



# APU 2021 CONGRESSO

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE UROLOGIA

EPIC SANA LISBOA HOTEL  
NOVEMBER 26-28, 2021

---

FUTURE UROLOGY  
TODAY

P R O G R A M

---



# INDEX

<b>November 25, Thursday – Pre-congress Courses</b>	pages 5 to 7
<b>Course I – mpMRI-Fusion Targeted Prostate Biopsies</b>	page 5
<b>Course II – The Urodynamics of voiding</b>	page 6
<b>Course III – Prostatic Enucleation</b>	page 7
<b>November 25, Thursday – Residents Meeting – Iberian Session</b>	page 8
<b>November 26, Friday – Congress Program</b>	pages 9 to 12
<b>Poster Presentation – Session 1</b>	page 12
<b>November 26, Friday – International Nurse Course   Workshops</b>	page 13
<b>November 27, Saturday – Congress Program</b>	pages 14 to 19
<b>Oncology Room</b>	pages 14 to 16
<b>Portuguese Association of Urology General and Election Assembly</b>	page 16
<b>Functional and UroGinecology Room</b>	pages 17 to 19
<b>November 27, Saturday – International Nurse Course   Program</b>	pages 20 to 22
<b>November 28, Sunday – Congress Program</b>	pages 23 and 24
<b>Poster Presentation – Session 2</b>	page 23
<b>Video Presentation – Session 2</b>	page 23
<b>Poster Presentation – Session 3</b>	page 24
<b>Sponsors</b>	page 170



## PROGRAM PARTICIPANTS

Ailton Fernandes	E. Bataller Sánchez	Kris Maes	Pedro Bargão
Alex Mottrie	Estêvão Lima	Kurt McCammon	Pedro Monteiro
Alexandre V. Lourenço	Fernando Ferrito	La Fuente de Carvalho	Pedro Nunes
Alina Rosinha	Filipe Carvalho	Lorenzo Marconi	Peter Kronenberg
Alvaro Juarez	Francesco Montorsi	Luís Abranches Monteiro	Peter Wiklund
Ana Sofia Araújo	Francisco Fernandes	Luís Campos Pinheiro	Preza Fernandes
André Mansinho	Francisco Martins	Luís López-Fando	Rajesh Nair
Andrea Furtado	Frederico Carmo Reis	Luís Osório	Ricardo Cruz
Andrea Lobato Lera	Frederico Ferronha	Luís Severo	Ricardo Luz
Andreia Capela	Frederico Furriel	Luís Xambre	Ricardo Leão
Angelo Cafarelli	Gabriel dos Anjos	Manuel Ferreira Coelho	Ricardo Pereira e Silva
Arnaldo Figueiredo	Gabriela Sousa	Márcio A. Averbeck	Ricardo Soares
Avelino Fraga	Gil Falcão	Mário Lourenço	Rick Popert
Belmiro Parada	Gonçalo Fernandez	Miguel Almeida	Rodrigo Ramos
Bercina Candoso	Henriette Veiby Holm	Miguel Carvalho	Rui Bernardino
Bernardo Teixeira	Hugo Davila	Miguel Silva Ramos	Rui Farinha
Bruno Graça	Hugo Pinheiro	Nicolaas Lumen	Rui Formoso
Cabrita Carneiro	Javier Cambronero	Nucélio Lemos	Rui Lúcio
Calais da Silva	João Almeida	Nuno Fonseca	Rui Pinto
Calais da Silva	João António P. Correia	Nuno Pires	Rui Prisco
Capelo Martínez	João Dias	Pablo Juárez del Dago	Sanches Magalhães
Carlos Rabaça	João Lobo	Palma dos Reis	Sebastian Ludwig
Carlos Silva	João Lopes Dias	Passos Coelho	Teixeira de Sousa
Cassio Riccetto	João Magalhães Pina	Patena Forte	Tiago Antunes Lopes
Celso Marialva	João Marcelino	Paulo Dinis	Tito Leitão
Ciprian Muresan	João Varregoso	Paulo Jorge Dinis	Torgrim Tandstad
Cristina Varela Pinto	Jorge Fonseca	Paulo Temido	Vasco Quaresma
Daniela Macedo	José Dias	Pavlos Pavlakis	Vítor Cavadas
Diana Antunes	Justo Ugidos	Pedro Baltazar	Ysel Chiara Rodrigues



## INTERNATIONAL NURSE COURSE

### PRESIDENT

Heloísa Oliveira

### SCIENTIFIC COMMITTEE

Ana Carina Soares, Carla Matos, Isabel Mendes, Márcio Ribeiro and Paula Girão

### ORGANIZING COMMITTEE

Aida Santos, Anabela Brasiel, Daniela Matias, Fátima Lopes, Fernando Miranda, Isabel Sousa, Mafalda Esteves, Micaela Nogueira, Pedro Parrinha, Rita Andrade, Rui Santos and Sabrina Cunha

### COURSE PARTICIPANTS

4

**Heloísa Oliveira** | CRI Manager Nurse - Urology/ CHUL Central (H.S. José)

**Tiago Santos** | Champalimaud Foundation Nurse / EAUN Representative in Portugal

**Paula Allchorne** | Lead Urology Nurse, Barts Health NHS Trust, London/ Current EAU Vice President

**Stefano Terzoni** | Managing Nurse (Urology) - Hospital de San Paolo in Milan/Teacher at Faculty Degli Studi Pi Milano

**Maria José Costa Dias** | CHUL Central Director of Nursing

**Luís Campos Pinheiro** | Coordinator of the Surgery Area, Responsible for CRI Urology CHUL Central (H.S. José)

**Leandro Luís** | CHUL Central Administrator

**Tiago Barreto** | Nurse - CHUL Central (H. Curry Cabral)

**João Pina** | CHUL Central Urologist (H.S. José)

**Isabel Mendes** | Nurse - CHUL Central (H.S. José)

**Ricardo Silva** | Nurse - CHUL Central (H.S. José)

**Andreia Ferreira** | Champalimaud Foundation Nurse

**Rute Claro** | Nurse - Hospital Beatriz Ângelo

**Ricardo Cabete** | Specialist in Emotional Intelligence/ coaching

**Ana Carina Soares** | Nurse - CHUL Central (H.S. José)

**Fernando Mesquita** | Psychologist/Sexologist

**Fortunato Barros** | Urologist - CH Oeste

**Márcio Ribeiro** | Nurse - CHUL Central (H.S. José)

**Isabel Daniel** | Nurse - CHUL Central (H. Curry Cabral)

**Carla Matos** | Nurse - CHUL Central (H.S. José)

**Francisco Fernandes** | CHUL Central Urologist (H.S. José)

**Maria das Neves Diniz** | Nurse - CHUL Central (H. Curry Cabral)

**Ana Marinho Diniz** | Nurse - CHUL Central (H. Curry Cabral)

**Úrsula Barradas** | Nurse - (H. Garcia Orta)

**Lucília Nunes** | Professor at Escola Superior de Saúde de Setúbal

**President of the Order of Nurses/representative** (To be appointed)

**Áurea Andrade** | Nurse Director of CHU Coimbra / President of the Director Nurses Association

**Maria Céu Marques** | Professor at University of Évora

**Aida Santos** | Nurse - CHUL Central (H.S. José)

**Elsa Rodrigues** | Nurse - C.H Tâmega e Sousa

**Tiago Araújo** | Nurse - CH Tâmega e Sousa

**Filipa Abrantes** | Digital and Média Manager HUawei

**Manuel Lopes** | Professor/Director of University of Évora

**Sérgio Gomes** | Chief Nursing Officer / DGS

**Teresa Aires** | Nurse – APEU Founder

**Cândido Mota** | Nurse – APEU Founder

**Rui Santos** | Nurse - CHUL Central (H.S. José)

**José Abelha** | Nurse Manager and Deputy Director of CHUL Central (H.S. José)

**Maria João Freitas** | CHUL Central Administrator

NOVEMBER 25, 2021 – THURSDAY

11:00h	Registration desk opening
12:00-16:00h	<b>COURSE I</b> <b>mpMRI-FUSION TARGETED PROSTATE BIOPSIES</b>  Coordinators: João Magalhães Pina, Paulo Jorge Dinis, Lorenzo Marconi & Rick Popert
12:00-12:10h	<b>Course introduction</b> João Magalhães Pina
12:10-12:40h	<b>Prostate MRI and targeted biopsy in the management of prostate cancer</b> Lorenzo Marconi
12:40-13:00h	<b>Should we biopsy if the MRI is non-suspicious?</b> Paulo Jorge Dinis
13:00-13:30h	<i>Break</i>
13:30-14:00h	<b>Transperineal systematic/targeted prostate biopsy?</b> Rick Popert
14:00-16:00h	<b>Hands-On Session</b> João Magalhães Pina, Paulo Jorge Dinis, Lorenzo Marconi and Rick Popert <ul style="list-style-type: none"><li>• Local anesthetic transperineal freehand mpMRI-fusion prostate biopsy</li></ul>



12:00-16:00h

## COURSE II

### THE URODYNAMICS OF VOIDING



INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY

Coordinators: Luís Abranches Monteiro, Ricardo Pereira e Silva and Miguel Silva Ramos

12:00-12:20h

#### Introduction

- Voiding cystometry as the essence of invasive urodynamics
- New clinical problems

12:20-12:40h

#### The voiding concept and physics

- The model
- Maths and fluid dynamics

12:40-13:00h

#### Pressure-flow curves – Good Urodynamic Practices and Terminologies

- Reliability of tracings
- Importance of standards

13:00-13:20h

#### Nomograms of obstruction

- Old and new
- Male and female

13:20-13:30h

#### Measuring detrusor power in male and females

- Watts factor
- Stop tests

13:30-13:50h

*Break*

13:50-14:10h

#### The underactive bladder

- Definitions
- Clinical importance

14:10-14:20h

#### The female voiding dysfunction

- Growing problem
- Clinical data

14:20-14:40h

#### Nomograms of male luts

- Importance of outcomes
- Predictors of surgery results

14:40-15:00h

#### Pressure-flow in neurogenic bladder and Vesico-ureteral Reflux

- Association to Video and EMG
- Dyssinergias
- Hydronephrosis

15:00-15:20h

#### Pitfalls and common mistakes

- Patient (im) preparation
- Wrong urodynamic questions and wrong answers
- Limitations

15:20-15:40h

#### The report

- Clinically adapted
- Examples

15:40-16:00h

#### Discussion and Q&A

12:00-16:00h

**COURSE III**

**PROSTATIC ENUCLEATION**

Coordinators: Pedro Baltazar, Luís Severo, Angelo Cafarelli and Kris Maes

12:00-12:15h

**The basics. Laser physics, tissue interaction and safety** (15 min.)

Kris Maes

12:15-12:45h

**Laser techniques for BPH** (15 min.)

Kris Maes

12:45-13:30h

**Live case (real-time transmission from Hospital de São José)** (45 min.)

Angelo Cafarelli and Pedro Baltazar

---

13:30-14:00h

*Break*

---

14:00-14:30h

**Modules for learning HoLEP** (30 min.)

Angelo Cafarelli

14:30-15:45h

**Hands-on Session** (75 min.)

Pedro Baltazar, Luís Severo, Angelo Cafarelli and Kris Maes

- HoLEP digital simulators

15:45-16:00h

**Closing: Q&A and Remarks**(15 min.)

# APU 2021 CONGRESSO

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE UROLOGIA RESIDENTS MEETING – IBERIAN SESSION

NOVEMBER 25, 2021 – THURSDAY

MORUS I ROOM

APU CONGRESSO 2021

8

16:30-20:00h

## RESIDENTS MEETING

### PORTUGUESE ASSOCIATION OF RESIDENTS IN UROLOGY

Coordinators: Rui Bernardino, Duarte Brito, Vasco Quaresma,  
Bernardo Teixeira and Ana Sofia Araújo

16:30-16:50h

## Opening session

Luís Abranches Monteiro, *APU President*

Luís Campos Pinheiro, *Chairman of the Organizing Committee*

Rui Bernardino, *NIAPU President*

Elena Seguí, *RAEU President*

17:00-18:00h

## Uro-Quiz

Moderator: Preza Fernandes

18:00-18:20h

## BAYER SPONSORED SESSION

18:20-18:40h

*Coffee break*

18:40-19:40h

## What kind of scientific and surgical curriculum, should an urology resident aim to achieve in order to be internationally competitive?

- Urologists with international careers

Ricardo Leão, Lorenzo Marconi, Rui Farinha , Filipe Carvalho  
& Ricardo Soares 

19:40-19:55h

## A different way to be successful in urology

Pablo Juárez del Dago



# APU 2021 CONGRESSO

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE UROLOGIA

CONGRESS PROGRAM

NOVEMBER 26, 2021 – FRIDAY

MORUS III AND IV ROOMS

FUTURE UROLOGY TODAY

9

- 07:00h Registration desk opening
- 08:00-13:00h **MASTERCLASS**  
**1<sup>ST</sup> ROBOTIC SURGERY APU MASTERCLASS**  
**CONTROVERSIES IN ROBOTIC UROLOGICAL SURGERY**
- 08:00-08:20h **Program presentation**
- **Introduction and welcome**  
Luís Campos Pinheiro
  - **Program presentation**  
Kris Maes
- 08:20-09:20h **Partial nephrectomy**
- Chairman: Arnaldo Figueiredo  
Panel: Cabrita Carneiro, Tito Leitão, Rui Farinha  and Rui Lúcio
- **Single or double renorrhaphy (15 min.)**  
Alex Mottrie
  - **Retro or transperitoneal approach (15 min.)**  
Kris Maes
  - **To clamp or not to clamp (15 min.)**  
Francesco Montorsi
  - **How far can we go: Extreme cases (15 min.)**  
Alex Mottrie
- 09:20-10:20h **Radical cystectomy**
- Chairman: Kris Maes  
Panel: Estêvão Lima, Jorge Fonseca, Rui Formoso and Hugo Pinheiro
- **The robotic radical cystectomy: Why? Why not? (20 min.)**  
Alex Mottrie
  - **Intracorporeal urinary diversion: Why? Why not? (20 min.)**  
Peter Wiklund 
  - **Questions and Answers (20 min.)**

10:20-10:50h *Coffee break*

---

10:30-11:30h **Hands-On Iberdata** **VITIS ROOM**  
**aScope 4 cysto – Cystoscopy always available**  
Andrea Lobato Lera

10:50-13:00h **Radical prostatectomy**  
Panel: Luís Campos Pinheiro and Rui Prisco  
Panel: Teixeira de Sousa, Pedro Bargão, Bruno Graça  
and João Magalhães Pina

- **Anatomical key elements in robotic surgery** (15 min.)  
Kris Maes and Gabriel dos Anjos
- **Does access matter?**
  - **Pre-or transperitoneal?** (15 min.)  
Francesco Montorsi
  - **Retzius sparing technique** (10 min.)  
Pavlos Pavlakis
  - **Discussion** (5 min.)
- **Is there a better way to preserve continence?** (15 min.)  
Alex Mottrie
- **Is there a better way to do nerve preservation?** (15 min.)  
Francesco Montorsi
- **Total anatomical reconstruction** (15 min.)  
Kris Maes
- **High risk prostate surgery** (15 min.)  
Francesco Montorsi
- **Landmarks for extended lymphadenectomy** (15 min.)  
Peter Wiklund 
- **Questions and Answers** (10 min.)

13:00-14:30h *Lunch*

---

14:30-15:00h **OFFICIAL CONGRESS OPENING**  
Luís Campos Pinheiro, *President of the Congress Organizing Committee*  
Luís Abranches Monteiro, *President of the Portuguese Urology Association*  
Miguel Guimarães, *Chairman of “Ordem dos Médicos”*  
Rosa Matos, *CHULC (Hosp. São José) President of the Board of Directors*  
Pedro Soares Branco, *CHULC (Hosp. São José) Clinical Director*  
Marta Temido, *Minister of Health*

15:00-16:45h

**ROUND TABLE**

**BLADDER CANCER AND UROTHELIAL CARCINOMA**

Panel: Calais da Silva, Carlos Silva, Ricardo Luz and Ricardo Cruz

**Biomarkers in the diagnosis and follow-up of bladder cancer in 2021: Where do we stand?**

- **Urinary Proteome as a prognostic marker** (10 min)  
Capelo Martínez
- **Ready to stop cystoscopies?** (10 min.)  
Belmiro Parada
- **The role of biomarkers in diagnosis and prognosis of bladder cancer** (10 min)  
Rajesh Nair

**Local treatment beyond cystectomy** (15 min.)

Gonçalo Fernandez

**Patient selection for neoadjuvant chemotherapy** (15 min.)

Filipe Carvalho

**Immunotherapy in bladder carcinoma** (15 min.)

André Mansinho

**New first-line treatment paradigm in urothelial carcinoma** (20 min.)

Lorenzo Marconi

**Discussion** (10 min.)

16:45-17:15h

**CONFERENCE**

**THE PAST, CURRENT AND FUTURE ROLE OF RADICAL CYSTECTOMY IN MIBC LANDSCAPE**

Panel: Luís Campos Pinheiro and Kris Maes

Speaker: Peter Wiklund (20 min.) 

**Questions and Answers** (10 min.)

17:15-17:45h

*Coffee break*

17:45-19:00h

## ROUND TABLE

### RENAL CANCER

Panel: Luís Osório and Miguel Almeida

#### **Key points on partial nephrectomy** (15 min.)

Miguel Silva Ramos

- Preparation of the renal hilum – Use of fluorescence
- Ischemia vs. no ischemia
- Resection techniques

#### **Challenges (> 7cm and renal cava involvement)** (15 min.)

Tito Leitão

#### **Systemic treatment and sequencing of metastatic RCC** (15 min.)

Daniela Macedo

#### **Immuno-oncology combinations in RCC: Building on recent progress in clinical practice** (20 min.)

Arnaldo Figueiredo

#### **Discussion** (10 min.)

12

19:00-20:00h

### POSTER PRESENTATION | PO 01-PO 09 page 26-27

Panel: Paulo Jorge Dinis, Luís Severo, Carlos Silva and Ricardo Cruz

# APU 2021 CONGRESSO

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE UROLOGIA

INTERNATIONAL NURSE COURSE  
WORKSHOPS

NOVEMBER 26, 2021 – FRIDAY

VITIS ROOMS

13:30h Registration desk opening

14:00-19:00h **INTERNATIONAL NURSE COURSE (1<sup>ST</sup> DAY)**

President: Heloísa Oliveira

Scientific committee: Ana Carina Soares, Carla Matos, Isabel Mendes, Márcio Ribeiro and Paula Girão

Organizing committee: Aida Santos, Anabela Brasiel, Daniela Matias, Fátima Lopes, Fernando Miranda, Isabel Sousa, Mafalda Esteves, Micaela Nogueira, Pedro Parrinha, Rita Andrade, Rui Santos and Sabrina Cunha

14:00-15:15h **WORKSHOP 1 | HANDS-ON IN PROSTHETIC UROLOGY** *Boston*

15:30-16:30h **WORKSHOP 2 | HEATED MITOMYCIN, NEW OPTION** *Medicinália*

16:30-16:45h *Coffee break*

16:45-17:45h **WORKSHOP 3 | FLEXIBLES ENDOSCOPES** *Olympus*

18:00-19:00h **WORKSHOP 4 | INTERMITTENT CATHETERIZATION** *Lofric/Tepral*



# APU 2021 CONGRESSO

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE UROLOGIA

CONGRESS PROGRAM

NOVEMBER 27, 2021 – SATURDAY

08:00h Registration desk opening

## ONCOLOGY ROOM

08:00-09:25h

### ROUND TABLE

MORUS III AND IV ROOMS

### PROSTATE CANCER: DIAGNOSIS AND STAGING

Panel: Avelino Fraga, Frederico Furriel and Rui Lúcio

#### Screening for prostate cancer (15 min.)

Pavlos Pavlakis

#### Genetic testing? Before diagnosis or only in metastatic patients? (15 min.)

Diana Antunes

#### MRI (15 min.)

João Lopes Dias

- Image as triage
- Artificial intelligence

#### Biopsy (15 min.)

João Magalhães Pina

- Should systematic biopsy always be performed with MRI-targeted biopsies?
- Best biopsy approach (transrectal vs. transperineal / local vs. general anesthesia)
- Risk stratification of prostate cancer based on targeted biopsies

#### PSMA-PET/CT imaging for staging high risk prostate cancer prior to curative-intent treatment? (15 min.)

Cristina Varela Pinto

#### Discussion (10 min.)

09:25-10:45h

**ROUND TABLE****PROSTATE CANCER: LOCALISED DISEASE**

Panel: Cabrita Carneiro, Estêvão Lima and Jorge Fonseca

**Focal therapy** (15 min.)

Sanches Magalhães

- Patient selection and follow-up
- Oncological results of focal therapy
- Energies used

**Active surveillance vs. active treatment in intermediate risk disease** (15 min.)

Lorenzo Marconi

**Current role of surgery in localized disease** (15 min.)

Rick Popert

- Is there still a place for non robotic surgery?

