas; Lília Remesso  
*Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital Dr. Nélio  
Mendonça, SESARAM, EPE., Funchal*

**Introdução:** Entre as principais indicações para histeroscopia estão as hemorragias uterinas anómalas, onde se incluem as metrorragias pós-menopausa (MPM). Neste subgrupo de mulheres, a prevalência de carcinoma do endométrio varia entre 3 e 10%, pelo que se torna essencial a sua exclusão.

**Objetivo:** Identificar e caracterizar as histeroscopias motivadas por MPM e relacionar os achados histeroscópicos com os resultados histopatológicos das biopsias realizadas.

**Material e métodos:** Estudo descritivo transversal retrospectivo, com consulta dos relatórios de histeroscopia referentes aos anos de 2013 e 2014 (n = 1490). Foram selecionadas as histeroscopias motivadas por MPM (n = 250) e os respetivos processos clínicos foram posteriormente consultados. Analisaram-se as seguintes variáveis: tipo de histeroscopia, diagnóstico, procedimentos realizados e resultado histopatológicos das biopsias realizadas.

**Resultados:** Dezassete por cento (n = 250) das histeroscopias foram motivadas por MPM; desta 21,6% (n = 54) foram diagnósticas e 78,4% (n = 196) foram cirúrgicas. Em relação ao diagnóstico histeroscópico obtivemos 6,4% normal, 20% atrofia, 59,2% alterações benignas, sendo a mais comum pólipo(s) endometrial/endocervical, 3,2% hiperplasia e 11,2% carcinoma. Realizaram-se 196 procedimentos cirúrgicos endoscópicos, maioritariamente polipectomias e biopsias endometriais, e foi solicitado estudo histopatológico dos fragmentos obtidos.

Nos 28 casos em que o diagnóstico histeroscópico foi de carcinoma do endométrio houve concordância histopatológica em 22, sendo que nos

restantes 6 o resultado histopatológico revelou hiperplasia complexa. Em 4 casos com avaliação histeroscópica benigna o resultado histopatológico foi de carcinoma do endométrio.

**Conclusão:** Neste estudo houve uma boa correlação entre os achados histeroscópicos e o resultado histopatológico. Os pólipos foram os achados mais comuns nestas mulheres com MPM e a histeroscopia mostrou ser um método útil na avaliação da cavidade endometrial e endocervical e na identificação da causa na MPM.

## ESTERILIZAÇÃO DEFINITIVA POR VIA HISTEROSCÓPICA – REVISÃO DA CASUÍSTICA DE 3 ANOS

Maria Montes Palma<sup>1</sup>; Cristina Bragança<sup>2</sup>;  
Maria José Janeiro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Garcia de Orta, Almada; <sup>2</sup>Hospital José  
Joaquim Fernandes, Beja

**Introdução:** A laqueação tubária por via histeroscópica (Essure<sup>®</sup>) é um método contraceptivo definitivo, que surge como alternativa à via laparoscópica/laparotómica em doentes selecionadas. As abordagens convencionais de esterilização definitiva, seja por via laparotómica ou laparoscópica, implicam a utilização de anestesia geral ou regional, incisões abdominais, e expõem as doentes aos riscos cirúrgicos e à obrigatoriedade de recuperação pós-operatória. Desta forma, a via histeroscópica apresenta-se atualmente como uma alternativa viável às abordagens transabdominal, por ser um método minimamente invasivo, executado sob visualização direta, de forma segura e fácil, dispensando o recurso a anestesia geral e internamento hospitalar. Comparativamente à laqueação tubária laparoscópica, os riscos do procedimento são reduzidos e permite o rápido retorno às atividades diárias.

**Objetivo:** Apresentar a casuística da esterilização definitiva por via histeroscópica do Serviço de Ginecologia do Hospital José Joaquim Fernandes nos últimos 3 anos.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo des-

critivo dos Essure® colocados no Serviço de Ginecologia do Hospital José Joaquim Fernandes desde janeiro de 2014 a dezembro de 2016.