**Radiation therapy** (15 min.)

Justo Ugidos

**Discussion** (10 min.)

10:45-11:15h

*Coffee break*

11:15-11:45h


**CONFERENCE****THE ROLE OF SURGERY FOR HIGH RISK PROSTATE CANCER**

Panel: Miguel Carvalho and Manuel Ferreira Coelho

Speaker: Francesco Montorsi (20 min.)

**Questions and Answers** (10 min.)

11:45-12:15h

**CONFERENCE****2021 AND BEYOND: STRUCTURED TRAINING FOR UROLOGICAL SURGERY**Panel: Pedro Bargão and Rui Farinha 

Speaker: Alex Mottrie (20 min.)

**Questions and Answers** (10 min.)

12:15-13:15h **SPONSORED SESSION**

13:15-15:00h *Lunch*

15:00-17:00h **ROUND TABLE**

**PROSTATE CANCER:  
LOCALLY ADVANCED AND METASTATIC DISEASE**

Panel: Palma dos Reis, Gabriela Sousa and Fernando Ferrito

**Treating the patient not just the disease nmCRPC:**

**New answers, new challenges** (20 min.)

João Magalhães Pina

**Optimal treatment of men with oligometastatic prostate cancer** (15 min.)

Rodrigo Ramos

- Metastasis-directed therapy with radiotherapy
- Metastasis-directed therapy with surgery

**Metastatic hormone-naïve prostate cancer:**

**The right drug for the right patient** (15 min.)

Ysel Chiara Rodrigues

**Novel therapies in metastatic castration resistant prostate cancer** (15 min.)

Alina Rosinha

**Personalized medicine and PARP inhibitors in PCa:**

**What's in it for urologists** (20min.)

Arnaldo Figueiredo

**Discussion** (10min.)

17:00-17:30h *Coffee break*

17:30-18:30h **SPONSORED SESSION**



**CONSENSUS IN TREATMENT OF nmCRPC AND mHSPC**

Chairmen: Carlos Silva and Arnaldo Figueiredo

Speaker: Alvaro Juarez

18:30-19:30h **PORTUGUESE ASSOCIATION OF UROLOGY GENERAL  
AND ELECTION ASSEMBLY**

08:00-10:45h

## ROUND TABLE FEMALE UROLOGY / UROGYNECOLOGY

MORUS I ROOM



### Urodynamics Session

Panel: Ailton Fernandes

- **Urodynamic evaluation in functional female Urology. When it helps and when it makes it more difficult?** (15 min.)  
Ricardo Pereira e Silva
- **Discussion** (5 min.)

### Urinary Incontinence Session

Panel: Frederico Ferronha, Alexandre V. Lourenço and Paulo Dinis

- **Current state of treatment of EUI for intrinsic sphincter deficiency** (15 min.)  
Ailton Fernandes
- **Urgence Urinary Incontinence** (20 min.)  
Luís Abranches Monteiro
- **The future of surgery SUI: Will the MUS survive?** (15 min.)  
Paulo Temido
- **Contemporary treatment of refractory overactive bladder – Cross Fire**
  - **Botulinum toxin** (7 min.)  
Rui Pinto
  - **Sacral neuromodulation** (7 min.)  
Ailton Fernandes
  - **CESA/VASA** (7 min.)  
Sebastian Ludwig
  - **Augmentation cystoplasty** (7 min.)  
Márcio Augusto Averbeck 
- **The enigma of underactive bladder – Current and future therapeutic strategies** (15 min.)  
Tiago Antunes Lopes
- **How to prevent and treat late complications of anti-incontinence surgeries** (15 min.)  
Cassio Ricetto 
- **Discussion** (7 min.)

10:45-11:15h

Coffee break



11:15-12:15h

## ROUND TABLE

### FEMALE UROLOGY / UROGYNECOLOGY


#### Pelvic Organ Prolapse Session

Panel: Ailton Fernandes and Bercina Candoso

- **Meshless surgery in POP surgery: Evidence vs. emotion** (10 min.)  
João António Pereira Correia 
- **Surgical treatment for vaginal apical prolapse: What is the best procedure? – Cross Fire**
  - **Meshless vaginal surgery** (7 min.)  
E. Bataller Sánchez
  - **Vaginal mesh surgery** (7 min.)  
Javier Cambronero
  - **Laparoscopy** (7 min.)  
Frederico Ferronha
  - **Robotics** (7 min.)  
Hugo Davila 
- **Management in vaginal mesh exposure/extrusion** (10 min.)  
Luís López-Fando
- **Discussion** (9 min.)

#### Chronic Pelvic Pain Session

Panel: Frederico Carmo Reis and João Varregoso

- **Management of Pudendal and other Intrapelvic Entrapment Neuropathies** (15 min.)  
Nucélio Lemos 
- **Discussion** (5 min.)

13:15-15:00h

Lunch



15:00-16:30h


## ROUND TABLE

### RECONSTRUCTIVE UROLOGY


JOINT SESSION WITH GENITO-URINARY RECONSTRUCTIVE SURGERY (GURS)

Panel: Luís Xambre, Nicolaas Lumen  and Francisco Martins

#### Clinical Cases

- **Failed adult hypospadias** (7 min.)  
Kurt McCammon
- **Devastated bladder outlet following prostate cancer treatments** (7 min.)  
Henriette Veiby Holm
- **Post-TURP recurrent stenosis** (7 min.)  
Nicolaas Lumen 


#### State-of-the-art lectures and algorithm recommendation

- **Staged penile urethroplasty** (10 min.)  
Kurt McCammon
- **Devastated bladder outlet following prostate cancer treatments** (10 min.)  
Henriette Veiby Holm
- **Post-TURP urethral stenosis** (10 min.)  
Nicolaas Lumen 

#### Discussion (10 min.)

#### Crossfires

Panel: Kurt McCammon, Henriette Veiby Holm and João Marcelino

- **Female urethral strictures: Is there an ideal treatment?**
  - **Conservative/endoluminal** (6 min.)  
Henriette Veiby Holm
  - **Flaps** (6 min.)  
Kurt McCammon
  - **Grafts** (6 min.)  
Nicolaas Lumen 
- **Discussion** (10 min.)

16:30-17:00h

## CONFERENCE

### BEST APPROACH TO BPH

Panel: Luís Severo and Rui Formoso

Speaker: José Dias (25 min.)

**Questions and Answers** (5 min.)

# APU 2021 CONGRESSO

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE UROLOGIA

INTERNATIONAL NURSE COURSE  
PROGRAM

NOVEMBER 27, 2021 – SATURDAY

VITIS ROOMS

APU CONGRESSO 2021

20

08:00h Registration desk opening

09:15-19:30h **INTERNATIONAL NURSE COURSE (2<sup>ST</sup> DAY)**

09:15-10:15h

## **ROUND TABLE BEYOND THE PANDEMIC, WHAT WE'VE LEARNED...**

Moderator: Heloísa Oliveira

Speaker: Tiago Santos

**Organizational efficiency in time of pandemic. What challenges?**  
Paula Allchorne

**Distance care – What are the strategies and emotional management**  
Stefano Terzoni

**Organization/Structuring of the six CHULC hospital units and of  
professionals in the course of the Pandemic**  
Maria José Costa Dias

10:15-10:40h *Coffee break*

10:40-11:00h

## **OPENING SESSION**

Luís Campos Pinheiro, Maria José Costa Dias, Tiago Santos  
e Heloísa Oliveira

11:00-12:15h

## **ROUND TABLE PRESENT AND FUTURE OF ROBOTIC, HOW TO CARE**

Moderator: Leandro Luís

Speaker: Tiago Barreto

**Robotics applied to Urology, what benefits – Clinical perspective**  
João Magalhães Pina

**Cost-benefit of robotic surgery**  
Isabel Mendes and Ricardo Silva

**Importance of nurses in the entire Robotic Surgery process**  
Andreia Ferreira

**Adapting nursing care to new approaches – ERAS Protocol**  
Rute Claro

12:15-13:00h

**CONFERENCE**

**THE MOTIVATION AND STRENGTH OF PROFESSIONALS**

Chairman: Ana Carina Soares

Speaker: Ricardo Cabete

13:00-14:00h

*Lunch*

14:00-15:00h

**CONFERENCE**

**SEXUALITY AND UROLOGY, WHEN THE DYSFUNCTION IS PSYCHOLOGICAL**

Panel: Fortunato Barros and Márcio Ribeiro

Speaker: Fernando Mesquita

15:00-16:00h

**ROUND TABLE**

**UROLOGY AND OUTPATIENT**

Moderator: Isabel Daniel

Speaker: Carla Matos

**Importance of minimally invasive procedures**

Francisco Fernandes

**Nursing reality in outpatient surgery**

Maria das Neves Diniz and Ana Marinho Diniz

**Urology patient at home – What are the needs?**

Úrsula Barradas

16:00-16:15h

*Coffee break*

16:15-18:15h

**ROUND TABLE**

**NURSING AND THE FUTURE**

Moderator: Lucília Nunes

Speaker: President of the Order of Nurses spokesmen (To be appointed)

**Nursing what are the challenges? We are ready...**

Áurea Andrade

**Nursing what are the challenges? How to prepare**

Maria Céu Marques

**APP “Urologia consigo, Continuamos Ligados” – A project**

Aida Santos

**APP “+ PERTO” – The reality**

Elsa Rodrigues and Tiago Araújo

**The application of artificial intelligence and professional marketing**

Filipa Abrantes

18:15-19:00h

**CONFERENCE**

**NURSES WITHIN THE HEALTH PROFESSIONS**

Chairman: Sérgio Gomes

Speaker: Manuel Lopes

19:00-19:30h

**APEU (PORTUGUESE ASSOCIATION OF UROLOGY NURSES)  
FROM THE PATH TAKEN TO THE PROJECTION  
OF THE FUTURE**

Teresa Aires, Cândido Mota, Isabel Mendes and Rui Santos

19:30h

**CLOSING SESSION**

José Abelha and Maria João Freitas

# APU 2021 CONGRESSO

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE UROLOGIA

CONGRESS PROGRAM

NOVEMBER 28, 2021 – SUNDAY

MORUS III AND IV ROOMS

- 07:30h Registration desk opening
- 08:00-09:00h **POSTER PRESENTATION | PO 10 – PO 18** page 34  
Panel: Francisco Fernandes, João Dias, Andrea Furtado and Estêvão Lima
- 09:00-10:00h **VIDEO PRESENTATION | V 01 – V 07** page 148  
Panel: Pedro Baltazar, Mário Lourenço, Nuno Pires and Palma dos Reis
- 10:00-10:20h **CONFERENCE JABA**  
**THE ONCOMOVE PROGRAM: THE ROLE OF PHYSICAL REHABILITATION FOR PATIENTS LIVING WITH AND BEYOND CANCER**  
Speaker: Andreia Capela (20 min.)
- 
- 10:20-10:50h *Coffee break*
- 
- 10:50-12:10h **ROUND TABLE**  
**TESTICULAR CANCER – REFERENCE CENTERS**  
Panel: La Fuente de Carvalho, Pedro Nunes and Celso Marialva  
**New biomarkers – What's the future?** (15 min.)  
João Lobo  
**Reference Centers: Reality or fiction? International experiences – SWENOTECA** (15 min.)  
Torgrim Tandstad   
**Multidisciplinarity in the treatment of testicular carcinoma – Medical Oncology** (15 min.)  
Passos Coelho   
**Testicular Carcinoma Database – Reference Centers (APU)** (15 min.)  
Rui Pinto  
**Take-home messages** (10 min.)  
Ricardo Leão  
**Discussion** (10 min.)



12:10-12:30h

**CONFERENCE**

**POST OPERATIVE PAIN**

Speaker: Palma dos Reis (20 min.)

12:30-13:30h

**POSTER PRESENTATION | PO 19 – PO 27** page 45

Panel: Gil Falcão, Ciprian Muresan, João Almeida and Belmiro Parada

13:30-14:30h

**Hands-On Iberdata** VITIS ROOM

**aScope 4 cysto – Cystoscopy always available**

Andrea Lobato Lera

13:30-15:00h

*Lunch*

15:00-16:30h

**ROUND TABLE**

**UROLITHIASIS: ROLE OF DEPARTMENTATION  
– “HOUSE WITH NO DOORS” (CHULC MODEL)**

Panel: Patena Forte, Pedro Monteiro and Bruno Graça

**Laser – The future is now** (15 min.)

Peter Kronenberg

**Stone management – Where are we now?**

**Ride the wave of follow** (15 min.)

Vitor Cavadas 

**Complex cases – The dark side of the moon** (15 min.)

Pedro Baltazar

**Stone analysis – Do we really need it?** (15 min.)

Nuno Fonseca

**Discussion** (10 min.)

16:30-17:00h

**CLOSING SESSION**

**Official Award Ceremony for Prizes and Scholarships**

# APU 2021 CONGRESSO

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE UROLOGIA

## Sponsored Conferences

**Treating the patient not just the disease nmCRPC:**

**New answers, new challenges**

João Magalhães Pina



**The ONCOMOVE Program:**

**The role of physical rehabilitation for patients living with and beyond cancer**

Andreia Capela



**Post-operative pain**

Palma dos Reis



A. MENARINI PORTUGAL

**Urgence Urinary Incontinence**

Luís Abranches Monteiro



**New first-line treatment paradigm in urothelial carcinoma**

Lorenzo Marconi



**Imuno-oncology combinations in RCC:**

**Building on recent progress in clinical practice**

Arnaldo Figueiredo



**Personalized medicine and PARP inhibitors in prostate cancer:**

**What's in it for urologists?**

Arnaldo Figueiredo



NOVEMBER 26, FRIDAY | 19:00-20:00h

### PO 01

#### **BLADDER PAIN SYNDROME: PATTERN OF BRAIN ACTIVITY DETECTED BY FUNCTIONAL MRI**

Pedro Abreu-Mendes<sup>1,2,3</sup>; Francisca Magno<sup>2</sup>; Francisco Cruz<sup>1,2,3</sup>; Paulo Dinis<sup>1,2,3</sup>; Rui Pinto<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Urology Department, Urology, Centro Hospitalar e Universitário de São João, Porto, Portugal; <sup>2</sup>Faculty of Medicine of University of Porto, Portugal; <sup>3</sup>I3s Institute, Porto, Portugal

*Introduction and Objectives: Bladder pain syndrome/ Interstitial cystitis (BPS/IC) is accompanied by modifications in bladder afferent pathways like increased activity and recruitment of silent nociceptive neurons and sensitization of specific brain areas leading to pain amplification. Default Mode Network (DMN) is a set of regions activated during resting state, usually barred during specific tasks, reflecting the intrinsic activity of the brain. On the other hand, the sensorimotor network (SMN) plays a key role in structural neuroplasticity, usually present in chronic pain conditions. Our aim was to assess brain DMN and SMN in BPS/IC patients without and with bladder pain using functional brain MRI (fMRI).*

**Materials and methods:** Six BPS/IC female patients, previously evaluated with a physical examination, bladder diary, and bladder-pain related scores underwent a 3 Tesla fMRI brain scanner. Acquisitions consisted of 10-minute blood oxygen level-dependent echo-planar imaging at rest. The first acquisition with an empty bladder state and a second one when suprapubic pain was referred during the installation of saline at room temperature. Data

was processed based on the method of the independent component analysis using the MELODIC tool from Functional magnetic resonance imaging of the Brain Software Library (FSL). A semi-quantitative analysis was performed afterward.

**Results:** Patient age was  $42.6 \pm 5$  years, pain intensity in the VAS (0-10) was  $7 \pm 0.7$ , OSS was  $24.8 \pm 1.9$ , day and night frequency were  $9.2 \pm 2.2$  and  $2.8 \pm 1.0$  respectively; maximal bladder capacity was  $260 \pm 54$  ml and QoL score (0-6) was  $5 \pm 1$ . Four patients had Hunner's lesions. All patients showed a comparable DMN activation in both empty and full bladder states and all had a high SMN activation whether the bladder was empty or full. In this small sample, no correlation could be seen between the presence of Hunners' lesions and the pattern of network activity.

**Conclusions:** DMN activation at both bladder states, empty and full, and constantly SMN activation without and with pain supports a role of these networks in BPS/IC. Similar findings have been reported in other chronic pain syndromes.

## CAN EARLY IN LIFE STRESSFUL EVENTS INDUCE A SPECIFIC BPS/IC PHENOTYPE IN ADULT FEMALE MICE THROUGH $\alpha$ -1A ADRENOCEPTORS PATHWAY?

Pedro Mendes<sup>1,5,6</sup>; Rita Matos<sup>2</sup>; Paula Serrão<sup>3,4</sup>; Francisco Cruz<sup>1,5,6</sup>; Ana Charrua<sup>2,5</sup>

<sup>1</sup>Department of Urology, Faculty of Medicine of University of Porto; <sup>2</sup>Experimental Biology Unit, Department of Biomedicine, Faculty of Medicine of University of Porto; <sup>3</sup>Pharmaceutical and Therapeutical Unit, Department of Biomedicine, Faculty of Medicine of University of Porto; <sup>4</sup>MedInUP – Center for Drug Discovery and Innovative Medicines, University of Porto; <sup>5</sup>I3S- Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto; <sup>6</sup>Department of Urology, Centro Hospitalar e Universitário of São João, Porto

**Introduction:** Bladder pain syndrome/interstitial cystitis (BPS/IC) is a chronic pain disorder with multiple phenotypes, one of which courses with an overactive adrenergic system. This phenotype seems associated with early in life traumatic events and evolves with more severe pain and more daytime voiding episodes.

**Objectives:** This study aimed to use the maternal deprivation model in mice, in the first two weeks of life, to evaluate whether these events could induce, later in adulthood, chronic pain behavior and bladder changes that mimic those observed in BPS/IC patients. We also investigate if overstimulation of  $\alpha$ 1A adrenoceptor ( $\alpha$ 1A-AR) and the consequent enhancement of TRPV1 response is involved in the generation of this phenotype – using TRPV-1 knock-out mice.

**Material and methods:** To mimic the phenotype with an overactive adrenergic system, we used adult female and male C57BL/6 mice and TRPV1 KO mice, submitted to maternal deprivation (MDM), to study whether early in life insults induce visceral pain behavior and bladder changes, and compared to controls. The mice were randomly assigned as control

(not manipulated) or as MDM group.

We determined a sample size per group of 5 mice, with a power analysis of 96% and a critical U of 2.39. For TRPV1 KO mice, we assumed an effect size of 3.9 (based on previous experiments), an alpha of 0.05, a 95% power with an allocation ratio of 1. We determined a sample size per group of 4 mice. Differences were considered statistically significant when  $p < 0.05$ , CI of difference did not include 0 and determined  $U < \text{critical } U$ .

**Results:** All females wild type submitted to MDM had chronic pain behavior, that was not present in female TRPV1KO MDM mice. Only one male mouse showed chronic pain behavior, replicating the preponderance of pain phenotype between females and males with BPS/IC. Both genders had bladder hyperactivity, which was not observed in TRPV-1 KO MDM; both presented urothelial impairment, but no signs of bladder inflammation. Therefore, the modulation of the  $\alpha$ 1A-AR pain pathway may represent a valid therapeutic tool to treat BPS/IC patients.

**Conclusion:** The present work highlights the role of early in life insult in the development of chronic visceral pain in adulthood. It shows that the gender, duration, and intensity of the insult have an impact on the pain phenotype outcome. It also shows that the  $\alpha$ 1A-AR pain pathway is involved in the development of chronic visceral pain.



## PO 03

**CD39 AND CD73 EXPRESSION ON T CELLS AND TUMOR CELLS IN BLADDER CANCER**

Frederico Furriel; Ana Lúcia Santos; Célia Gomes; Belmiro Parada; Vítor Sousa; Paulo Teixeira; M. Ribeirinho-Pereira; Sandra Silva; Isabel Silva; Paula Laranjeira; Artur Paiva

*Department of Urology, Leiria Hospital Center (CHL), Leiria, Portugal; Department of Urology and Renal Transplantation, Coimbra Hospital and University Centre (CHUC), Coimbra, Portugal; Coimbra Institute for Clinical and Biomedical Research, Faculty of Medicine, University of Coimbra (FMUC), Coimbra, Portugal; Unit of Operational Management of Cytometry, Coimbra Hospital and University Centre (CHUC), Coimbra, Portugal; Department of Pathology, Coimbra Hospital and University Centre (CHUC), Coimbra, Portugal*

**Introduction and objectives:** Emerging evidence suggests that tumors generate adenosine in tumor microenvironment (TME), inhibiting effector function of multiple immune cell subsets, thereby allowing neoplastic growth. This is dependent on the adenosinergic pathway (AP), in which CD73 and, more recently CD39, seem to play a key role.

We aim to quantify and characterize the phenotype of different subpopulations of T cells (CD4, CD8 and Treg) at TME, in surrounding non-malignant tissue and in peripheral blood and, in parallel, evaluate the expression of CD39 and CD73 in urothelial bladder cancer (BC) cells. This is part of a larger study aiming to trace an immunologically-based signature of the AP in BC, with therapeutic and prognostic purposes.

**Materials and methods:** We conducted a study with 24 patients with histological confirmed urothelial carcinoma of the bladder, with indication for surgery – transurethral resection of the bladder or radical cystectomy. Peripheral blood, tumor and normal-appearing matching tissue were sampled and analyzed by flow cytometry, with a FACSCanto II cytometer. A

systemic functional evaluation of the immune and adenosinergic systems, with regard to the subpopulations of T cells and adenosinergic pathway (CD39; CD73) was performed.

**Results:** Compared to the normal matching bladder tissue, the immunophenotype of BC tissue was characterized by a specific profile of T cell infiltration: increased CD4 (44.7 vs. 32.3%) and decreased CD8 (52.3 vs. 66.1%) T cells. Most notably, BC exhibited a marked increase of regulatory T cells (CD4<sup>+</sup>, CD25<sup>+</sup>, CD127<sup>-</sup>) (18.6 vs. 6.4%,  $p = 0.008$ ).

The majority of T cells, particularly in tumor and normal tissues, had the CD39<sup>+</sup>/CD73<sup>+</sup> phenotype. We found an evident increase on the expression of CD39 in all subpopulations of T cells, (CD4<sup>+</sup>, CD8<sup>+</sup> and Treg) either with an activated phenotype (HLA-DR and/or CD25) or not, reaching a mean factor of 20.0 x, when comparing tumor microenvironment to peripheral blood, and 8.6 x compared to normal matching tissue.

There was a significant correlation between the percentage of CD4<sup>+</sup> Treg cells and the expression of CD39, not only in peripheral blood ( $p = 0.005$ ), but also in normal tissue ( $p = 0.005$ ) and tumor tissue ( $p = 0.018$ ). The same correlation occurred for CD8<sup>+</sup> T cells, but only in tumor tissue ( $p = 0.012$ ). In turn, CD73 expression is mostly associated with tumor cells, as  $53.6 \pm 13.2\%$  of tumor cells express this enzyme.

**Conclusions:** Our results point to an immunosuppressive tumor microenvironment in bladder cancer, with a decreased infiltration of cytotoxic T cells and an increase of Treg subpopulations, which seems to be associated with an amplified activity of the adenosinergic pathway, where T cells (expressing CD39) and tumor cells (expressing CD73) apparently play a complementary role.



## PD-L1 EXPRESSION IN RENAL CELL CARCINOMA WITH RHABDOID/SARCOMATOID FEATURES

Rita Rodrigues Fonseca<sup>1</sup>; Filipa Antunes<sup>2</sup>; Renato Lains Mota<sup>1</sup>; Filipa Batista Santos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; <sup>2</sup>Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

**Introduction:** Kidney cancer represents about 3% of all diagnosed adult malignancies, and renal cell carcinoma (RCC) accounts for about 90% of cases.

Renal cell carcinoma (RCC) dedifferentiation is a rare, but well established event, occurring mainly in the form of sarcomatoid and/or rhabdoid features. Sarcomatoid dedifferentiation occurs in about 5% of RCC. Rhabdoid dedifferentiation is a more recent recognized event, also accounting for about 5% of RCC. Dedifferentiated RCC has a poor prognosis, regardless of the therapeutic options.

Nowadays, targeted therapeutic approaches are becoming increasingly available as we discover more about the mechanisms of the diseases. Recent reports have shown tumoral responses to immune checkpoint inhibitors (ICIs) in genitourinary tract malignancies, with significant improvement in overall survival and progression free survival. Programmed death-ligand 1 (PD-L1) is a transmembrane protein expressed on cytotoxic T-cells and other immune cells that binds to the programmed death-1 receptor (PD-1) expressed in normal cells during immune system modulation. PD-1/PD-L1 interaction acts as a mechanism of protection against immune recognition by inhibiting the action of T-cells and downregulates the immune response. Tumor cells upregulate PD-L1 expression and become able to evade immune response, avoiding elimination and promoting cell proliferation. Therefore, novel anti-PD-1 therapies

act to promote immune response against various tumors. Since not all tumors show the same PD-1/PD-L1 interactions, not all cases are good candidates for immunotherapy. Studies regarding RCC have shown encouraging results with anti-PD-1/PD-L1 agents, particularly in metastatic disease and in combination with other agents.

The aim of this work is to determine the expression of PD-L1, by immunohistochemistry, in dedifferentiated RCC in comparison to other RCC.

**Material and methods:** We retrospectively reviewed 24 cases of RCC diagnosed between 2010 and 2020, 12 of these cases were dedifferentiated RCC. Patients demographic and clinicopathological features were assessed and the results were compared with the histological tumor type and presence of rhabdoid/sarcomatoid differentiation. Statistical analysis was performed using JMP and Excel platforms.

**Results:** Two sets of patients were analyzed: set A – 12 patients with RCC and sarcomatoid and/or rhabdoid differentiation, and set B – 12 patients with RCC with no differentiation. The majority of the specimens comprised clear cell carcinoma subtype. The groups were statically comparable, with similar staging and demographic characteristics such as gender and age. There was a significant statistical difference ( $p < 0,01$ ) regarding PD-L1 expression, with its immunostaining being almost exclusive to the rhabdoid cell feature (75%). Regarding prognosis, there was a significant statistical difference in overall survival (OS) ( $p < 0,05$ ) between sets (set A= 346 days vs set B= 1084 days).

**Discussion and conclusion:** In most reports about PD-L1 expression in RCC, PD-L1 expression is located only in sarcomatoid or inflammatory cells. Our results highlight the important PD-L1 expression in the rhabdoid

component. To our knowledge, this is the first report to highlight a difference in expression of PD-L1 between these cells in adult renal tumors.

In our study, positivity for PD-L1 is associated with a worse prognosis, and inferior OS. Although it may not necessarily predict its response, as PDL1 expression is not yet considered a definitive biomarker, this work indicates the need to explore the use of PD-L1 inhibitors in rhabdoid renal tumors and assess their clinical response, considering even an adjuvant setting. Our study has some limitations due to its retrospective nature, and small sample size, so further investigation is needed to validate our results.

## PO 05

### REPEAT PROSTATE BIOPSIES FOR ATYPICAL SMALL ACINAR PROLIFERATION IN THE ERA OF MULTIPARAMETRIC MAGNETIC RESONANCE IMAGING

Bernardo Lobão Teixeira; André Marques-Pinto;  
João Ferreira Cabral; Avelino Fraga  
*Centro Hospitalar e Universitário do Porto*

**Introduction:** Atypical small acinar proliferation (ASAP) is thought to represent a pre-malignant lesion occurring in up to 5% of prostate biopsies. Previous studies describe an average of 30% of adenocarcinoma on repeat biopsy in such cases. Until recently, European guidelines suggested that all patients with findings of ASAP on a prostate biopsy should undergo repeat biopsy considering the increased risk of harbouring prostate cancer. Contemporary data have shown clinically significant prostate cancer rates on subsequent biopsy after an initial ASAP to be 6-8%. The pathway for the diagnosis of prostate cancer currently includes Multiparametric Magnetic Resonance Imaging (mpMRI) to avoid unnecessary biopsies. However, to date no study has formally addressed the management of

ASAP in the era of mpMRI.

**Objective:** The objective of this study was to establish if a finding of ASAP on initial biopsy remains a strong predictor of adenocarcinoma on repeat biopsy in the era of mpMRI.

**Materials and methods:** We retrospectively reviewed the data of patients submitted to transrectal ultrasound guided prostate biopsy between 2010 and 2020. Only patients submitted to a repeat biopsy after ASAP or benign findings on initial biopsy were included. Clinical data included age, PSA level at biopsy, digital rectal examination (DRE) findings, biopsy pathology, mpMRI results (before initial or subsequent biopsy) and time between biopsies. Univariable and multivariable logistic regression analysis was done for the variables of interest. Statistical significance was considered at an alpha value of 0.05.

**Results:** A total of 146 patients were included in the analysis. Forty percent (N = 59) of patients in our sample had ASAP on initial transrectal ultrasound guided prostate biopsy. The mean number of cores on initial biopsy was 16. Median initial PSA level was 6.9 (IQR 5.3 – 8.6). Twenty percent of patients had a suspicious digital rectal examination result. From the total population of 146 patients, only 82 (56.2%) underwent a mpMRI, either before or after initial biopsy. mpMRI results were categorized in positive (PiRADS score of 4 or 5) or negative (PiRADS score equal to or lower than 3). Forty three percent of patients had a positive mpMRI result. Median time to re-biopsy was 12 months (IQR 6 -22). On univariable analysis, only patient's age and mpMRI results were related to prostate cancer on subsequent biopsy, with an OR of 1.01 (95%CI 1.04 – 1.17; p = 0.001) and 3.47 (95%CI 1.35 – 8.92; p = 0.010) respectively. Multivariable logistic regression analysis was adjusted for patient age, PSA level, DRE result, time between biopsies, initial biopsy and mpMRI re-

sults. When adjusting for such confounders only age and mpMRI remained significantly related to prostate cancer diagnosis on repeat biopsy – 1.14 (95%CI 1.04 – 1.25;  $p = 0.001$ ) and 4.56 (95%CI 1.46–14.7;  $p = 0.009$ ).

**Discussion and conclusions:** Abnormal, non-cancerous results at biopsy represent a clinical dilemma in the management of patients at risk for prostate cancer. Until recently, urology guidelines recommended repeat biopsy in patients with ASAP findings, based on high rates of prostate cancer on subsequent biopsy described in older studies. Current data sought to better define such a scenario, and suggest that there is no significant difference in the incidence of clinically significant prostate cancer on subsequent biopsy after an initial ASAP. However, no study has specifically addressed the role of mpMRI in this context. Our results seem to corroborate results from larger databases and suggest that mpMRI findings remain clinically and statistically significant in the diagnosis pathway of prostate cancer when adjusting for premalignant findings on initial biopsy. Repeat biopsy after an initial ASAP might be avoided in the presence of benign findings on mpMRI.

## PO 06

### VISUAL PROSTATE SYMPTOM SCORE VS. INTERNATIONAL PROSTATE SYMPTOM SCORE EM HOMENS COM SINTOMAS DO TRATO URINÁRIO INFERIOR: UMA COMPARAÇÃO PROSPETIVA

Matos Rodrigues R.<sup>1</sup>; Tinoco C.<sup>1</sup>; Díaz Ferreira F.<sup>2</sup>; Cardoso A.<sup>1</sup>; Araújo A.S.<sup>1</sup>; Anacleto S.<sup>1</sup>; Cerqueira Alves M.<sup>1</sup>; Oliveira C.<sup>1</sup>; Mota P.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Braga, Portugal; <sup>2</sup>Universidade do Minho – Escola de Medicina, Braga, Portugal

**Introdução:** O “International Prostate Symptoms Score” (IPSS) é uma importante ferramenta na avaliação de sintomas do trato urinário inferior (LUTS) em homens com hi-

perplasia benigna da próstata (HBP). Devido às suas limitações foram criados novos cores, como por exemplo o “New visual Prostate Symptoms Score” (VPSS). O objetivo deste estudo foi comparar e relacionar estes questionários.

**Métodos:** Cem doentes com LUTS por HBP foram avaliados prospectivamente entre agosto e novembro de 2017. Os dados recolhidos incluíram a idade, grau de educação, tempo de preenchimento e score total no IPSS e VPSS, valor de Qmax da urofluxometria, PSA e volume prostático. A análise estatística dos dados incluiu o coeficiente de correlação de Spearman e teste Wilcoxon.

**Resultados:** A idade média foi de 68 anos, e menos de 30% dos doentes não tinha 4 anos de escolaridade. 89% dos doentes conseguiu completar o questionário VPSS sem ajuda, em comparação com os 59% que conseguiram completar o IPSS. A correlação de Spearman mostrou uma correlação significativa entre o score IPSS e o VPSS totais ( $r = .651$ ,  $p < .001$ ). Ambos os scores tiveram uma correlação negativa com o Qmax ( $r = -.201$ ,  $p = .046$  and  $r = -.228$ ,  $p = .023$ , respetivamente). O tempo médio de preenchimento do IPSS (175s, IQR = 54) e do VPSS (93.5s, IQR = 50) foram significativamente diferentes ( $Z = 8.68$ ,  $p < .001$ ). **Conclusão:** VPSS correlaciona-se significativamente com o IPSS e Qmax. Este questionário pode ser completado sem ajuda por um grande número de homens e o seu preenchimento é mais rápido. Estes resultados sugerem que o VPSS pode avaliar corretamente a presença e severidade de LUTS numa população maior que o IPSS.



**PO 07****ONE STEP BEYOND: PROSPECTIVE COMPARISON BETWEEN IN-OFFICE FREEHAND TRANSPERINEAL BIOPSIES UNDER LOCAL ANAESTHESIA AND TRANSRECTAL PROSTATE BIOPSIES**

Bilé Silva, A.; Dinis, P.J.; Gaspar, F.P.; Fonseca, R.R.; Santos, J.C.; Monteiro, L.A.  
*Hospital de Egas Moniz - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental*

**Introduction:** Transrectal ultrasound-guided prostate biopsy (TR-PB) represents one of the most common urologic procedures performed worldwide. Nevertheless, the ascending rates of antibiotic (AB) resistance poses a significant risk, leading to an increasing number of infectious complications (IC).

Transperineal (TP) PB offers an alternative to the TR approach: being performed percutaneously, it may provide patients with a safer route for PB. Yet, historically, TP-PB was performed under general anaesthesia, which was regarded as a drawback.

**Objectives:** We sought to compare Prostate Cancer (PCa) detection rates, complication rates and tolerability between TR-PB and free-hand TP-PB performed in an outpatient setting, under local anaesthesia.

**Materials and methods:** We conducted a prospective study with consecutive sampling. Data from men submitted to TP-PB and TR-PB with ultrasound (US) guidance from September 2019 to December 2020, in a tertiary care centre, was compared.

Patients' demographics and comorbidities (Charlson Comorbidity Index – CCI) were assessed. A questionnaire was carried out to appraise the pain related to the procedure on a pain numerical rating scale from 0 to 10.

Presenting PSA, biopsy result and characteristics (PCa detection and complications that motivated a visit to the emergency department – ED – until 1 month after the PB)) were

analysed.

Whereas patients undergoing TP-PB were not provided with AB prophylaxis, patients submitted to TR-PB were given 7-day trimethoprim/sulfamethoxazole.

TP-PB comprised a 14-core template (including sampling of the anterior zone of the prostate) whereas the TR approach consisted of, mainly, a sextant biopsy.

**Results:** Forty-five patients underwent TP-PB and 18 TR-PB. They had comparable age ( $67 \pm 8$  vs  $68 \pm 7$  years old) and CCI scores.

Patients who had a TR-PB performed had a statistically significant higher presenting PSA ( $11.8$  vs  $16.8$  ng/mL,  $p = 0.02$ ).

Overall, 36 (57.1%) patients had PCa diagnosed, with similar detection rates between techniques (55.6% and 61.1%,  $p = 0.78$ ). The Gleason score (GS) was comparable between cohorts ( $p = 0.21$ ) with most patients diagnosed with PCa showing GS 3+4 or higher (61.1%).

An anterior zone PCa was diagnosed in 40% of the patients who underwent TP-PB.

Even though TP-PB involved a higher number of cores (14 vs 13,  $p < 0.001$ ), the percentage of positive cores was identical in both cohorts ( $p = 0.47$ ).

There was a tendency towards a higher complication rate in the TR-PB cohort (2.2% vs 16.7%,  $p = 0.07$ ), with higher rates of non febrile lower urinary tract infections (UTIs) (0% vs 11.1%) and febrile UTIs (2.2% vs 5.6%) being recorded. One case of acute urinary retention (AUR) was described in the TP-PB cohort.

Globally, patients reported only mild levels of discomfort (3 vs 2,  $p = 0.35$ ). Pain related to the anaesthesia infiltration ( $p = 0.16$ ) and to the introduction of the US transducer ( $p = 0.37$ ) was comparable.

**Discussion/Conclusions:** Freehand TP-PB under local anaesthesia, without AB prophylaxis, is a well-tolerated, safe, appropriate to

the outpatient setting procedure. It displays an equivalent PCa detection rate when compared to the one obtained with the TR approach. These findings reiterate the growing interest in the transperineal approach of the PB as a strategy to diminish the procedural morbidity, namely, IC.

#### PO 08

### SERÃO AS BIÓPSIAS PRÉ-TRANSPLANTE SEGURAS? – ESTUDO TRANSVERSAL

João Lorigo; Mariana Fernandes; Edgar Silva; Vasco Quaresma; Pedro Moreira; Pedro Nunes; Luís Rodrigues; Belmiro Parada; Arnaldo Figueiredo  
*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** Anualmente, cerca de 500 rins são transplantados em Portugal. A sobrevivência dos enxertos tem vindo a crescer, não só pela melhor seleção dos doadores e receptores, mas também pelo uso de melhores imunossuppressores e pelo refinamento da técnica cirúrgica. Contudo, o transplante é ainda um momento crucial no tratamento de doentes com doença renal terminal. Apesar de alguns estudos avaliarem os benefícios das biópsias (potencial de prever resultados a longo prazo e estabelecer estado basal do enxerto), poucos estudaram os seus riscos.

**Objetivo:** Comparar as complicações pós-operatórias entre doentes transplantados renais que receberam um implante biopsado com um grupo que não recebeu um implante biopsado.

**Material e métodos:** Estudo transversal que inclui todos os doentes transplantados renais entre 2019 e 2020 num hospital central com centro de transplantação ( $n = 203$ ). A idade média foi  $46,9 \pm 13,1$  anos. Dados clínico-demográficos foram recolhidos a partir dos registos do hospital e da unidade de transplantação renal. As biópsias foram realizadas usando-se uma dupla punção polar com uma agulha de 18G.

**Resultados:** Cinquenta e seis doentes (27,6%) receberam um enxerto biopsado. Observou-se uma queda média de hemoglobina pós-operatória de 2,8 g/dl, tendo essa queda sido mais evidente no grupo biopsado (3,2 g/dl vs 2,6 g/dl;  $p < 0,05$ ). Neste grupo, o número de transfusões necessárias ao longo do internamento foi também maior (2,2 U vs. 1,3 U,  $p < 0,05$ ). O tempo de internamento foi maior no grupo biopsado ( $13,2 \pm 8,4$  vs.  $10,6 \pm 5,8$ ,  $p < 0,05$ ). Doentes que receberam um rim biopsado apresentaram uma idade maior ( $57,3 \pm 11,8$  vs  $46,9 \pm 13,1$  anos). Tempo de isquémia foi também maior neste grupo (19h vs. 15,2h;  $p < 0,05$ ). Contudo, não se encontrou uma relação entre a idade e a queda de hemoglobina ou o número de transfusões durante o internamento. A função renal no momento da alta não foi significativamente diferente entre os dois grupos ( $p = n.s.$ ), tendo sido o valor médio encontrado de 1,9mg/dl.