**Resultados e conclusões:** Durante o período avaliado foram colocados 52 implantes, em mulheres com idade entre os 27 e os 49 anos (média 38.3 anos), todos eles por planejamento familiar e sob anestesia local. A maioria foi colocada bilateralmente, sem intercorrências (54%), tendo-se verificado colocação diferida em 16 casos por espasmo unilateral e em 8 casos (15.4%) não foi possível efetuar a oclusão bilateral, tornando-se necessário outro método contraceptivo. Não foram registadas complicações nos casos avaliados. Aos 3 meses, a maioria realizou estudo imagiológico (81.8%) evidenciando oclusão tubária bilateral. A perda de seguimento ou ausência de dados no processo clínico eletrônico foi de 18,2%. Até à data não há registo de gravidezes nas pacientes do estudo. A utilização deste método de esterilização foi eficaz na maioria dos casos, sem necessidade de outra intervenção em 85% dos casos e sem registo de complicações. A esterilização histeroscópica por Essure® é um método de contraceção definitiva eficaz, seguro e bem tolerado, com menos efeitos adversos e de menor custo hospitalar.

## P 24

### HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA NA REGIÃO AUTÔNOMA DA MADEIRA

Carlos Silva Macedo; Filipa Abreu Santos;  
Sara Câmara; Rita Gomes; Filipe Bacelar;  
Cláudia Freitas; Lília Remesso  
*Hospital Dr. Nélio Mendonça*

**Introdução:** A laparoscopia assume um papel cada vez mais importante na histerectomia total, mantendo as mesmas indicações cirúrgicas atribuídas à via laparotômica, mas estando associada a uma recuperação mais célere e a um menor número de complicações. Contudo, este método, está associada a uma curva de aprendizagem mais prolongada.

**Objetivos:** Avaliar as histerectomias laparoscó-

picas realizados no Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM) de 2010 a 2016, quer em termos de características das doentes, indicações cirúrgicas e morbilidade operatória.

**Material e métodos:** Estudo longitudinal retrospectivo descritivo das histerectomias totais laparoscópicas (HTL) realizadas entre janeiro de 2010 (altura em que se iniciou este tipo de cirurgias) e dezembro de 2016 no HNM. Dos processos clínicos e registos operatórios foram colhidos os seguintes dados: Idade, índice obstétrico, dados antropométricos, antecedentes patológicos e cirúrgicos, indicação operatória, complicações cirúrgicas, tempo de internamento e resultado anátomo-patológico.

**Resultados:** No total das histerectomias realizadas no serviço, a via laparoscópica foi responsável por 15% das cirurgias, correspondendo a 196 HTL. Nestas, a idade média das doentes foi de 53 anos e índice de massa corporal (IMC) médio foi de 29, sendo que 16% apresentavam um IMC  $\geq 35$ . Na nossa amostra 13% das mulheres eram nulíparas e 35% apresentavam cirurgias abdominais anteriores. As principais indicações operatórias foram: leiomiomas (54%); hiperplasia complexa com atipia (17%) e adenocarcinoma do endométrio (10%). A média de internamento no pós-operatório foi de 2,4 dias. A taxa de intercorrências foi de 3.6% (3 lesões iatrogénicas da bexiga e 1 da sigmoide; 2 hematomas pélvicos; e 1 abscesso pélvico). Houve necessidade de conversão para laparotomia em 2 casos por questões técnicas. Os resultados anátomo-patológicos mais frequentes foram: leiomioma (56%), adenocarcinoma do endométrio (17%) e adenomiose (14%). O peso médio das peças operatórias foi de 222 gr, sendo a maior de 1036 gr.

**Conclusão:** Neste estudo, a HTL mostrou-se um procedimento seguro, com uma baixa taxa de complicações e tempo de internamento curto. Contudo está associada a um maior investimento inicial, quer em termos de aquisição de equipamento quer em termos de aprendizagem.