**Conclusão:** Apesar das potenciais vantagens das biópsias, estas não são isentas de riscos. Este estudo demonstrou uma associação estatística entre as biópsias pré-transplante e o risco hemorrágico pós-operatório, independentemente da idade.

#### PO 09

### EFICÁCIA E SEGURANÇA DA URETEROSCOPIA E DA CIRURGIA INTRARENAL RETRÓGRADA SEM FLUOROSCOPIA: UM ESTUDO COMPARATIVO

Catarina Tinoco; A. Coutinho; Andreia Cardoso; Ana Sofia Araújo; Ricardo Matos; Sara Anacleto; Estevão Lima; Mário Cerqueira Alves; Paulo Mota  
*Hospital de Braga Escola de Medicina da Universidade do Minho*

**Introdução e objetivos:** A ureteroscopia (URS) e a cirurgia intrarenal retrógrada (RIRS) são procedimentos minimamente invasivos frequentemente usados para o tratamento de cálculos ureterais e renais. Tradicionalmente

estes procedimentos são guiados por fluoroscopia, mas os riscos da exposição à radiação ionizante é uma preocupação tanto dos doentes como dos urologistas assistentes. O objetivo deste estudo é avaliar a eficácia e a segurança das URS e RIRS sem fluoroscopia comparativamente com os procedimentos convencionais guiados por fluoroscopia.

**Material e métodos:** Os doentes submetidos a URS e a RIRS para tratamento de urolitíase entre Agosto 2018 e Dezembro de 2019 foram retrospectivamente avaliados e divididos em 2 grupos, de acordo com o uso ou não de fluoroscopia. Os dados colhidos incluíram características demográficas dos doentes, dados clínicos, variáveis cirúrgicas, taxa livre de cálculos, complicações e duração do internamento. Para além disso, foi realizada uma análise subgrupo por tipo de procedimento e uma análise multivariada para identificar preditores para a formação de cálculos residuais e complicações pós-operatórias.

**Resultados:** 231 doentes cumpriram os critérios de inclusão; 120 (51.9%) foram submetidos a procedimentos com fluoroscopia e 111 (48.1%) a procedimentos sem fluoroscopia. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos no que diz respeito à taxa livre de cálculos (82.5% vs 90.1%  $p = .127$ ), taxa de complicações pós-operatórias (35.0% vs 31.5%  $p = .675$ ) e grau de complicações ( $p = .981$ ). No que diz respeito à análise subgrupo, estas variáveis não mostraram diferenças significativas, independentemente do procedimento considerado. Na análise multivariada, a técnica sem fluoroscopia não foi um preditor significativo de litíase residual ( $p = .983$ ), quando ajustado por tipo de procedimento, tamanho e número de cálculos.

**Conclusão:** Os resultados sugerem que tanto a URS como a RIRS podem ser feitas sem fluoroscopia, em casos selecionados, sem afetar a eficácia e segurança do procedimento.

NOVEMBER 28, SUNDAY | 08:00-09:00h

## PO 10

### TREXIT: A "CLEAN" WITHDRAWAL FROM TRANSRECTAL PROSTATE BIOPSIES – PROSPECTIVE RESULTS OF IN-OFFICE FREEHAND TRANSPERINEAL BIOPSIES UNDER LOCAL ANAESTHESIA

Bilé Silva, A.; Dinis, P.J.; Gaspar, F.P.; Fonseca, R.R.; Santos, J.C.; Monteiro, L.A.

*Hospital de Egas Moniz - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental*

**Introduction:** In 1922, the first prostate biopsy (PB) was performed using the transperineal (TP) route. The transrectal (TR) method followed.

Ultrasound (US)-guided PB is currently the standard of care. PB is performed by either the transrectal or transperineal approach. Cancer detection rates seem to be comparable between the two approaches. However, some evidence suggests a reduced infection risk and a higher detection of tumors localised in the anterior zone of the prostate with the transperineal route. Accordingly, the 2021 European Association of Urology (EAU) guidelines recommend TP-PB as a first-line procedure for the diagnosis of prostate cancer (PCa) whenever available.

Moreover, due to these advantages, there is a growing interest in implementing TP-PB as a routine practice.

**Objectives:** We sought to report the initial results of in-office freehand TP-PB under local anaesthesia in the outpatient setting.

**Materials and methods:** We conducted a prospective study with consecutive sampling. Data from men submitted to TP-PB with US guidance from September 2019 to September 2021, in a tertiary care centre, was collected. Patients' demographics and comorbidities (Charlson Comorbidity Index – CCI) were assessed. A questionnaire was carried out to



appraise the pain related to the procedure on a pain numerical rating scale from 0 to 10.

Presenting PSA, biopsy result and characteristics (PCa detection and complications that motivated a visit to the emergency department –ED – until 1 month after the PB) were analysed.

Antibiotic (AB) prophylaxis was not provided to any of the patients undergoing TP-PB.

TP-PB was performed under local anaesthesia (2% lidocaine hydrochloride) by freehand method. It comprised a 14-core template (including sampling of the anterior zone of the prostate) and additional cores targeting suspicious lesions found on the multiparametric Magnetic Resonance Imaging (mpMRI) of the prostate.

**Results:** A hundred and eight (108) patients underwent TP-PB. The mean age was  $66 \pm 9$  years old.

The median presenting PSA was comparable in patients with positive and negative PB results ( $7.7\text{ng/mL}$ ,  $p = 0.11$ ).

Most of the patients (58%) underwent mpMRI prior to the PB. A total of 33 patients with a positive TP-PB result had suspicious lesions in a previous mpMRI. From those, 19 (58%) were found to have positive PB cores in locations matching the ones stated in the imaging.

Overall, 67/108 (62%) patients had PCa diagnosed with a mean percentage of positive cores of 35% (95%CI 28-41%) and a median percentage of maximum positive core length of 60% (95%CI 49-65%). Clinically significant (cs) PCa (ISUP  $\geq 2$ ) was diagnosed in 42/67 (63%) patients.

The TP approach allowed the diagnosis of anterior zone PCa in 61% (41/67) of the patients (anterior zone csPCa in 63% of these), 12% (5/41) had exclusively anterior zone pathological findings.

Complications leading to an ED visit were recorded in only one patient: an event of febrile

urinary tract infection, which led to acute urinary retention. Nonetheless, there were no further complications reported and no cases of hospital admission were described.

Patients tolerated the transperineal approach reasonably well and reported only mild levels of discomfort related to the anaesthesia infiltration ( $3 \pm 3$ ) and to the introduction of the US transducer ( $3 \pm 3$ ). Globally, the patients ascribed a pain of  $3 \pm 3$  to the entire procedure.

**Discussion/Conclusions:** Freehand TP-PB under local anaesthesia, without AB prophylaxis, is a well-tolerated and safe procedure, feasible as an outpatient procedure.

TP-PB provides an easy access to the anterior zone of the prostate allowing for the diagnosis of previously missed PCa.

Furthermore, the results highlight the accuracy of the TP approach targeting suspicious lesions found on mpMRI.

## PO 11 PROMISING BENEFITS OF COLD ATMOSPHERIC PLASMA-BASED THERAPIES AGAINST BLADDER CANCER

Edgar Tavares-da-Silva; Lúcia Fernandes;  
Eurico Pereira; Ana S. Pires; João Lima;  
Francisco Caramelo; Paulo Teixeira; Rui C. Oliveira;  
Ana M. Abrantes; Arnaldo Figueiredo;  
Maria F. Botelho

<sup>1</sup>University of Coimbra, Coimbra Institute for Clinical and Biomedical Research (iCIBR) area of Environment Genetics and Oncobiology (CIMAGO), Biophysics Institute of Faculty of Medicine; <sup>2</sup>Clinical Academic Center of Coimbra (CACC); <sup>3</sup>University of Coimbra, Center for Innovative Biomedicine and Biotechnology (CIBB); <sup>4</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), Department of Urology and Renal Transplantation; <sup>5</sup>University of Coimbra, Coimbra Institute for Clinical and Biomedical Research (iCIBR) area of Environment Genetics and Oncobiology (CIMAGO), Laboratory of Biostatistics and Medical Informatics of Faculty of Medicine; <sup>6</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), Department of Anatomic Pathology

**Introduction and objectives:** Bladder cancer (BC) is the 10th most common and the 13th deadliest cancer worldwide. There are gaps in the development of new therapies for BC and drugs available in clinical use do not have the desired efficacy and show side effects. Cold Atmospheric Plasma (CAP) is a promising area that can have significant antitumor effects on cancer tissue. CAP is a partially ionized gas and is produced at a temperature below 40°C. Its mechanisms of action are mainly due to reactive oxygen and nitrogen species (RONS) that are generated during CAP treatment. Recently, a new approach has emerged consisting of a water-based liquid first exposed to CAP and then put into contact with cells or tissues, the Plasma-Activated Liquid (PAL). We already showed the efficacy of direct CAP in BC cell lines. Now, we aim to evaluate the effect of CAP direct treatment in ex vivo BC

samples and the effect of 4 PALs against BC cell lines.

**Materials and methods:** An electronic device was designed by our group to create CAP. In the ex vivo assays, BC samples, which corresponded to fragments of bladder tumors from cystectomy and transurethral resection pieces, were used. This procedure was approved by the ethics committee of FMUC. The samples were treated with CAP for 60, 120, and 180 seconds. 24, 48, and 72 hours after CAP treatment, histological analysis was performed through H&E (hematoxylin and eosin) staining. For in vitro assays, initially 4 water-based liquids were used, namely NaCl (sodium chloride solution), PBS (phosphate-buffered saline), distilled and ultra-pure water. 500µL of each liquid were treated with CAP for 30, 60, 120, 180 and/or 240 seconds. Then, BC cell lines, TCCSUP (grade IV) and HT1376 (grade III), were incubated with PALs for 2, 24, 48 or 72 hours, according to the experiment performed. The metabolic activity was evaluated by MTT assay or the protein content by SRB assay, 24, 48 and 72 hours after incubation with PALs. For both BC cell lines, RONS were measured after treatment with plasma-activated NaCl for 2 hours, and flow cytometry was performed at 24 hours to evaluate cell viability and cell death profile, cell cycle alterations and mitochondrial membrane potential (MMP).

**Results:** Ex vivo assays revealed an increase in necrotic cells and some reduction in cellular cohesion after CAP treatment, in a tumor that normally presents a solid/trabecular/in-sular pattern. Regarding the in vitro assays, all PALs induced a decrease in cell metabolic activity for all incubation times. Overall, NaCl showed the most promising results inhibiting cell metabolic activity and protein content. Concerning RONS, there was a decreased intracellular production of peroxides in HT1376

and no statistical differences in TCCSUP. There was an increased intracellular production of radical superoxide in TCCSUP and no statistical differences in HT1376. Lastly, an increased intracellular production of nitric oxide depending on the cell line and the exposure time of NaCl to CAP. Regarding the viability and cell death profile, both cell lines demonstrated a decrease in viable cells and an increase in the late apoptotic cells was observed in the TCCSUP cell line. In both cell lines, cell cycle arrest in the S phase was observed along with a tendency to a decrease of the MMP, depending on the exposure time of NaCl to CAP.

**Conclusion:** Ex vivo results are in line with the results we recently published in BC cell lines treated directly with CAP, demonstrating cell death by necrosis. In vitro results with PALS demonstrate that NaCl is the most suitable candidate to proceed as PAL. These outcomes encourage further studies, where the influence of other RONS on the NaCl mechanism of action should be assessed, as well as its effects ex vivo. Nonetheless, this study reveals that intravesical therapy with both CAP and PAL could represent a promising therapeutic approach against BC.

## PO 12

### CHANGE OF EMERGENCY ADMISSION PATTERN AT A REFERENCE UROLOGY DEPARTMENT DURING COVID LOCKDOWN

João Pedroso Lima; Mário Leal; João Lorigo; Roberto Jarimba; Edgar Tavares-da-Silva; Paulo Azinhais; Arnaldo Figueiredo  
*Serviço de Urologia e Transplantação Renal, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*

**Introduction:** On 18th March 2020, the Portuguese government issued a full country-wide lockdown due to the spread of the new Coronavirus SARS-CoV2, responsible for the COVID19 disease. With an area of influence

of over 2.5 million inhabitants, clinicians in our institution noted a dramatic reduction in emergency department (ED) admissions and referrals from other institutions during the lockdown. We hypothesized a reduction in “false emergencies”, at a cost of higher rates of complications and late arrivals.

**Methods:** We retrieved data from every patient admitted to the urology ED department during April 2020, in the peak of the first wave of the pandemic, and April 2019, prepandemic. Data gathered focused on admission criteria, vital signs, type of treatment and discharge location.

**Results:** Data was gathered on 864 ED admissions, 568 during April 2019 and 296 during April 2020, showing a 47.8% reduction. Referral from other institutions represented 34.7% of all admissions in 2019 and 21.3% in 2020, which corresponds to an absolute reduction of 64.5% referrals. Most common motives for ED admission were similar between the periods studied: renal colic was the most common (23.1%), followed by macroscopic hematuria (13.0%), pyelonephritis (10%) and acute urinary retention (9.8%). 37% of patients admitted in April 2019 were submitted to an invasive intervention (urethral catheterization, cystostomy, nephrostomy tube placement, ureteral stent placement, surgery) versus 45,9% in 2020 ( $p < 0.01$ ).

There was a 30% absolute reduction in patients admitted for hematuria in April 2020. There was no reduction, however, in the number of patients hospitalized for persistent hematuria ( $p = 0,23$ ). These patients were admitted with lower hemoglobin (8.8 vs 10.3 g/dL,  $p = 0.03$ ), higher serum creatinine (2.21 vs 1.76 mg/dL,  $p < 0.01$ ) and required more days before discharge (8.58 vs 5.4 days,  $p = 0.16$ ), compared to April 2019.

A reduction was also identified in patients in need for urinary diversion, similar to the ove-



rall reduction in the ED admissions (53%,  $p = 0.385$ ). There was, however, a major change in the choice of urinary diversion (nephrostomy vs JJ stent), with 87% submitted to nephrostomy tube placement (vs 53.1% in 2019,  $p < 0.01$ ).

There was a 68% reduction in admissions for nephrostomy tube displacement in 2020 compared to April 2019 ( $p = 0.095$ ). A similar reduction was observed for patients admitted for orchitis or epididymitis (57% reduction,  $p = 0,346$ ).

**Conclusion:** There was a significant reduction in ED admissions during the first lockdown due to COVID19 in our institution. Although the pattern of motives for admission remained somewhat similar, we identified a trend towards higher rates of invasive measures needed and higher rates of hospitalization, with overall worse clinical presentation reported in patients admitted in 2020, during the pandemic lockdown.

### PO 13

#### **SERÁ A DENSIDADE DO PSA ÚTIL NA AVALIAÇÃO DOS DOENTES COM LESÕES PI-RADS 3 NA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA?**

Vanessa Andrade; João Guerra; João Cunha; Miguel Gil; Nguete Veloso; Mariana Medeiros; Thiago Guimarães; Rui Bernardino; Francisco Fernandes; João Pina; João Lopes Dias; Fernando Calais; Luís Campos Pinheiro  
*Centro Hospitalar Lisboa Central*

**Introdução:** A neoplasia prostática é a segunda mais diagnosticada no sexo masculino. A sua suspeição clínica deve basear-se no PSA e toque rectal de cada doente, com posterior confirmação por biópsia prostática. A ressonância magnética multiparamétrica (RMmp) tem assumido um papel cada vez mais importante como auxiliar ao diagnóstico de tumores clinicamente significativos. Actualmente é recomendada a sua realização antes da bióp-

sia prostática, tanto em doentes com biópsia prévia negativa como doentes que serão biopsados pela primeira vez. A biópsia deve ser realizada nos doentes com lesões PI-RADS (Prostate Imaging Reporting and Data System) 4 ou 5, sendo mais incerta a sua realização nos doentes com lesões PI-RADS 3, onde se devem ter em conta outros factores clínicos. Um desses factores é a densidade do PSA (dPSA) que se sabe estar relacionada com a presença de neoplasia clinicamente significativa, pelo que a sua consideração nestes doentes pode ajudar a decidir quem deve ou não ser biopsado.

**Objetivos:** Verificar se existe relação entre a densidade do PSA nos doentes com lesões PI-RADS 3 submetidos a biópsia de fusão e os resultados da biópsia.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva dos doentes com lesões classificadas como PI-RADS 3 (presença de neoplasia clinicamente significativa é equívoca) submetidos a biópsia por via transperineal por fusão entre RMmp e imagens em tempo real obtidas por ecografia prostática transrectal, no período compreendido entre Janeiro de 2016 e Junho de 2021. **Resultados:** Durante o período mencionado foram realizadas 619 biópsias de fusão por RMmp e ecografia prostática transrectal, 136 das quais em doentes que apresentavam apenas uma ou mais lesões PIRADS 3 na RM prévia à biópsia. Os doentes tinham em média 64,4 anos de idade, com um PSA entre 0,54 e 29,20ng/mL (média 8,17ng/mL) e volume prostático entre 11cc e 175cc (média 64,84cc). A densidade de PSA variou entre 0,02 ng/mL<sup>2</sup> e 0,78 ng/mL<sup>2</sup> (média 0,14 ng/mL<sup>2</sup>). Foram biopsadas entre 1 a 4 lesões suspeitas (média 1,55) com, em média, 20,55 fragmentos no total. 20,6% dos doentes biopsados obtiveram uma biópsia positiva e cerca de metade destes, 11% do total, tiveram como resultado um tumor prostático consi-

derado clinicamente significativo (Score de Gleason  $\geq 7$  (3+4)). A densidade de PSA foi ligeiramente superior nos doentes com biópsia positiva: 0,17 ng/mL2 vs. 0,13 ng/mL2 ( $p = 0,142$ ). O mesmo acontece aquando se considera apenas os tumores clinicamente significativos 0,12 ng/mL2 vs. 0,21 ng/mL2 ( $p = 0,029$ ). Dos doentes com tumores clinicamente significativos 53,3% tinha dPSA  $\geq 0,15$  ng/mL2 e 40% com dPSA  $\geq 0,20$  ng/mL2. Não se verificou uma correlação estatisticamente significativa entre estes cut-offs de dPSA e a presença ou não de neoplasia prostática ou neoplasia clinicamente significativa.

**Discussão/Conclusões:** A decisão de realização de biópsia nos doentes com lesões PI-RADS 3 não é linear e a densidade do PSA é um dos parâmetros que pode influenciar esta decisão. Na nossa amostra não se verificou uma diferença significativa na densidade do PSA nos doentes com biópsia positiva ou negativa, mas sim quando se consideram apenas as neoplasias clinicamente significativas. Estes resultados estão, portanto, em congruência com a já descrita utilidade da densidade do PSA na sugestão da existência de um cancro clinicamente significativo. Apesar disso, nenhum dos cut-offs estudados mostrou ser útil nesta previsão. Este estudo apresenta várias limitações, entre elas o facto de se tratar de um estudo retrospectivo, com RM avaliadas por diferentes radiologistas e realizadas em equipamentos distintos, bem como a baixa amostra.

## PO 14

### SERÁ A BIÓPSIA SISTEMÁTICA ÚTIL QUANDO ADICIONADA À BIÓPSIA DIRIGIDA POR FUSÃO ENTRE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA E IMAGENS EM TEMPO REAL DE ECOGRAFIA PROSTÁTICA?

Vanessa Andrade; João Guerra; João Cunha; Miguel Gil; Nguete Veloso; Mariana Medeiros; Thiago Guimarães; Rui Bernardino; Francisco Fernandes; João Pina; João Lopes Dias; Fernando Calais; Luís Campos Pinheiro  
*Centro Hospitalar Lisboa Central*

**Introdução:** O cancro da próstata é a segunda neoplasia mais comum nos homens pelo que apresenta um peso importante nos sistemas de saúde. A utilização do PSA e da biópsia prostática sistemática transrectal guiada por ecografia, importantes para o seu diagnóstico no passado, são hoje em dia considerados sub-óptimos no diagnóstico desta neoplasia. A utilização da ressonância magnética multiparamétrica (RMmp) previamente à biópsia melhorou consideravelmente a estratificação de risco dos doentes, permitindo evitar a biópsia em doentes de baixo risco e a utilização de uma técnica dirigida de biópsia aos doentes de maior risco. Uma das técnicas que pode ser utilizada é a técnica combinada que consiste na realização concomitante de biópsia dirigida a lesões suspeitas e biópsia sistemática.

**Objetivos:** Avaliação da utilidade da realização de biópsia sistemática concomitantemente a biópsia dirigida por fusão entre RMmp e imagens em tempo real obtidas por ecografia transrectal.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva dos doentes com lesões classificadas como PI-RADS 3, 4 ou 5 submetidos a biópsia por via transperineal sistemática e por fusão entre RMmp e imagens em tempo real obtidas por ecografia prostática transrectal, no período compreendido entre Janeiro de 2020 e Junho de 2021.

**Resultados:** Desde Janeiro de 2020 foram realizadas 269 biópsias, tendo sido excluídas deste estudo 24 por não terem sido realizadas biópsia de fusão entre RMmp e ecografia prostática transrectal e biópsia sistemática. Os doentes avaliados tinham em média 66,38 anos de idade. O valor de PSA médio foi 9,42ng/mL, variando entre 0,50ng/mL e 69,38ng/mL. Foram biopsadas, em média, 1,8 lesões em cada doente. Foram biopsadas 443 lesões, 36,3% PI-RADS 3, 36,8% PI-RADS 4, 13,6% PI-RADS 5 e 13,3% sem classificação PI-RADS descrita. 50,2% dos doentes obtiveram uma biópsia positiva. A biópsia dirigida às lesões suspeitas foi positiva para 48,2% dos doentes. Na biópsia sistemática 28,2% dos doentes obtiveram um diagnóstico de carcinoma prostático. A biópsia sistemática nestes 69 doentes permitiu que uma doença unilateral se transformasse numa doença bilateral em 31,9% dos doentes, mas houve um aumento do grau de risco em apenas 2 doentes (2,9%). No total, a biópsia sistemática permitiu um diagnóstico de neoplasia prostática em 4 doentes, que não teria sido detectada caso só se considerasse a biópsia dirigida, sendo de destacar que em todos eles se tratava de adenocarcinoma gleason 6 (3+3).

**Discussão/Conclusões:** A RMmp tem o seu principal papel na detecção de neoplasias clinicamente significativas, já que deve ser evitada a biópsia de lesões benignas e sobrediagnóstico e sobretratamento de tumores que não são considerados significativos e, portanto, de muito baixo risco. Na nossa amostra, menos de um terço dos doentes apresentaram tumores clinicamente significativos. Numa pequena percentagem de doentes a biópsia sistemática mostrou ser importante para a estratificação de risco. Apesar de poder ser útil nos casos em que existam erros de identificação, marcação, fusão de imagens ou técnica de biópsia das lesões suspeitas, a

realização de biópsia sistemática em adição a uma biópsia dirigida por fusão de imagem parece não aumentar a taxa de detecção de tumores clinicamente significativos.

## PO 15

### CIRURGIA LAPAROSCÓPICA NO TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE URETERAL: A NOSSA EXPERIÊNCIA

Sofia Mesquita; Jorge Correia; Vítor Cavadas; Avelino Fraga; Miguel Silva-Ramos  
*Centro Hospitalar Universitário do Porto*

**Introdução:** A endometriose ureteral é rara, afetando aproximadamente 1% das mulheres com endometriose pélvica. O tratamento ideal permanece controverso. A presença de implantes no ureter pode levar progressivamente a compressão significativa, hidronefrose e, se não tratada, a compromisso da função renal.

**Objetivos:** O presente estudo pretende descrever os resultados do tratamento cirúrgico da endometriose ureteral.

**Material e métodos:** Foi efetuada uma análise retrospectiva das características clínicas e demográficas, resultados cirúrgicos e melhoria da sintomatologia (avaliada por escala analógica da dor) de doentes com hidronefrose em contexto de endometriose submetidos a tratamento cirúrgico por via laparoscópica entre setembro de 2014 e setembro de 2021 num centro de referência terciário. Os resultados foram atualizados através de entrevista por via telefónica.

**Resultados:** Foram intervencionadas 16 doentes com hidronefrose por endometriose com idade mediana de 38 anos e índice de massa corporal mediano de 23,42kg/m<sup>2</sup>. Todas as doentes apresentavam dor lombar ou no flanco e dismenorreia. Nove doentes (56%) apresentavam LUTS e sete (44%) hematúria. Todas as doentes apresentavam ecografia renovesical ou tomografia computadorizada a demonstrar ureterohidronefrose e quinze



doentes apresentavam ressonância magnética pélvica. Cinco doentes realizaram cintigrafia renal MAG-3 previamente à cirurgia, com diminuição da função diferencial em quatro doentes (25%).

Cinco doentes (31%) foram submetidos a ureterólise, sete (44%) a ureterectomia com anastomose topo a topo e quatro a ureteroneocistostomia (25%). Seis doentes (38%) foram submetidos a cateterização ureteral prévia.

O atingimento do ureter era maioritariamente no terço distal.

Ocorreram complicações intraoperatórias menor em dois doentes (13%) lacerações da bexiga e do ureter prontamente corrigidas com rafia. Não houve necessidade de conversão da cirurgia em nenhum caso.

Duas doentes (13%) submetidas a ureteroureterostomia apresentaram fistula urinária, sendo que uma doente teve necessidade de reintervenção. Em uma doente foi necessária realização de dilatação ureteral sete meses após a primeira cirurgia por evidência de estenose da anastomose.

Apenas as doentes submetidas a anastomose topo a topo ou reimplantação ureteral apresentavam histologia, sendo que três doentes apresentavam evidência de endometriose intrínseca, três endometriose extrínseca, duas alterações inflamatórias reativas com erosão e uma amiloidose localizada. As restantes duas doentes ainda não apresentavam histologia disponível.

A mediana do tempo de seguimento foi de 44 meses. Observou-se melhoria significativa na dismenorrea (8,19 no pré-operatório para 2,93 no pós-operatório;  $p = 0,001$ ) e dispareunia (7,31 para 2,27;  $p = 0,002$ ).

Neste período, três doentes apresentaram recidiva da doença, sem menção a atingimento do ureter. Dos cinco casos de infertilidade prévia à cirurgia, duas doentes engravidaram

com recurso a técnicas de procriação medicamente assistida e uma espontaneamente.

**Discussão/ conclusão:** Não existe consenso relativamente à técnica ideal para o tratamento cirúrgico da endometriose ureteral. A excisão completa da lesão e tecido fibrótico circundante é essencial para a melhoria da sintomatologia e a prevenção de recidiva. A decisão relativamente à técnica cirúrgica é geralmente realizada intraoperatoriamente. A ureterectomia com anastomose topo a topo por via laparoscópica geralmente permite poupar comprimento considerável de ureter livre de doença, não interferindo com os mecanismos anti-refluxo. Muitas vezes, a ureteroneocistostomia é a técnica preferida pelo risco de estenose ureteral. Por outro lado, deve ser considerada nos casos de lesões próximas da junção ureterovesical em que não é possível a obtenção de segmento ureteral distal livre de doença.

## PO 16 VIDEOURODINÂMICA PRÉ-TRANSPLANTE RENAL

Filipe Lopes; André Ye; Afonso Castro; Pedro Simões de Oliveira; David Martinho; Ricardo Pereira e Silva; José Palma dos Reis  
*Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte; Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa*

**Introdução:** O sucesso do transplante renal exige, entre outros requisitos, um adequado armazenamento e esvaziamento vesicais, uma vez que a disfunção do aparelho urinário inferior quando presente e não tratada é frequentemente uma das causas da própria falência renal inicial ou poderá comprometer gravemente o funcionamento do enxerto. A maioria dos transplantes são realizados em doentes oligoanúricos, facto que resulta frequentemente numa diminuição adicional da capacidade e compliance vesical, que pode ser clinicamente assintomática devido à di-

minuição da diurese. A realização de Estudo Urodinâmico (EUD) é recomendada previamente ao transplante renal, sobretudo quando há suspeita prévia de disfunção do aparelho urinário inferior. A videourodinâmica (VUD), em doentes potencialmente complexos como os candidatos a transplante renal, oferece reconhecidas vantagens, nomeadamente na deteção e caracterização de refluxo vesico-ureteral, entre outros.

**Objetivo:** Analisar a disfunção do aparelho urinário inferior em doentes pré-transplante renal que realizaram VUD nesse contexto, bem como as intervenções propostas de acordo com esses resultados.

**Material e métodos:** Revisão da casuística de doentes submetidos a VUD pré-transplante renal entre julho 2018 e julho 2021 no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

**Resultados:** Foram identificados no total 11 doentes (6 do sexo masculino, 5 do sexo feminino) que realizaram VUD na avaliação pré-transplante renal. Destes, 2 apresentavam-se anúricos, 7 com oligúria ( $< 400\text{mL}/24\text{h}$ ) e 2 com diurese diária  $> 400\text{mL}$ . O refluxo vesico-ureteral foi a causa mais frequente de doença renal crónica (4 doentes), apresentando os restantes nefropatia médica (3 doentes), agenesia das artérias renais (em 1) e causa idiopática (3 doentes). No estudo urodinâmico foi demonstrada sensibilidade vesical preservada em todos os doentes avaliados. Quanto à compliance vesical, 3 doentes apresentavam elevação constante da pressão do detrusor ao enchimento. A capacidade cistométrica foi o parâmetro mais frequentemente alterado, com 6/11 doentes exibindo capacidade funcional  $< 300\text{mL}$ . A presença de contrações não-inibidas do detrusor foi observada em 5 doentes, com incontinência urinária em 2 doentes (do sexo feminino). No estudo de pressão-fluxo, 5 doentes apresentaram hipotividade do detrusor, sendo que 2 apre-

sentavam incapacidade de iniciar a micção. A presença de obstrução infra-vesical mensurável foi observada em 1 doente. No final do estudo, a presença de resíduo pós-miccional (RPM)  $>50\text{mL}$  medido através de cateterização foi observada em 2 doentes, excluindo os 2 doentes incapazes de micção espontânea, sendo que todos estes 4 doentes apresentaram simultaneamente contratilidade do detrusor diminuída. Por último, a realização do VUD permitiu a observação de RVU durante o enchimento vesical em 2 doentes, em ambos os casos de alto grau.

Após VUD e de acordo com os seus resultados, foi realizado ensino de cateterismo intermitente a 3 dos 11 doentes desta coorte, sendo que 2 deles necessitaram da sua realização após o transplante, uma vez que foi demonstrada uma franca diminuição da contratilidade do detrusor com RPM elevado. Em 4 doentes foi iniciada terapêutica anti-colinérgica e em 1 doente terapêutica com alfa-bloqueante imediatamente após o transplante renal, por se verificar hiperatividade vesical e obstrução infravesical, respetivamente.

**Discussão/Conclusões:** A realização de VUD na avaliação pré-transplante renal permite identificar disfunções vesicais, quer de armazenamento quer de esvaziamento, por vezes concomitantes, como foi evidente no presente estudo. A otimização do aparelho urinário inferior poderá contribuir para melhores resultados pós-transplante, nomeadamente em doentes com bexigas de elevadas pressões de armazenamento, hipotividade e/ou refluxo vesicoureteral, cujo risco de deterioração da função do enxerto será expectavelmente maior.

## TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA DO DIÁRIO MICCIONAL DA INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE

Filipe Lopes; Miguel Fernandes; Joana Polido; Carolina Ponte; André Esteves; Alan Uren; Ricardo Pereira e Silva; José Palma dos Reis  
*Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Serviço de Medicina Interna, Hospital Garcia de Orta; Urology Department, Bristol Urological Institute, Reino Unido*

**Introdução:** O diário miccional é um método não-invasivo de diagnóstico e seguimento de doentes com sintomas do trato urinário baixo (LUTS), sendo o seu uso fortemente recomendado pelas associações europeia e americana de Urologia. O primeiro diário miccional validado através de um protocolo de validação psicométrica foi publicado em 2014, na língua inglesa, após sugestão do International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ). É um diário de 3 dias que mede o tipo e volume de ingestão de líquidos, horário e volume das micções, uso de pensos/fraldas, episódios de incontinência urinária e sensação vesical pré-micção, classificada de 0-4. O uso deste diário noutras línguas exige tradução e validação, uma vez que diferenças linguísticas podem ter impacto na veracidade dos dados colhidos.

**Objetivos:** O objetivo deste estudo foi a tradução e validação da versão portuguesa do ICIQ-Bladder Diary.

**Materiais e métodos:** Um total de 140 doentes seguidos no nosso departamento de Urologia foram recrutados para este estudo. Cada um deles preencheu 1) a versão portuguesa do diário miccional, 2) a versão portuguesa do International Consultation on Incontinence Questionnaire – Overactive Bladder – Short Form (OABq-SF), 3) questionário de avaliação na dificuldade de preenchimento do diário, 4) questionário de dados pessoais e 5) consentimento informado. Depois do preenchimento

de todos estes documentos, foi pedido a um grupo de 30 doentes o preenchimento de um segundo diário miccional 2-6 semanas após o primeiro, sem qualquer tratamento instituído entre os dois, com o objetivo de aferir a fiabilidade teste-reteste. Um outro grupo de 30 doentes, que recebeu tratamento e no qual era expectável uma redução nos LUTS, preencheu um segundo diário miccional 3-4 semanas após o primeiro, no sentido de aferir a capacidade de resposta do diário miccional. Doentes com menos de 18 anos, incapazes de preencher os questionários ou de fornecer consentimento informado foram excluídos.

**Resultados:** No total, 122 doentes devolveram o diário miccional (87% da população original). Os participantes tinham em média  $63.5 \pm 15.1$  anos, sendo 73 (60%) do sexo masculino e 49 (40%) do sexo feminino. Quanto ao nível de literacia, 26% dos doentes tinham formação superior, 30% o ensino secundário e 44% até 9 anos de escolaridade.

De acordo com o protocolo de validação do ICIQ, foram realizados 6 testes no sentido de aferir a qualidade da informação fornecida pelo diário miccional: Validade de conteúdo (opinião de profissionais de saúde e doentes); Consistência interna; Fiabilidade teste-reteste (manutenção de informação obtida com expectável estabilidade clínica); Validade de conceito (Verificação de hipóteses genericamente aceites na população em estudo); Validade de critério (comparação com ferramentas validadas, neste caso o OABqSF); e Capacidade de resposta (modificação da informação obtida com a alteração do estado clínico). O diário miccional passou com sucesso em todos os testes realizados.

**Discussão/Conclusões:** A versão portuguesa do ICIQ-BD foi aprovada em todos os testes de validação realizados, comprovando a fiabilidade das informações obtidas através desta ferramenta.



A principal limitação do nosso estudo é a inclusão única de doentes seguidos num hospital universitário. Embora este seja sem dúvida um grupo representativo da população-alvo que irá beneficiar do diário miccional, alguns destes doentes poderiam ter sido já expostos a outras ferramentas semelhantes.

#### PO 18

### CAN WE TRUST TRANSURETHRAL RESECTION ALONE FOR THE DIAGNOSIS OF HISTOLOGICAL VARIANTS COMPARED TO RADICAL CYSTECTOMY? – A 12-YEAR RETROSPECTIVE STUDY

Miguel Fernandes; Miguel Miranda; Filipe Lopes; Afonso Castro; Carolina Ponte; Rodrigo Garcia; Sérgio Pereira; José Palma Reis  
*Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte*

**Introduction:** Initial diagnosis of variant histologies (VHs) of Bladder Cancer (BCa) at transurethral resection of the bladder (TURB) can have a profound impact on the management of these patients.

**Objectives:** Our primary objective was to determine the concordance in diagnosing VHs between TURB and radical cystectomy (RC) specimens in BCa patients in our institution. Our secondary endpoint was to establish the incidence of VH at TURB and RC.

**Materials and methods:** We retrospectively analysed 226 BCa patients who underwent TURB and subsequent RC at our centre between January 2009 and August 2021 who had tumour on the specimen at radical cystectomy, irrespective of having been submitted or not to neoadjuvant chemotherapy. VHs were classified as sarcomatoid, lymphoepithelioma-like, neuroendocrine, squamous, micropapillary, glandular, adenocarcinoma, nested, and other variants. Concordance between TURB and RC was defined as the ability to achieve histological subtypes at TURB confirmed at RC specimen, and was expressed according

to Cohen's kappa coefficient classified as follows: slight concordance for coefficient values of 0.01–0.20, fair concordance for 0.21–0.40, moderate concordance for 0.41–0.60, good concordance for 0.61–0.80, and very good concordance for 0.81–1.00. No agreement was achieved for negative coefficient values. Discordant cases included those in which VHs at TURB were not confirmed at RC specimen. **Results:** Of the 226 patients, 79% were male and 21% were female with a mean age of 69 ( $\pm$  0.7) years old. Overall, 21% and 27% were diagnosed with VH at TURB and RC specimens, respectively. The most common VHs at TURB were squamous, neuroendocrine, and adenocarcinoma (12.3%, 1.8%, and 1.8%, respectively). At RC, the most frequent VHs were squamous cell differentiation or squamous carcinoma, sarcomatoid and glandular differentiation (12.3%, 3.1%, and 2.2%, respectively). Altogether, moderate concordance (coefficient: 0.5) was achieved in detecting VH. Very good and good concordance was achieved for adenocarcinoma (coefficient: 1.0) and squamous differentiation and neuroendocrine carcinoma (coefficient: 0.7 and coefficient: 0.66, respectively). Moderate concordance (coefficient: 0.43) was achieved for other histologies. Sarcomatoid, glandular, and micropapillary variants showed fair concordance (coefficient: 0.24, 0.28, and 0.40, respectively), while no agreement was found in nested carcinoma (coefficient: -0.01).

**Conclusions:** A significant percentage of patients were diagnosed with VH at both TURB and RC. TURB showed an overall moderate accuracy in detecting VHs. As such, our study outlines the shortcoming of our current diagnostic tools, reflecting the need for the development and implementation of newer instruments and technologies to correctly diagnose VHs and, most importantly, to improve patient survival outcomes.

## PO 19

## QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE NO CARCINOMA DA BEXIGA MÚSCULO-INVASIVO – PARA TODOS?

Catarino R.<sup>1</sup>; Alves L.<sup>2</sup>; Pereira D.<sup>1</sup>; Costa G.<sup>1</sup>; Pereira J.<sup>3</sup>; Cardoso A.<sup>1</sup>; Braga I.<sup>3</sup>; Freitas R.<sup>3</sup>; Correia T.<sup>1</sup>; Cerqueira M.<sup>1</sup>; Carmo Reis F.<sup>1</sup>; Lobo F.<sup>3</sup>; Magalhães S.<sup>3</sup>; Silva V.<sup>3</sup>; Morais A.<sup>3</sup>; Prisco R.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal;

<sup>2</sup>Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal; <sup>3</sup>Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto (IPOPorto), Portugal

**Introdução:** A quimioterapia neoadjuvante (neoQT) deve ser considerada no tratamento do carcinoma músculo-invasivo da bexiga, tendo sido demonstrado que melhora a sobrevivência global em 5-8% aos 5 anos. Os doentes que mais beneficiam são aqueles que atingem uma resposta patológica completa (ypT0) e apenas alguns estudos avaliaram o impacto da resposta parcial nos resultados oncológicos.

O objetivo deste estudo consistiu na avaliação do papel da quimioterapia neoadjuvante em doentes com carcinoma da bexiga músculo-invasivo.

**População e métodos:** Neste estudo foram retrospectivamente avaliados 79 doentes com carcinoma urotelial da bexiga músculo-invasivo, submetidos a cistectomia radical precedida de quimioterapia neoadjuvante com cisplatina/gemcitabina em 2 instituições entre Janeiro 2014 até Dezembro 2020.

**Resultados:** A análise dos resultados demonstra que 51% dos doentes não obtiveram resposta patológica à neoQT, sendo que 30% apresentou resposta patológica completa e 19% dos doentes apresentaram resposta parcial. Os doentes que obtiveram resposta patológica completa apresentam melhor sobrevivência global, com um tempo médio es-

timado de sobrevivência global de 74 meses, comparado com 66 meses para doentes que obtiveram resposta patológica parcial e 42 meses para os doentes que não responderam à neoQT (teste log rank,  $p = 0.003$ ).