## GRAVIDEZ RETROPERITONEAL – UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE GRAVIDEZ ECTÓPICA

Joana Cruz<sup>1,2</sup>; Cátia Rodrigues<sup>3</sup>; Filipa Malheiro<sup>1</sup>;  
Eduarda Marques<sup>1</sup>; Margarida Martinho<sup>1,2</sup>;  
Nuno Montenegro<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar de São João; <sup>2</sup>Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>3</sup>Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

**Introdução:** A gravidez ectópica, implantação de um óvulo fertilizado fora da cavidade endometrial, ocorre em 1-2% das gestações. A trompa de falópio é a localização mais frequente (95%), sendo a cavidade abdominal, cicatriz de cesariana, colo do útero e ovário menos frequentemente envolvidas. Os autores relatam o caso de uma gravidez ectópica em localização retroperitoneal pré-sagrada.

**Caso clínico:** Mulher de 39 anos, 4G 1P (cesariana) 2 abortamento espontâneos, recorreu ao serviço de urgência por quadro de dor hipogástrica. Apresentava história de amenorreia de 11 semanas e teste imunológico de gravidez na urina positivo às 6 semanas, com dois episódios de metrorragia com cerca de 1 semana de intervalo. A ecografia transvaginal realizada revelou formação cística retro-uterina com 47x33mm, sem relação com os ovários, com vascularização periférica exuberante com fluxo de baixa resistência, e imagem sugestiva de embrião com 9mm sem actividade cardíaca. A  $\beta$ -hCG era de 175,93 mUI/mL, tendo sido proposta atitude expectante. Na reavaliação às 48h, com  $\beta$ -hCG de 168,59 mUI/mL, iniciou protocolo com metotrexato (50 mg/m<sup>2</sup> intra-muscular). Os níveis séricos de  $\beta$ -hCG negativaram ao 25º dia pós metotrexato, com persistência de imagem ecográfica de formação cística retro-uterina, embora com contornos irregulares e menores dimensões (32x32 mm) com imagem sugestiva de embrião sem vitalidade (6 mm). Por persistência das queixas álgicas, a doente foi submetida a laparoscopia diagnóstica. Per-operatoriamente constatou-se

ausência de ligamento largo à esquerda, útero e anexos macroscopicamente normais. Procedeu-se à abertura do peritoneu do fundo de saco de Douglas e dissecação do septo recto-vaginal sem identificação de qualquer neoformação. A realização de ecografia transvaginal intra-operatória, conjugada com instilação de soro intra-rectal, permitiu a orientação da dissecação cirúrgica e a exploração retroperitoneal, com identificação de lesão cística com cerca de 3 cm, ao nível da região pré-sagrada, imediatamente posterior à parede do recto. Procedeu-se ao isolamento e excisão da referida lesão. O exame histológico foi compatível com estruturas ovulares.

**Conclusão:** A hipótese de gravidez retroperitoneal, embora extremamente rara, deve ser um diagnóstico diferencial em pacientes com achados clínicos sugestivos de gravidez ectópica, com útero e anexos normais durante a exploração laparoscópica.

## P 26

### SONOVAGINOGRAFIA NA AVALIAÇÃO DA ENDOMETRIOSE PROFUNDA – 2 ANOS DE EXPERIÊNCIA

Joana Cruz<sup>1,2</sup>; Sofia Fernandes<sup>1</sup>; José Ferreira<sup>1</sup>; Ana Rosa Costa<sup>1</sup>; Margarida Martinho<sup>1,2</sup>; Jorge Beires<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar de São João; <sup>2</sup>Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Introdução:** A endometriose pélvica profunda (EPP) define-se pela presença de implantes de tecido endometrial que infiltram em  $\geq 5$ mm o espaço retroperitoneal ou a parede dos órgãos pélvicos. Uma correta avaliação pré-operatória permite a caracterização da localização, extensão e infiltração das lesões e é fundamental para a programação cirúrgica.

**Objetivo:** Avaliar a acuidade diagnóstica da SVG para lesões de EPP.

**Material e métodos:** Estudo prospetivo, decorreu entre janeiro/2014 e janeiro/2016. Avaliação consecutiva com ecografia pélvica transvaginal complementada por SVG, de todas as mulheres com suspeita clínica de EPP. Caracterização das

lesões (nódulo/espessamento) e seu mapeamento de acordo com as localizações: paredes vaginais; septo recto-vaginal (SRV); fundo de saco de Douglas (FSD); recto-sigmoide; ligamentos uterossagrados (LUS) e espaço vesico-uterino. Os achados ecográficos pré-operatórios foram relacionados com os cirúrgicos e foi calculada a sensibilidade (sens.), especificidade (esp.) e *likelihood ratio* (LH+ e LH-) para uma cada localizações.

**Resultados:** Foram incluídas 19 mulheres, com idade média de 35 anos, todas com confirmação histológica de endometriose. A sens. e esp. da SVG para o diagnóstico de lesões envolvendo o FSD foi 92% e 83%, com LH+ e LH- de 5,5 e 0,09. Para lesões do SRV a sens. e esp. foi de 90% e 89%, com LH+ e LH- de 8,1 e 0,1. A SVG teve sens. inferior no diagnóstico de lesões envolvendo o espaço vesico-uterino (67%), o recto-sigmoide (57%) e as paredes vaginais (50%), com esp. de 100%, 82% e 0%, respetivamente. Para as lesões envolvendo os LUS a sens. foi de 23%, com esp. 100%.

**Conclusão:** A SVG é um método simples, pouco invasivo e revelou-se sensível na caracterização de lesões de EPP envolvendo o SRV e o FSD. Esta técnica, com curva de aprendizagem relativamente curta para operadores experientes, proporciona uma alternativa eficaz a outros meios de diagnóstico/imagiológicos mais invasivos e mais dispendiosos.

## P 27

### **AValiação ECOGRÁFICA DA COLOCAÇÃO DO DISPOSITIVO DE CONTRACEÇÃO DEFINITIVA ESSURE® – A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE CUIDADOS TERCIÁRIOS**

Pedro Viana Pinto<sup>1,2</sup>; Anabela Rocha<sup>3</sup>; Ana Sofia Fernandes<sup>1</sup>; José Ferreira<sup>1</sup>; Margarida Martinho<sup>1,4</sup>; Jorge Beires<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar São João; <sup>2</sup>Departamento de Anatomia, FMU do Porto;

<sup>3</sup>Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho; <sup>4</sup>Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, FMU do Porto

**Introdução:** A esterilização histeroscópica femi-

nina com recurso ao dispositivo Essure® é uma opção viável para contraceção definitiva. A avaliação ecográfica do posicionamento dos dispositivos tem vindo a ser usada em alternativa à avaliação pelo raio X pélvico.

**Objetivo:** descrever a experiência adquirida durante 8 anos de utilização da ecografia como método de avaliação do posicionamento dos dispositivos Essure®.

**Material e métodos:** estudo retrospectivo; foram revistos os processos clínicos, de todas as mulheres submetidas a oclusão tubária histeroscópica com Essure®, de janeiro de 2009 a setembro de 2016.

O dispositivo foi colocado de acordo com as instruções do fabricante, essencialmente em consultório, utilizando abordagem vaginoscópica e sem anestesia local.

Todas as mulheres foram submetidas a ecografia transvaginal 2D/3D ao 3º mês após o procedimento, utilizando um ecógrafo Voluson GE 730 Expert com uma sonda transvaginal de 4-9 MHz. Foram obtidos e registados três planos dos dispositivos. A ecografia foi classificada como satisfatória (visualização dos dispositivos que abrangem a camada miometrial do útero na junção útero-tubária) não conclusiva (visualização de apenas um ou nenhum dos dispositivos) ou insatisfatória (visualização de ambos os dispositivos com um ou ambos deslocados). Quando considerada inconclusiva foi solicitada radiografia pélvica e, em casos insatisfatórios, foi realizada uma histerosalpingografia (HSG).