Relativamente a variáveis clínico-patológicas associadas à resposta à neoQT, os resultados indicam que doentes com diagnóstico inicial T2 (carcinoma primário) apresentam uma maior probabilidade de obter respostas parciais e completas, quando comparados com doentes que progrediram a partir de estádios T1 (carcinomas secundários) (OR 7.5, 95%CI 0.88-64.88, 0.037). Por outro lado, as variantes de diferenciação histológica e estádios clínicos avançados ( $>T2$ ) estão associadas a ausência de resposta patológica à neoQT (OR 0.042, 95%CI 0.01-0.34,  $p < 0.001$  e OR 0.22, 95%CI 0.06-0.80,  $p = 0.016$ , respetivamente).

Relativamente à análise de sobrevivência, os resultados demonstram que doentes com variantes de diferenciação histológica apresentam uma pior sobrevivência global, de 41 meses, comparados com 62 meses para doentes com tumores uroteliais sem diferenciação histológica (teste log rank,  $p = 0.044$ ). O tempo até cistectomia desde o último ciclo de quimioterapia não apresentou diferenças estatisticamente significativas na sobrevivência global dos doentes.

**Conclusões:** Os resultados demonstram que a resposta completa e resposta parcial com downstaging tumoral à neoQT estão associadas a melhor sobrevivência global em doentes com carcinoma da bexiga músculo-invasivo. Mais ainda, a análise dos resultados indica que a resposta à neoQT e os resultados oncológicos parecem ser piores no caso de carcinomas secundários, doentes que apresentam variantes de diferenciação histológica e estádios clínicos avançados.

Considerando que a neoQT tem um impac-



to significativo na sobrevivência global em doentes que apresentam resposta patológica, mais estudos são necessários, de forma a evitar o adiamento do tratamento cirúrgico para os doentes que não respondem e identificar os doentes com maior probabilidade de beneficiar de tratamento neoadjuvante.

## PO 20

### SERÁ POSSÍVEL PREVER QUAIS OS STENTS URETERAIS QUE IRÃO CALCIFICAR?

Miguel Gil; Rui Bernardino; Thiago Guimarães; Mariana Medeiros; Vanessa Andrade; João Guerra; Nguete Veloso; João Cunha; José Cabrita Carneiro; Luís Campos Pinheiro

*Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central*

**Introdução:** Os stents ureterais são um recurso essencial na prática da Urologia, permitindo a drenagem da urina do rim para a bexiga. No entanto, são também uma importante fonte de morbilidade e complicações, nomeadamente, aquando da sua incrustação e calcificação. A fisiopatologia deste processo não é completamente compreendida, reconhecendo-se, porém, um conjunto de factores de risco: elevado tempo de permanência do stent ureteral, colonização bacteriana, factores específicos e comorbilidades do doente e características físicas do stent ureteral.

**Objectivo:** Este estudo teve como principal objectivo a avaliação dos factores preditores de incrustação e calcificação dos stents ureterais no nosso centro hospitalar.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva, observacional e caso-controlo. Foram incluídos os últimos 30 doentes com stents ureterais calcificados tratados no nosso centro hospitalar. Estes foram comparados com os últimos 30 doentes com stents ureterais não calcificados submetidos a URC/RIRS/PCNL. O período de inclusão foi de 10 meses (Outubro de 2020 a Julho de 2021). Foram apenas incluídos doentes cuja indicação inicial para

colocação de stent ureteral foi por litíase urinária. Foram avaliados como factores preditores o género, idade, índice de massa corporal, comorbilidades, presença de litíase unilateral versus bilateral, história de cirurgias prévias por litíase, colocação em contexto de urgência versus selectiva complementar a cirurgia de litíase, localização do cálculo, tamanho do cálculo, tamanho do stent ureteral, presença de ITU aquando da colocação do stent ureteral, presença de ITU durante a permanência do stent ureteral e tempo de permanência do stent ureteral. Foi utilizada estatística não paramétrica, análise univariada, regressão logística multivariada e análise de curvas ROC.

**Resultados:** Na análise univariada, verificou-se que a idade mais jovem ( $p = 0.011$ ), a presença de ITU durante a permanência do stent ureteral ( $p = 0.037$ ) e o tempo de permanência mais prolongado do stent ureteral ( $p < 0.001$ ) estão associados a calcificação do stent ureteral. Na regressão logística multivariada, a idade ( $p = 0.021$ ) e o tempo de permanência do stent ureteral ( $p = 0.007$ ) mantiveram significância estatística e demonstraram ser preditores independentes de calcificação. De realçar que quanto mais prolongado o tempo de permanência do stent ureteral, maior o odds ratio para calcificação: 5 a 7 meses - OR de 9.856; 7 a 9 meses - OR de 11.649; >9 meses - OR 26.399. Da análise das curvas ROC, obteve-se os 54 anos (idade) e os 5.24 meses (tempo de permanência do stent ureteral) como cut-offs nesta discriminação calcificação versus não calcificação.

**Discussão/Conclusões:** Dos vários factores preditores testados, apenas 2 mostraram ser preditores independentes de calcificação: idade mais jovem (cut-off de 54 anos) e tempo de permanência do stent ureteral prolongado (cut-off de 5.24 meses). Assim, doentes mais jovens devem ter um seguimento mais apertado e a extracção do stent ureteral deve

ser mais precoce. A fisiopatologia subjacente a este achado permanece, no entanto, desconhecida. É essencial sensibilizar qualquer doente portador de stent ureteral que este deve ser extraído logo que possível, tendo em conta a sua situação clínica.

## PO 21

### BACTERIAL COLONIZATION OF DOUBLE-J URETERAL STENTS FROM PATIENTS WITH UROLITHIASIS

Gabriel Faria-Costa<sup>1</sup>; Mafalda Felgueiras<sup>2</sup>; Diogo Pereira<sup>1</sup>; Raquel Catarino<sup>1</sup>; Manuel Cerqueira<sup>1</sup>; Maria João Soares<sup>2</sup>; Valquíria Alves<sup>2</sup>; Rui Prisco<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>*Serviço de Urologia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos*; <sup>2</sup>*Serviço de Patologia Clínica, Unidade Local de Saúde de Matosinhos*

**Introduction:** Double-J ureteral stents are medical devices widely used in urology. Over time, these stents are at risk of becoming colonized with infectious agents, resulting in urinary tract infections (UTIs) of varying severity. Therefore, knowledge of the most prevalent UTI agents is essential to initiate empirical antibiotic therapy.

**Materials and methods:** A prospective analysis was performed between April 2021 and September 2021 which included all patients with a previous diagnosis of urolithiasis that removed a double-J ureteral stent during this period.

A sample of urine was obtained immediately prior to stent removal and both the vesical and renal ends of the stent were collected under aseptic conditions. Both the urine and stent samples were processed for bacterial culture. All isolated microorganisms were identified and antimicrobial susceptibility tests were performed. Patients with a nephrostomy and patients with complex urinary tract anatomy were excluded from this study.

**Results:** Fifty-three patients were included in this study, which resulted in the analysis of 61 stents (4 patients had bilateral stents and

4 patients had two separate unilateral stent removals during the study timeline).

Bacterial culture was positive in 43% (n = 26), 52,5% (n = 32) and 54,1% (n = 33) of urine, vesical end, and renal end samples, respectively.

Significant risk factors for stent colonization and UTI were female gender and advanced age (p < 0,05). On the other hand, the reason for stent placement and prior stent use were not identified as risk factors. In patients with no active infection at the time of stent placement, there was a significantly higher colonization rate at the vesical end of stents left in > 60 days vs ≤ 60 days (58,3% vs 26,7%, p = 0,05). Enterobacteriales were the most frequent isolated agents, 46% (n = 12), 50% (n = 16) and 54% (n = 18) of urine, vesical end, and renal samples, respectively. Among all, *Escherichia coli* was the most frequent agent (39 %, n = 10 - urine; 38%, n = 12 - vesical end; 39%, n = 13 - renal end). *Enterococcus faecalis* was revealed to be the second most common agent (39%, n = 10 - urine; 28%, n = 9 - vesical end; 33%, n = 11 - renal end).

Regarding antibiotic susceptibility, *E. coli* had 100% susceptibility to fosfomicin; 95% to nitrofurantoin; 49% to amoxicillin; 68% to amoxicillin/clavulanic acid; 58% to trimethoprim/sulfamethoxazole; 71% to second generation cephalosporins; 89% to third generation cephalosporins; 68% to quinolones. *E. faecalis* showed 100% susceptibility to ampicillin, nitrofurantoin and vancomycin.

**Conclusion:** Culture of double-J stent ends is an accurate method for assessing colonization, and this study has shown how frequently this can occur. Extensive knowledge of local strains' antimicrobial susceptibility profiles is fundamental to antibiotic management.

Currently, cephalosporins are widely used in empirical treatment for urological infections. However, in this study, *Enterococcus faecalis*,

which is intrinsically resistant to cephalosporins, was revealed to be the second most common agent. This implies the need for further studies in this topic and a discussion regarding first line antimicrobial options in urinary tract infections of patients with double-J stents.

## PO 22

### FATORES DE RISCO PARA PROGRESSÃO E RECORRÊNCIA VESICAL EM DOENTES SUBMETIDOS A NEFROURETERECTOMIA RADICAL POR TUMOR DO UROTÉLIO SUPERIOR

Afonso Castro<sup>1</sup>; Carolina Borges da Ponte<sup>1</sup>; Miguel Fernandes<sup>1</sup>; Miguel Miranda<sup>1</sup>; João Gomes<sup>1</sup>; Filipe Lopes<sup>1</sup>; Joana Polido<sup>2</sup>; Tito Palmela Leitão<sup>1</sup>; Tiago Ribeiro Oliveira<sup>1,3</sup>; José Palma dos Reis<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Urologia, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte, Lisboa, Portugal; <sup>2</sup>Serviço de Urologia, Hospital São Bernardo, Setúbal, Portugal; <sup>3</sup>Serviço de Urologia, Hospital das Forças Armadas, Lisboa, Portugal

**Introdução:** O Tumor do Urotélio Superior (UTUC) é uma neoplasia urológica rara, representando 5-10% dos tumores uroteliais, com uma incidência anual nos países ocidentais de 2 casos por 100.000 habitantes. É reconhecido o seu comportamento agressivo, com cerca de 66% e 9% dos casos a apresentarem doença invasiva ou metastazada ao diagnóstico, respetivamente. Ocorre recorrência vesical em 20 a 50% destes.

A nefroureterectomia radical é o tratamento de eleição para o UTUC de alto risco localizado.

Apesar de serem reconhecidos múltiplos fatores de risco para o seu desenvolvimento, há poucos dados que permitam prever o risco de recorrência vesical ou progressão. Fatores tradicionais como estadiamento local e grau não permitem uma correta estratificação dos doentes, sendo inadequadamente avaliados antes da cirurgia. Adicionalmente, não está ainda determinada a melhor abordagem ci-

rúrgica para o ureter distal. Recentemente, há crescente evidência do papel dos marcadores de inflamação sistémica no aparecimento e progressão desta neoplasia, associados a evolução desfavorável.

**Objetivos:** Avaliação de possíveis fatores de risco para progressão da doença ou aparecimento de recidiva vesical de doentes submetidos a nefroureterectomia radical e cistectomia peri-meática por UTUC.

**Material e métodos:** Foram avaliados retrospectivamente os processos clínicos de doentes submetidos a nefroureterectomia radical com cistectomia perimeática por UTUC localizado entre 2012 e 2020 num serviço de Urologia de um hospital universitário. Foram excluídos 33 doentes, por terem sido submetidos a outros procedimentos cirúrgicos, por perda de follow-up ou dados insuficientes.

A análise estatística foi realizada com recurso ao software SPSS Statistics® v27.

**Resultados:** Foram incluídos 46 doentes, tendo 22 (47%) sido submetidos a cirurgia totalmente laparoscópica e 10 (22%) realizado a cistectomia perimeática por via aberta, adicionalmente à cirurgia laparoscópica. Apenas 3 doentes apresentaram evidência de margens positivas na peça cirúrgica.

Com um tempo médio de seguimento de 39 meses, 15 doentes apresentaram recidiva vesical do carcinoma urotelial e 13 doentes (28%) apresentaram progressão da doença.

Através da análise univariada, foi possível observar que a realização da cirurgia inteiramente laparoscópica não aumentou o risco de progressão e demonstrou um risco inferior à técnica aberta para o risco de recorrência vesical ( $p < 0.05$ ).

A presença de progressão teve uma relação estatisticamente significativa com a existência de doença músculo-invasiva, mas não com a presença de hidronefrose, doença multifocal ou tabagismo ativo/passado.



A análise univariada da relação entre antecedentes médicos, biomarcadores de inflamação sistêmica ou uso de quimioterapia intravesical no pós-operatório imediato não demonstraram uma associação estatisticamente significativa.

**Discussão/Conclusões:** Apesar da sua baixa incidência, o UTUC tem um grande risco de recorrência e progressão.

A realização de nefroureterectomia radical com cistectomia perimeática é o tratamento de eleição para a doença localizada. Apesar das várias técnicas descritas, há ainda bastante debate sobre qual a melhor abordagem do ureter distal, havendo apenas evidência que a desinserção endoscópica é oncológica-mente inferior às outras técnicas.

Nesta série, os autores demonstraram que a cirurgia totalmente laparoscópica não só não aumentou o risco de progressão como se apresentou superior à cirurgia aberta ou híbrida no risco de recorrência vesical.

Apesar de, na literatura, haver evidência robusta do papel dos marcadores de inflamação sistêmica na avaliação do prognóstico deste tumor, neste estudo não foi comprovada esta associação, resultado este que poderá ser influenciado pela dimensão da amostra.

Estudos futuros devem continuar a tentar encontrar o melhor método de avaliação do risco de recidiva e progressão deste tumor, contribuído para a melhor estratificação e possível uso de terapêuticas sistêmicas adjuvantes.

## PO 23

### ANÁLISE NACIONAL DO PADRÃO DE REALIZAÇÃO DE CIRURGIA RENAL MAJOR

Nuno Dias; Joselda Abreu; Luís Pacheco-Figueiredo; Francisco Botelho

*Centro Hospitalar e Universitário de São João*

**Introdução:** Há evidência crescente de que intervenções urológicas complexas têm menores taxas de mortalidade e de complicações quan-

do realizadas em centros de grande volume.

Em Portugal foram criados centros de referência para algumas áreas urológicas (neoplasia do testículo e transplante renal), mas não para as neoplasias renais nem do urotélio alto.

A literatura é diversa no número de procedimentos para classificar um centro como de grande volume.

**Objetivo:** Este trabalho descreve o volume cirúrgico dos hospitais públicos nacionais para 3 procedimentos [nefrectomia radical (NR), nefrectomia parcial (NP), nefro-ureterectomia (NU)], por suspeita de neoplasia, entre 2000 e 2015.

**Métodos:** Obtivemos dados da base de dados da ACSS acerca dos registos de doentes que realizaram cirurgia renal major entre os anos 2000 e 2015, por suspeita de neoplasia, nos 45 hospitais públicos portugueses.

O volume cirúrgico médio por hospital foi calculado utilizando os anos 2013 a 2015.

Classificamos os centros individualmente para cada procedimento. Foram considerados centros de baixo volume aqueles que realizem por ano  $\leq 20$  nefrectomias radicais,  $\leq 10$  nefrectomias parciais ou  $\leq 5$  nefro-ureterectomias; e centros de grande volume aqueles que realizem por ano  $> 20$  nefrectomia radicais,  $> 15$  nefrectomias parciais ou  $> 5$  nefro-ureterectomias.

**Resultados:** Durante os 16 anos analisados foram realizadas um total de 8496 nefrectomias radicais, 2204 nefrectomias parciais e 1352 nefro-ureterectomias.

Entre os anos 2000 e 2015 houve um aumento absoluto de 35%, 1120% e 330% no número total de NR, NP e NU, respectivamente.

O número de NR aumentou entre 2000 ( $n = 412$ ) e 2008 ( $n = 637$ ), com diminuição posterior.

O número de NP e NU aumentou sucessivamente entre 2000 e 2015.

Entre os anos 2013 e 2015 realizaram-se: NR

em 41 dos hospitais, sendo 33 deles classificados como centros de baixo volume e 8 de alto volume; NP em 37 dos hospitais, sendo 28 em centros de baixos volume e 6 de alto volume; NU em 37 dos hospitais, sendo 29 centros de baixo volume e 8 de alto volume. Entre 2013 e 2015, foram realizadas em centros de baixo volume 796 (48% das) NR, 269 (31% das) NP, 181 (50% das) NU; e em centros de alto volume 871 (52% das) NR, 489 (57% das) NP, 182 (50% das) NU.

**Conclusões:** Em Portugal a maioria dos hospitais realiza cirurgias renais major por suspeita de neoplasia e uma grande parte destes procedimentos é realizado fora de centros de grande volume.

Seria importante avaliar outros dados relacionados com complexidade dos doentes tratados por centro, os resultados peri-operatórios e a satisfação dos doentes após tratamento. Estes dados deverão levar a uma reflexão sobre a organização dos cuidados prestados pelo SNS a doentes com suspeitas de neoplasia renal ou do urotélio alto, nomeadamente os submetidos a cirurgia renal major.

## PO 24

### **NON-METASTATIC BONE FRACTURE RISK AWARENESS DURING LONG-TERM ANDROGEN DEPRIVATION THERAPY IN A HOSPITAL MEMBER OF THE PROSTATE CANCER UNITS NETWORK**

Vasco Rodrigues; Paulo Dinis; Carlos Silva; Afonso Morgado  
*Centro Hospitalar e Universitário São João*

**Introduction:** Long-term androgen deprivation therapy (ADT) has been the standard of care of metastatic prostate cancer treatment for over 50 years. ADT increases bone turnover and decreases bone mineral density (BMD) in a time-dependent manner, and can also contribute to obesity, especially during the first year of treatment. Osteoporosis and

obesity are well-known risk factors for non-metastatic bone fractures and hip fractures in men and they are associated with a significant risk of death. Currently, a precise evaluation of BMD by dual emission X-ray absorptiometry (DEXA) and individual risk assessment of non-metastatic bone fractures should be performed before starting long-term ADT. It also is suggested that routine bone monitoring should be performed every two years during castration. Our primary objective is to determine how many patients with prostate cancer on long-term ADT have performed at least one DEXA before starting or during long-term ADT in a hospital member of the Prostate Cancer Units Network.

**Material and Methods:** After ethical committee's approval, patient medical records in an academic hospital member of the Prostate Cancer Units Network were screened and patients currently on long-term ADT for biochemical recurrence, locally advanced or metastatic prostate cancer were included. Patients on neo- or adjuvant ADT were excluded. Patient age, stage, long-term ADT type, date of long-term ADT start, weight, height, smoking status, non-metastatic bone fracture and other prostate cancer treatments were collected. Patient medical records and prescription history were used to search for DEXA frequency and date. Osteoporosis treatments such as calcium plus vitamin D, bisphosphonates or denosumab were also noted. Body mass index (BMI) was calculated and obesity was defined as BMI over 30 kg/m<sup>2</sup>. Continuous variables normality was checked using the Shapiro-Wilk test. Relative frequency of at least one DEXA performed before starting or during long-term ADT was calculated.

**Results:** So far a total of 347 patients were screened and 181 patients included. Patient mean age was 78,32 ± 9,06 years old and median duration of long-term ADT was 73



(10-279) months. 49.3 % of the patients were started on long-term ADT for metastatic prostate cancer, 11.3% for locally advanced and 22.6% for biochemical recurrence. Obesity and smoking were present in 26% and 21,5% of patients, respectively. Six patients (3.8%) had a non-metastatic bone fracture during long-term ADT. Only 4 patients (2,2%) had performed a DEXA before starting or during long-term ADT and only 10.1% of patients had a prescription of calcium plus vitamin D.

**Conclusions:** Awareness of increased risk of non-metastatic bone fracture has an adverse effect of prostate cancer treatment seems to be low even in an academic hospital member of the Prostate Cancer Units Network as a very low rate of DEXA performance was identified before starting or during long-term ADT. Monitoring serum levels of vitamin D and calcium is important. It is suggested that routine bone monitoring should be performed every two years during castration or yearly if there are other risk factors. However, there is no evidence that this favourably impacts on bone complications due to ADT. The FRAX score can help identify men at risk of osteoporotic complications but validation of the score in the ADT settings is required.

## PO 25

### SPANISH WOMEN IN UROLOGY: NATIONAL SURVEY

Seguí-Moya, E.<sup>1</sup>; Amorós-Torres, A.<sup>2</sup>;  
Escudero-Fontano, E.<sup>3</sup>; Nuño-De la Rosa, I.<sup>4</sup>;  
González-Enguita, C.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Hospital General de Villarrobledo (Albacete, España);

<sup>2</sup>Centro Médico QuirónSalud (Alicante, España);

<sup>3</sup>Hospital General De la Vega Baja (Orihuela, España);

<sup>4</sup>Hospital General Universitario de Elda (Elda, España);

<sup>5</sup>Hospital Fundación Jiménez Díaz (Madrid, España)

**Introduction:** In recent decades, women have been increasingly entering the world of work and qualified studies. We can see this increa-

se in female students medicine. In Spain, this increase has been even more significant, with around 74% of women studying medicine. This gain is reflected in the higher number of female resident doctors, logically. In spite of this, there are specialities with a lesser presence of women, which is especially evident in the case of surgical specialities such as Urology.

**Aim of Study:** Analyses the situation of women in Urology in Spain from a descriptive analysis.

**Material and methods:** Descriptive study based on the results of an electronic survey sent by e-mail. 452 invitations were sent between February and April 2020. The demographic variables collected in the survey were analysed. Central tendency measures such as the mean and the median and dispersion measures such as the standard deviation (SD) were used for their analysis. The Student Test was used for comparison between groups (women and men).

**Results:** In the questions of how many female consultants (question 5) and how many male consultants (question 7) belong to the Service, an average of 3.14 and 7.56 respectively was obtained with statistically significant results ( $p < 0.001$ ), whose percentage was 31.87% of women versus 68.13% of men. This question was further subdivided into age ranges (29-39; 40-49; 50-59; 60 or higher). The only age range with no statistical significance and with a much narrower result was the younger range (29-39 years) with an average of 2.11 women versus an average of 2.17 men ( $p = 0.79$ ).

Questions referring to positions of responsibility, Section Chief (questions 9 and 10) and Service Chief (question 11), a clear predominance of the male sex was observed. The average for Section Chiefs was 0.17 women and 1.36 men, which is statistically significant

( $p < 0.0001$ ). In the case of the Head of Service, of the 111 hospitals that responded to the survey, 104 hospitals had a Head (man) of Service (93.7%) and 7 hospitals had a Head (woman) of Service (6.3%).

Items related to professional careers, the following were asked: place in ownership (questions 12-13), private activity (questions 14-15), position in the AEU (Asociación Española de Urología, SAU Spanish Association of Urology in English) (questions 16-18) and position in another scientific society (questions 17-19), doctorate (questions 20-21) and full professorship at a university (questions 22-23). In all of them, a statistically significant difference was obtained in favour of the male sex ( $p < 0.001$ ).

In the question of whether the hospital was subspecialized by section (question 25), of the 111 hospitals, 44 (35.6%) were not and 67 (60.4%) were. Of these sub-specialized hospitals, they were asked about the number of women urologists in each section (questions 26 and 27 and sub-sections). The only section where no statistically significant difference was obtained, with a mean of 1 female versus a mean of 1.76 male, was the Pelvic Floor Section ( $p = 0.06$ ). In the rest of the subspecialties (Oncology, Lithiasis, Andrology and Others) there is a predominance of men with statistically significant differences in all of them ( $p < 0.001$ ). Regarding questions related to training residence programme (question 28), of the 111 hospitals, 39 (35.1%) did not have training and 72 (64.9%) hospitals did. In relation to the number of female resident and male resident (questions 29-30) an average of 2.38 women and 2.31 men was found, obtaining a non-statistically significant difference ( $p = 0.814$ ). Regarding the number of female and male tutors (questions 31-32) there is a predominance of men with statistically significant differences ( $p < 0.001$ ).

**Conclusions:** The presence of women in the urology speciality is increasing, mainly due to the younger generations. However, the access of these women to important positions is anecdotal.

**Keywords:** urology, urologist, women, gender, medical residents

## PO 26

### **AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DO ESFÍNCTER URINÁRIO EM RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E O SEU IMPACTO NO GRAU DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA UM ANO APÓS PROSTATECTOMIA RADICAL**

Medeiros M.; Bernardino R.; Guimarães T.; Andrade V.; Guerra J.; Gil M.; Cunha J.; Veloso N.; Ferronha F.; Fernandes F.; Campos Pinheiro L.  
*Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal*

**Introdução:** A prostatectomia radical é uma das opções terapêuticas mais utilizadas no tratamento do carcinoma da próstata localizado. No entanto, a incontinência urinária e a disfunção erétil resultantes do procedimento constituem as principais causas de morbidade com impacto na qualidade de vida dos doentes.

A idade e o índice de massa corporal são os principais fatores de risco de incontinência urinária depois da cirurgia. Alguns estudos sugerem que as características da uretra membranosa estão associadas ao grau de incontinência urinária pós procedimento.

**Objetivos:** Neste estudo, pretendemos avaliar a relação entre o grau de incontinência com as características da uretra membranosa e esfíncter urinário na ressonância magnética.

**Material e métodos:** Analisaram-se as características do esfíncter urinário nomeadamente o comprimento e o diâmetro da uretra membranosa e uretra prostática em ressonância magnética pélvica de 34 doentes submetidos a prostatectomia radical. O grau de inconti-

nência um ano após a cirurgia foi aferido tendo em conta a resposta à pergunta número 2 do questionário International Consultation on Incontinence Questionnaire -Short Form” (ICI-Q-SF): Perde habitualmente que quantidade de urina por dia?

Posteriormente os doentes foram divididos em dois grupos: sem perdas de urina/perdas ligeiras ( $\leq$  dois pensos diários) e perdas moderadas a severas ( $\geq$  2 pensos diários).

Os dados foram analisados utilizando o programa IBM SPSS.

**Resultados:** A média do comprimento da uretra membranosa foi de 13,66mm [5,9 – 24,5mm] e a largura do esfíncter urinário foi de 13,55mm [7,4 – 24,4mm].

25 doentes encontravam-se continentes um ano após a cirurgia (73.5%), dois doentes referiram pequenas perdas, seis doentes perdas moderadas (2 a 4 pensos diários) e dez doentes perdas severas (uso de fralda/dispositivo penrose/necessidade de cirurgia).

O comprimento da uretra membranosa não mostrou relação estatisticamente significativa com o grau de incontinência urinária.

Pelo contrário, a largura do esfíncter urinário correlacionou-se com o grau de incontinência urinária (Teste Mann Whitney,  $p = 0,045$ ).

O grupo de doentes sem incontinência urinária ou perdas ligeiras apresentou uma média de largura de 14,08mm enquanto que o grupo de doentes com perdas moderadas a severas apresentou uma média de 12,10mm.

**Conclusão:** O nosso estudo mostrou que a avaliação do esfíncter urinário na ressonância magnética pélvica ocupa um lugar importante no prognóstico do doente relativamente ao grau de incontinência urinária um ano após prostatectomia radical.

## PO 27

### FÁRMACOS PARA O CANCRO DA PRÓSTATA METASTIZADO RESISTENTE À CASTRAÇÃO: COMPARAÇÃO DA EFICÁCIA NA VIDA REAL COM OS RESULTADOS DOS ENSAIOS CLÍNICOS

Francisco Botelho<sup>1,2</sup>; André Miranda<sup>2</sup>; Isaac Braga<sup>2,3</sup>; Ricardo Leão<sup>4</sup>; Frederico Teves<sup>5</sup>; Jorge Dias<sup>6</sup>; Filipe Rodrigues<sup>7</sup>; Jorge Oliveira<sup>8</sup>; Isabel Augusto<sup>9</sup>; Catarina Portela<sup>9</sup>; Joana Febra<sup>10</sup>; Sandra Custódio<sup>11</sup>; Patrícia Liu<sup>12</sup>; Patrícia Gago<sup>12</sup>; Carlos Silva<sup>13</sup>; Luís Figueiredo<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário S. João, Porto, Portugal; <sup>2</sup>Instituto de Ciências da Vida e da Saúde, Escola de Medicina, Universidade do Minho, Braga, Portugal; <sup>3</sup>Serviço de Urologia do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, Porto, Portugal; <sup>4</sup>Serviço de Urologia da CUF e do Hospital de Braga, Braga, Portugal; <sup>5</sup>Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal; <sup>6</sup>Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Vila Nova Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal; <sup>7</sup>Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal; <sup>8</sup>Serviço de Oncologia do Centro Hospitalar Universitário S. João, Porto, Portugal; <sup>9</sup>Serviço de Oncologia do Hospital de Braga, Braga, Portugal; <sup>10</sup>Serviço de Oncologia do Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal; <sup>11</sup>Serviço de Oncologia do Centro Hospitalar de Vila Nova Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal; <sup>12</sup>Serviço de Oncologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal; <sup>13</sup>Serviço de Urologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

**Introdução:** Recentemente estão disponíveis vários fármacos para o Cancro da Próstata Metastizado Resistente à Castração (CPMRC). Estes fármacos foram primeiro aprovados em 2ª linha (no contexto pós-docetaxel) e posteriormente em 1º linha (no contexto pré-docetaxel), em consequência dos respetivos ensaios clínicos que demonstraram a sua eficácia. Contudo, os ensaios clínicos não refletem as circunstâncias da prática clínica em que os doentes são tratados, motivo pelo qual



é importante avaliar a eficácia dos fármacos com evidência da vida real (EVR). A maioria dos estudos observacionais de vida real já realizados têm sido realizados numa única instituição e com amostras pequenas.

**Objectivo:** Avaliar a eficácia da vida real dos novos fármacos para o CPMRC em 1ª e 2ª linha e compara-la com os resultados dos respectivos ensaios clínicos (EC).

**Material e métodos:** Estudo observacional retrospectivo em seis grandes centros hospitalares com recolha da informação clínica de todos os doentes tratados com abiraterona (Abi), enzalutamida (Enz), cabazitaxel (Cab) e rádio 223 (Rad) no contexto de CPMRC até Dezembro de 2020. Foram recolhidos os dados de 1057 tratamentos com fármacos inovadores no contexto de CPMRC. Os tratamentos realizados em 3ª linha ou posteriores (n = 252) não foram incluídos na análise. Dado que o número de tratamentos em 2ª linha de Rad era de apenas 6 não foi analisado. Foram assim incluídos um total de 799 doentes com um tempo mediano de seguimento após início do fármaco de 31 meses. Este estudo teve a aprovação das Comissões de Ética dos hospitais envolvidos.

**Resultados:** Os doentes tratados com abi e enz em primeira linha na EVR eram mais velhos que nos respectivos EC (Abi: 78 vs 71 anos; Enz: 77 vs 72 anos). A percentagem de doentes com bom estado geral (ECOG 0-1) foi menor na EVR que nos respectivos EC (exemplos: Abi em 2ª linha: 84% vs 90%; Enz em 2ª linha: 88% vs 92%).

Dados de eficácia entre EVR e EC, respectivamente:

-A proporção de doentes com redução de PSA superior a 50%: Abi 1ª linha: 61% vs 62%; Enz 1ª linha: 76% vs 78%; Abi 2ª linha: 43% vs 30%; Enz 2ª linha: 58% vs 54%; Cab 2ª linha: 23% vs 39%.

- Sobrevida Global Mediana (em meses): Abi

1ª linha: 25 vs 35; Enz 1ª linha: 24 vs 35; Abi 2ª linha: 15 vs 16; Enz 2ª linha: 20 vs 18; Cab 2ª linha: 11 vs 15.

**Discussão e conclusões:** Os nossos dados da vida real são muito semelhantes aos dados dos ensaios clínicos excepto uma pior sobrevida global em 1ª linha, que pode ser explicada pelo facto dos nossos doentes serem mais velhos do que os dos ensaios clínicos. O nosso estudo é limitado pela natureza observacional e retrospectiva do estudo com possível confundimentos, viés de indicação e viés de informação na recolha de dados. Os doentes tratados nos seis hospitais incluídos podem não ser representativos de todos os doentes tratados nos hospitais públicos portugueses e nos hospitais particulares. Alguns doentes têm ainda um tempo de seguimento curto.

## E-POSTERS

### PO 28

#### DAILY USE OF TADALAFIL IN BLADDER PAIN SYNDROME/INTERSTITIAL CYSTITIS FEMALE PATIENTS

Pedro Abreu-Mendes<sup>1,2,3</sup>; José Simões<sup>2</sup>;  
Pedro Pereira<sup>1</sup>; Nuno Dias<sup>1</sup>; Francisco Cruz<sup>1,2,3</sup>;  
Paulo Dinis<sup>1,2,3</sup>; Rui Pinto<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Urology Department, Urology, Centro Hospitalar e  
Universitário de São João, Porto, Portugal;

<sup>2</sup>Faculty of Medicine of University of Porto, Portugal;

<sup>3</sup>I3s Institute, Porto, Portugal

**Purpose:** Bladder Pain Syndrome/Interstitial Cystitis (BPS/IC) is a chronic disease, with consequent high morbidity. Increasing evidence suggests that bladder afferent hyperexcitability, through neurogenic bladder inflammation and urothelial dysfunction, plays a key role in the pathophysiology of BPS/IC. The rationale of using phosphodiesterase type 5 inhibitors (PDE5i) would be to decrease bladder afferent hyperactivity. Detrusor relaxation, improvement of microcirculation, and a decrease in adrenergic nociceptive overactivity would be other effects in bladder tissue.

We aimed to evaluate the efficacy, tolerability, and safety of a daily low dose of 5 mg tadalafil in refractory BPS/IC patients.

**Methods:** A total of 13 refractory BPS/IC female patients, previously evaluated with a physical examination, bladder diary, bladder-pain related visual analog score (VAS), O'Leary-Sant Scores (OSS) for symptoms and problems and quality of life (QoL) question from IPSS, were treated with 5mg of tadalafil, for 3 months. Re-evaluations occurred at 4

and 12 weeks. Adverse events were assessed. **Results:** Urinary frequency, OSS, and QoL were significantly improved at 1-month follow-up ( $10 \pm 2.5$ ,  $21,9 \pm 4,1$ , and  $4 \pm 1,5$ , respectively,  $p < 0.05$ ). Pain intensity and volume voided were significantly improved at a 3-month follow-up ( $3,5 \pm 2$  and  $266,7 \pm 60,5$ ,  $p < 0.05$ ). Patients referred to urinary frequency as the most important parameter improved at 1-month, and pain at 3 months.

No differences between ulcerated and non-ulcerated patients were observed.

Two patients dropped out due to unsatisfactory results and 2 due to persistent headache and/or tachycardia.

**Conclusions:** Daily low-dose tadalafil is an easy, well-tolerated, and effective treatment for refractory BPS/IC in women.

### PO 29

#### SILODOSIN IMPROVES PAIN IN BLADDER PAIN SYNDROME/INTERSTITIAL CYSTITIS REFRACTORY PATIENTS

Pedro Abreu-Mendes<sup>1,2,3</sup>; Beatriz Silva<sup>2</sup>;  
Francisco Cruz<sup>1,2,3</sup>; Paulo Dinis<sup>1,2,3</sup>; Rui Pinto<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Urology Department, Urology, Centro Hospitalar e  
Universitário de São João, Porto, Portugal; <sup>2</sup>Faculty of  
Medicine of University of Porto, Portugal; <sup>3</sup>I3s Institute,  
Porto, Portugal

**Introduction and objective:** Bladder Pain Syndrome/Interstitial Cystitis (BPS/IC) is a chronic inflammatory disease with complaints of suprapubic pain, associated with other LUTS as increased frequency, urinary urgency, nocturia. Increasing evidence suggests that



stress plays a key role in a subgroup of BPS/IC patients. Experimental data indicate that stress enhances the excitability of bladder nociceptors and increases ATP release from urothelial cells through the stimulation of alpha1A-Adrenoceptors. With this in mind, we aimed to assess the efficacy, tolerability, and safety of a daily dose of silodosin in refractory BPS/IC patients.

**Methods:** An open-label trial was conducted, with a total of 18 refractory BPS/IC female patients. Patients were evaluated at baseline, at the 4th and 12th week. Evaluated parameters were: bladder-pain related visual analog score (VAS), a bladder diary for maximum functional bladder capacity (CC), O'Leary-Sant Scores (OSS) for symptoms and problems, and quality of life (QoL). After baseline evaluation, patients began with an 8mg daily dose of silodosin, which could be titrated to 16mg at week 4. Adverse events were assessed. Results are shown mean values  $\pm$  standard deviation. T-test was used for comparisons.

**Results:** The mean patient's age was  $53.6 \pm 15$  years. Two patients had Hunner's lesions. Three patients abandoned the study before week 4 due to lack of results, none of them had Hunner's lesions. Thus data refer to 15 patients. At baseline, pain intensity in the VAS (0-10) was  $7.27 \pm 1.1$ , OSS was  $26.7 \pm 3.4$ , day and night frequency were  $11.4 \pm 3.8$  and  $4.2 \pm 1.9$ , respectively; CC was  $194 \pm 61.9$  ml and QoL score (0-6) was  $5 \pm 1$ . At week 4 ( $n = 18$ ), all the parameters significantly improved ( $p < 0.05$ ): VAS score reduced to  $4.7 \pm 1.7$  and, the urinary frequency decreased to  $9.13 \pm 4$  and  $3 \pm 2.4$ , respectively. At week 12, the mean VAS score was  $3.9 \pm 1.9$  and, the urinary frequency was  $7.73 \pm 2.5$  and  $2.27 \pm 1.6$ , and CC was  $306.2 \pm 88$ . These data were also statistically better when compared to baseline. The baseline QoL score improved from  $5 \pm 1$  in the baseline to  $2.3 \pm 1$  at 12wk. There

were no adverse events during the follow-up, including in the 3 patients who dropped out. Three patients asked for dose escalation, following positive results, maintaining symptoms improvement.

**Conclusions:** Daily silodosin is an easy, well-tolerated, and effective treatment for refractory BPS/IC in women. The treatment effect was sustained during 12 weeks. This treatment might be offered to patients in whom stress is identified as a contributing mechanism for the symptoms.

### PO 30 Trabalho retirado.

### PO 31

#### ROLE OF MRI ON BRACHYTHERAPY

Duarte Vieira e Brito; José Alberto Pereira; Mário Lourenço; Ricardo Godinho; Pedro Peralta; Bruno Jorge Pereira; Paulo Conceição; Mário Reis; Carlos Rabaça

*Instituto Português de Oncologia Coimbra*

Brachytherapy for the treatment of prostate cancer is a well-established alternative. The appearance of Magnetic Resonance imaging (MRI) for staging and diagnosis of prostate cancer (PCa) has come to change the current paradigm. The authors of this study aim to assess the impact of performing MRI before treatment in patients with prostate cancer in concerns of biochemical recurrence and time to nadir, as well as compare the efficacy of brachytherapy in patients with ISUP 1 and ISUP 2 PCa.

Review of clinical data from 73 patients with prostate cancer submitted to brachytherapy. The following factors were evaluated: age, initial PSA, ISUP, MRI, nadir, time to nadir, PSA at one-year, biochemical recurrence, time to recurrence. Statistical analysis with SPSS 20®. In this study median age was 68 (51-72) and median follow-up of 53 months (30-72). Concerning imaging modality 30,1% ( $n = 22$ ) pa-

tients performed MRI; 68,5% (n = 50) performed transrectal ultrasonography. In the MRI group 90.9% (n = 20) had at least one suspect lesion on MRI. Median time to nadir of 27 months (3-64) in patients where MRI was not performed and 23.5 months (2-48) in patients submitted to MRI (p = 0.244). The median value of nadir was 0.42 (<0.001 - 2) in patients submitted to MRI and vs 0.28 (<0.001 - 4) in patients without MRI (p = 0.062). Concerning the percentage of recurrence was 4.5% (n = 1) in patients with MRI and 9.2% (n = 5) without previous MRI (p = 0.456). Comparing ISUP 1 49,3% (n = 36) and 50,7% (n = 37) patients they presented with a recurrence rate of 8.3% and 8.1% respectively (p = 0.972). A median time to nadir of 26.0 months (6-56) vs. 24.0 months (12-74) (p = 0.475) and median values of nadir of 0.43 (<0.001 - 3.55) and 0.21 (<0.001-1.42) (p = 0.597) in patients with ISUP 1 and 2 respectively. Both groups were statistically similar. Our results allow us to conclude that MRI does not influence biochemical recurrence, time to nadir or nadir value and that ISUP score also does not influence these values, meaning that brachytherapy might be safe in higher ISUP. One limitation of this study is not considering the percentage of positive cores detected during biopsy.