**Resultados e conclusão:** foram avaliadas 185 mulheres com média de idade de 37,2 anos (20-49 anos); 155 (82,7%) apresentavam co-morbilidades: obesidade (45 mulheres), doença cardiovascular (35), doença cerebrovascular (19), trombose venosa (17), doença trombofílica (9), neoplasia maligna (9), doença gastrointestinal (6), doença neurológica (5) e 20 tinham outras patologias.

A ecografia de controlo foi considerada satisfatória em 158 mulheres (86%), inconclusiva num

caso em que o raio X pélvico confirmou a expulsão unilateral, não satisfatória em 25 casos e 1 doente faltou a ecografia de controlo. Dos 25 casos com posicionamento inadequado: um caso foi perdido no seguimento, outro foi submetido a histerectomia total por patologia benigna, um caso com patência tubária confirmada em HSG (submetida a esterilização laparoscópica), uma doente (sob tratamento com corticoesteróides e imunossuppressores) aguarda realização de HSG aos 6 meses após procedimento; restantes casos com oclusão confirmada em HSG.

Não se registaram gravidezes em mulheres com contração assegurada pelo Essure®.

Os resultados deste estudo estão de acordo com os publicados na literatura, demonstram a utilidade da avaliação ecográfica do posicionamento dos dispositivos Essure® quando comparado ao raio X, em procedimentos não complicados. É um método não invasivo, que evita radiação ionizante e os riscos associados, possibilita uma programação fácil da avaliação aos 3 meses numa visita única, e em relação ao raio X tem a vantagem de permitir uma avaliação bidimensional e tridimensional do posicionamento dos dispositivos em relação à cavidade uterina, junção útero-tubárica e trajeto das trompas.

## P 28

### **EPISIOTOMY AND THE IMPACT ON THE PELVIC FLOOR: BIOMECHANICAL OVERVIEW**

Ana Mafalda C. Neves<sup>1</sup>; Dulce A. Oliveira<sup>2</sup>;

Teresa Mascarenhas<sup>3</sup>

<sup>1</sup>FMUP, Faculty of Medicine, University of Porto; <sup>2</sup>LAETA, INEGI, Faculty of Engineering, University of Porto;

<sup>3</sup>Department of Gynecology and Obstetrics, Hospital S. João, Faculty of Medicine of Porto University

**Aim:** *The aim of this review is to provide a comprehensive overview of the available literature on the use of episiotomy and its impact on the pelvic floor and to compare the current knowledge on the subject with recently developed bioengineer programs which allows us to further understand the labor process.*

**Method:** *We performed a literature research in the*

*PubMed database for studies referring to the use of episiotomy published between 1990 and 2016, without restrictions for language and study type. We then assessed that knowledge to the findings of a new developing bioengineer program which simulates the childbirth, measuring the level of pressure on the pelvic floor and the outcomes.*

**Results:** *Biomechanical models of childbirth allow the simulation of several incisions on the pelvic floor muscles in order to quantify the effect and consequences of episiotomy. According to the analyzed studies, a mediolateral episiotomy reduces the stress on the muscles and the force required to successfully delivery. These models estimate also that the incision limited muscle injury. There was a strong agreement in the findings of the bioengineer program and the current knowledge about medicine. According to the results of the bioengineer study, a mediolateral episiotomy has a protective effect, reducing the stress on the muscles, and the force required during delivery. The intervention also has benefits on muscle injury, reducing the damage to a small zone.*

**Conclusion:** *Although there is a strong evidence that the cut applied midlateral would have less impact on the pelvic floor and a protective effect during delivery, more studies should be made assessing the damage on the perineum and the consequences that may occur (blood loss, infections and others).*



## MAJOR SPONSORS



## SPONSORS



## ORGANIZAÇÃO



Secção Portuguesa de Endoscopia Ginecológica  
da Sociedade Portuguesa de Ginecologia

Presidente: Margarida Martinho  
Secretário: Luís Ferreira Vicente  
Tesoureiro: António Lanhoso

## SECRETARIADO



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