### PO 32 Trabalho retirado.

### PO 33

#### CONTRAST-ENHANCED ULTRASONOGRAPHY FOR THE EVALUATION OF MALIGNANCY IN COMPLEX CYSTIC MASSES

Quaresma V.<sup>1</sup>; Marconi L.<sup>1</sup>; Lopes M.<sup>1</sup>; Lorigo J.<sup>1</sup>; Pereira, J.<sup>1</sup>; Marques I.<sup>2</sup>; Andrade D.R.<sup>2</sup>; Donato P.<sup>2</sup>; Figueiredo A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital and University Center of Coimbra, Dept. of Urology and Renal Transplantation, Coimbra, Portugal; <sup>2</sup>Hospital and University Center of Coimbra, Dept. of Radiology, Coimbra, Portugal

**Introduction and objectives:** Contrast Enhanced Ultrasonography (CEUS) is being used as a follow-up (FU) image exam for cystic renal masses with few published studies evaluating its diagnostic performance. Therefore, we aimed to evaluate the ability of CEUS to discriminate between malignant and benign complex renal cysts (CRC) and to determine CEUS characteristics that predict malignancy. **Materials and methods:** Retrospective study with 103 consecutive patients who underwent CEUS for CRC between 2010 and 2020. Lesions were initially classified by CEUS according to Bosniak grading - categories III/IV and I/II were considered positive and negative CEUS findings for malignancy, respectively. The evaluated CEUS characteristics were contrast enhancement, wall and septa thickness, number of septa, calcifications, maximal dimensions and nodularity. Performance was calculated with two reference standards: 1) pathologic definitive diagnosis in patients who underwent surgery and 2) clinical and imagiology follow-up. We constructed a multivariate model to determine CEUS characteristics predictive of malignancy.

**Results:** Of 103 patients, 17 (16.5%) underwent surgery and 86 patients (83.5%) were followed-up by CT, MRI or CEUS for a median of 40.5 months (IQR=25-68). The median age was 64.3 and 63% were male. CEUS had a sensitivity of 100% (95% CI: 86.8-100%) and

specificity of 83.3% (95% CI: 72.1-91.4%) to detect malignancy. PPV of 70.3% and NPV of 100%. There were 2 confirmed false positive CEUS (1 angioliopoma and 1 cystic nephroma). After multivariate analysis, contrast enhancement; wall/septa thickness >4mm and nodularity were considered predictive factors of malignancy. The model was able to distinguish patients who had clinical malignant lesions [ $x^2$  (7, N = 92) = 54.74,  $p < .001$ ]. The model has correctly classified 85.9% of cases, with nodularity being the strongest predictor of malignancy with OR: 4.05 (CI 95% of 1.07-15.20).

**Conclusions:** CEUS has high sensitivity and specificity to determine the presence of malignancy in complex renal cysts. This study supports the role of CEUS in the diagnosis and FU of CRC.

### PO 34

#### **POST-OPERATIVE INFECTIONS, A SILVER LINING FROM THE COVID-19 PANDEMIC. A RETROSPECTIVE COHORT STUDY FROM UROLOGY DEPARTMENTS**

Bernardo Lobão Teixeira<sup>1</sup>; João Ferreira Cabral<sup>1</sup>; Gonçalo Mendes<sup>1</sup>; Mariana Madanelo<sup>1</sup>; Alexandra Rocha<sup>1</sup>; Sofia Mesquita<sup>1</sup>; Jorge Correira<sup>1</sup>; Catarina Tavares<sup>1</sup>; André Marques-Pinto<sup>1</sup>; Fernando Vila<sup>2</sup>; Joaquim Lindoro<sup>2</sup>; Avelino Fraga<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Centro Hospitalar e Universitário do Porto; <sup>2</sup>Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

**Introduction and objectives:** In response to the COVID-19 pandemic, hospitals had to reorganize, and sanitation measures were reinforced. Some of these procedures have been shown to lower the rate of hospital acquired infections, and as a result, we hypothesise that the occurrence of post-operative infection during the pandemic would be lower.

**Objectives:** The objective of this study was to compare the rate of post-operative infections and patterns of antimicrobial resistance be-

fore and during the pandemic in Urology departments.

**Materials and methods:** An observational retrospective cohort study was carried out in two centers in Portugal. Data from all elective surgical procedures between April and June 2018 and the homologous period in 2020 were collected. Outpatient and non-elective surgeries were excluded. Patient data included age, sex, post-operative in-hospital length of stay, American Society of Anaesthesiologist (ASA) score, type of procedure, antibiotic prophylaxis, pre-operative urine cultures, peri-operative use of medical devices, post-operative infections, microbial culture and antimicrobial susceptibility testing. Infection was defined according to the European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) protocol. Multidrug resistant (MDR) organism was defined as a microorganism resistant to one or more classes of antimicrobial agents tested. Main outcomes were the number of post-operative infections during the pandemic and the number of MDR isolates.

**Results:** A total of 698 patients were included in the analysis, 425 pre-pandemic versus 273 during the pandemic. Both groups were balanced in terms of age, median length of stay, ASA score, perioperative medical devices and positive preoperative urine culture. The post-operative infection rate during the pre-pandemic period was of 14.1% compared to 12.1% during the pandemic ( $p = 0.494$ ). Ninety two percent of isolates were MDR in the pre-pandemic period compared to 52 % during the pandemic ( $p = 0.002$ ). The pandemic period was associated with a reduced risk for MDR isolate's on multivariate logistic regression analysis (OR - 0.1 ; 95% CI:0.07 - 0.57;  $p = 0.010$ ), but not with reduced number of infections (OR - 0.84; 95% CI 0.53-1.34;  $p = 0.47$ ).

**Conclusions:** MDR isolates were lower during the pandemic in Urology wards, possibly



as an indirect result of COVID-19 preventive measures, such as increased hand hygiene, room disinfection and reduced family visits to inpatients. No statistically significant difference was found between the number of post-operative infections in our sample. Further reports, such as those from the ECDC are needed to confirm our results.

### PO 35

#### TESTICULAR PROSTHESIS – A PROCEDURE AT THE PATIENTS WILL

Ana Sofia Araújo; Sara Anacleto; Ricardo Rodrigues; Catarina Tinoco; Andreia Cardoso; Mário Cerqueira Alves; Ricardo Leão; Carlos Oliveira  
*Hospital de Braga*

**Background:** Orchiectomy is the recommended treatment for many testicular conditions. However, testicular prosthesis placement is not always performed in our clinical units for different reasons, namely doctors' preference and patients' option.

**Purpose:** In this study we aim to evaluate, in our department, patients and partners' opinion regarding testicular prosthesis implantation and its impact in sexual function and quality of life.

**Methods:** Medical questionnaires were developed and sent by email to 96 patients who were submitted to orchiectomy between 2014 and 2020 at the Hospital de Braga. Patients completed four questionnaires – one about demographics data and testicular prosthesis satisfaction and three validated questionnaires - the International Index of Erectile Function 5 (IIEF5), the Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT) and the Rosenberg Self-Esteem Scale.

**Results:** Of the 96 patients who had orchidectomy, 59 (61%) replied to the questionnaires. The most frequent reason for orchiectomy was malignancy (78%). Out of 59, 51 (86%) patients decided to undergo a testicular pros-

theses implantation justified by self-esteem and appearance (84%) reasons. The remaining 8 (14%) refused testicular prosthesis for different motives: concerns about complications (37.5%), not necessary (37.5%) and not offered by the doctor (25%). Within the groups of patients who decided to perform the procedure, 84% stated that the aesthetic reasons were very important or important; in clear contrast with patients who refused testicular prosthesis. About immediate complications we notice that 25% complained about pain and 2% extrusion of prostheses. Long term pain was referred in about 10%. Globally, most patients are satisfied with size, weight, shape, and position of implant within the scrotum. In fact, 96% of these patients are overall satisfied with implant and 96% felt very comfortable or comfortable with it, however 25% classified prosthesis as "too firm". In which concerns to sexual function, a higher number of patients with normal sexual function was seen amongst patients with prosthesis (74% vs 37.5%) and none of them reported severe erectile dysfunction (0% vs 37.5%). The psychological questionnaire shows a slightly higher score in patients with testicular prostheses (25.63 vs 23.63).

**Conclusions:** The present study highlights an elevated satisfaction among patients who received testicular prosthesis. Patients' option is mainly based on aesthetic reasons. Testicular prosthesis implantation is a safe procedure, that does not hamper sexual function and increases in self-esteem reducing psychological factors associated with disease and orchiectomy.



**PO 36****PERCEPTIONS OF TESTICULAR CANCER AMONG PORTUGUESE UNIVERSITY STUDENTS**

Sofia Salgueira; Ana Sofia Araújo;  
Anabela Mota-Pinto; Ricardo Leão  
*Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*

**Background:** Testicular cancer (TC) is the most frequent tumor in males between 18-35 years old and has a 5-year survival rate of 99% in localized disease. Within this populations there is a general perception there is significant lack of knowledge about this disease. Thus, this study aims to determine the knowledge about TC amongst Portuguese university students.

**Methods:** In this cross-sectional study, 871 university students answered an online questionnaire on their perceptions about TC. They were inquired about the age-risk group for TC and detection, prognosis and impact of the disease on patients' quality of life, as well as common signs and symptoms. Male participants were also asked about their testicular self-exam (TSE) practice. Lastly, they were questioned about their motivations to learn more about the subject and preferred method of communication.

**Results:** 89,2% (n = 777) of students had heard of TC, but only 31,8% knew the age-risk group. Students were able to recognize a palpable testicular nodule as a common (90,2%) sign of TC, but the general knowledge score was still low. TSE practice was also low, with only 53 males (n = 275) performing TSE monthly. The vast majority (90,9%) were interested in learning more about TSE and TC early diagnosis. Health professionals/facilities (73,8%) and Internet/Social media (69%) were the most reported preferable sources of information.

**Conclusion:** We conclude that young males have poor knowledge about TC, and most still

do not practice TSE monthly. Future awareness campaigns and educational interventions are needed to increase consciousness about the disease.

**PO 37****CARCINOMA LINFOEPITELIOMA-LIKE DA BEXIGA, UMA VARIANTE DE CARCINOMA UROTELIAL: CASO CLÍNICO**

Maria Alexandra Rocha; Diogo Carvalho Sá;  
Carlos Ferreira; Avelino Fraga  
*Centro Hospitalar e Universitário do Porto*

**Introdução:** O carcinoma linfoepitelioma-like da bexiga é uma variante rara do carcinoma urotelial da bexiga. Pela sua baixa incidência, a orientação e prognósticos não estão claramente definidos na literatura. Neste trabalho, os autores apresentam um caso clínico que visa esta variante.

**Objetivos:** apresentação de um caso clínico de carcinoma linfoepitelioma-like da bexiga

**Caso clínico:** Os autores apresentam um caso de um carcinoma de bexiga linfoepitelioma-like, num homem de 83 anos, referenciado à consulta por hematúria macroscópica. O doente tem como antecedentes médicos hipertensão arterial e dislipidemia e como antecedentes cirúrgicos uma nefrectomia simples esquerda no contexto de rim atrófico. No contexto da hematúria realizou ecografia reno-vesical que demonstra um lesão polipoide de 29x27mm em posição na dependente, em provável relação com neoformação. Neste contexto, realizou cistoscopia, a revelar uma lesão carnuda de base de implantação larga com cerca de 3cm na parede posterior, e citologia que foi positiva para carcinoma urotelial de alto grau.

Foi submetido a resseção transuretral da bexiga, sem intercorrências, com uma exame anatomopatológico a revelar um carcinoma linfoepitelioma-like vesical, com infiltração do córion, mas sem invasão camada muscular,

ou seja, classificado como pT1. A ressecção da lesão foi completa, tendo realizado tratamento com mitomicina C intravesical no pós-operatório.

**Discussão/Conclusões:** Os linfoepiteliomas são tumores epiteliais indiferenciados malignos da nasofaringe, caracterizados histologicamente pela infiltração linfocítica e que, na sua localização tradicional, estão associados à infecção pelo vírus Epstein-Barr (EBV). Tumores com morfologias semelhantes dos linfoepiteliomas podem surgir noutras localizações, como no trato gastrointestinal, fígado ou pulmões, sendo designados de carcinoma linfoepitelioma-like (LELC). Ao contrário do que acontece em outras localizações, o LELC não está associado à presença de EBV.

Esta variante histológica tem uma predominância em homens com uma idade média de 70 anos (1). O sintoma inicial mais frequentemente reportado é foi hematuria, tal como apresentado pelo doente neste caso clínico.

Nestes casos, as terapêuticas possíveis passam por RTU-TV, associada ou não a quimioterapia, cistectomia radical, também associada ou não a terapêutica adjuvante, e ainda radioterapia. Tendo em conta a escassez de casos descritos e, conseqüentemente, falta de estudos, a orientação terapêutica nestes doentes não está bem definida.

Neste caso, o doente apresenta doença não musculoinvasiva, contrariamente aos casos descritos na literatura. Tendo em conta o estado da doença, a idade do paciente assim como as suas comorbilidades, optou-se por manter a vigilância apertada com cistoscopia. Este caso relata um caso de uma variante histológica rara do carcinoma da bexiga e assim como as dificuldades na decisão e orientação terapêutica destes doentes.

## PO 38

### TREATMENT-RELATED ADVERSE EVENTS OF APALUTAMIDE AND DOCETAXEL IN PATIENTS WITH METASTATIC HORMONE-SENSITIVE PROSTATE CANCER IN PORTUGAL

Francisco Botelho<sup>1,2</sup>; Celso Marialva<sup>3</sup>; Joaquina Maurício<sup>4</sup>; Pedro Nunes<sup>5</sup>; António Quintela<sup>6</sup>; Sílvia Miguel<sup>7</sup>; Susana Santos<sup>7</sup>; Ricardo Caetano<sup>8</sup>; Rosario Vivek<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Department of Urology, S. João Hospital, Oporto, Portugal;

<sup>2</sup>EPICURO, Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), School of Medicine, University of Minho, Braga, Portugal;

<sup>3</sup>Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa, Lisbon, Portugal;

<sup>4</sup>Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto, Porto, Portugal;

<sup>5</sup>Department of Urology and Renal Transplantation, Coimbra University Hospital Center, Coimbra, Portugal;

<sup>6</sup>Haematology and Oncology Department, Instituto CUF de Oncologia (ICO), Lisboa, Portugal;

<sup>7</sup>Janssen-Cilag, Oeiras, Portugal; <sup>8</sup>IQVIA, Oeiras, Portugal; <sup>9</sup>IQVIA, Bangalore, India

**Introduction:** Prostate cancer is the second most frequent cancer among men in the world with a third of the patients developing metastatic cancer. In Portugal, according to the National Oncology Registry (RON), prostate cancer is also the most frequently diagnosed cancer among men (21.2%) with 5,741 patients diagnosed in 2018. The epidemiology of metastatic hormone-sensitive prostate cancer (mHSPC) and the safety profile of its treatments in Portugal are not known, with few publications addressing the subject matter. The objective of this study is to better understand the incidence, prevalence of mHSPC disease stages and analyze the treatment-related AEs (Adverse Events) of apalutamide and docetaxel along with androgen deprivation therapy (ADT) in Portugal.

**Methods:** A systematic literature review (SLR) and desk research was performed to gather epidemiology data and analyze all grades and

grades 3-4 AEs associated with apalutamide + ADT and docetaxel + ADT. A total of 28 studies were reviewed in the SLR. As the above data focused on European countries in general, an advisory board comprising of experts and their opinion was obtained to validate and fill the gaps in the findings from the SLR to the Portuguese context.

**Results:** The prevalence of mHSPC is estimated to be around 40% of the metastatic prostate cancer in Portugal. Regarding safety profile, the experts, after considering the SLR results, suggested adapting a few grades 3-4 AEs to the local context (e.g. less chemotherapy cycles – 6 cycles – comparing with most studies in the SLR) by changing the proportion of patients affected in Portugal. Overall, a narrower diversity of AEs were associated with apalutamide + ADT compared to docetaxel + ADT.

**Conclusion:** Apalutamide + ADT appears to have less AEs overall, namely severe grade 3-4 AEs, potentially making it an overall safer and better tolerated treatment option for mHSPC patients. Notwithstanding, Apalutamide + ADT side effects profile should be confirmed in real world data studies in the future. The study findings have implications on quality of life, treatment adherence and costs for mHSPC patients in Portugal.

### PO 39 Trabalho retirado.

### PO 40

#### GUIDELINES PUT TO PRACTICE: GERMLINE GENETIC TESTING IN PROSTATE CANCER

Bilé Silva, A.; Dinis, P.J.; Gaspar, F.P.; Fonseca, R.R.; Santos, J.C.; Monteiro, L.A.  
Hospital de Egas Moniz - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

**Introduction:** A genetic contribution to prostate cancer (PCa) has been documented. Despite increasing knowledge of the molecular genetics of the disease, much of what is known

does not yet have a clinical translation. However, clinical guidelines must provide guidance to genetic testing (GT) since this evaluation provides information on personal and familial risk and presents patients with the possibility of targeted treatment.

**Objectives:** We sought to compare prostate biopsy (PB) and disease characteristics, PCa presentation and management between patients considered eligible for germline GT (GGT) according to the National Comprehensive Cancer Network (NCCN) PCa guidelines, and those who are not.

**Materials and methods:** We conducted an observational retrospective study analysing data from patients who had a positive PB from January 2010 to December 2019, in a tertiary care centre. Patients were divided according to whether they fulfilled NCCN guideline criteria (concerning disease characteristics) for GGT. Patients were rendered candidates for GGT whenever they presented: 1) intraductal/cribiform histology; 2) high-risk disease (PSA>20ng/mL/ISUP4-5/T3a); 3) very high-risk disease ( $\geq 2$  high-risk features/  $\geq 4$  cores with ISUP 4-5/ primary Gleason pattern 5/ T3b-T4), 4) regional disease (any T, N1, M0); 5) metastatic disease ab initio (any T, any N, M1). Patients' demographics, comorbidities (Charlson Comorbidity Index – CCI), presenting PSA, PB and radical prostatectomy (RP) specimen characteristics were compared.

**Results:** A total of 310 patients were analysed, 39.5% (122) of which were found to have criteria for GGT. The main indication for GGT was the presence of high-risk disease (33.8%). Concerning other criteria, 5.6% of patients showed an intraductal/cribiform histology, 16.6% had very-high-risk PCa, 2.5% and 8.8% presented with regional and metastatic disease, respectively. Patients who fulfilled NCCN criteria for testing were older ( $69 \pm 9$  vs  $66 \pm 7$ ,  $p = 0.001$ ) and had a significantly



higher CCI (6 vs 5,  $p < 0.001$ ). The mean presenting PSA was significantly higher in patients who had genetic testing criteria (54.1 vs 8.6 ng/mL). Perineural invasion (48.5% vs 32.1%,  $p = 0.001$ ) and extraprostatic extension (EPE, 7.5% vs 0%,  $p = 0.001$ ) in PB was documented in a significantly higher percentage of patients who, according to NCCN, should undergo testing. Nevertheless, other adverse pathological features such as lymphovascular invasion ( $p = 0.39$ ) was identical in both groups. Patients with criteria for GGT were less likely to receive a curative intent treatment ( $p < 0.001$ ).

**Discussion/Conclusions:** GGT is indicated in a significant proportion of patients with PCa diagnosis. Other than the adverse pathological features included in the NCCN criteria, patients considered eligible for testing tend to have higher rates of perineural invasion and EPE. These findings highlight the need for further research to elucidate possible additional indicators that should trigger genetic evaluation.

## PO 41

### PENILE METASTASIS OF EXTRANODAL NASAL-TYPE NK/T CELL LYMPHOMA

Carolina Marramaque; Pedro Costa; Daniela Pereira; Débora Araújo; Raquel Rodrigues; Samuel Bastos; Luís Ferraz

*Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho*

**Introduction:** Extranodal natural killer (NK)/T cell lymphoma (ENKTL) is a distinct clinic-pathologic entity, representing 5% to 18% of all non-Hodgkin lymphomas. This disorder has a strong association with Epstein-Barr virus (EBV) infection, being very rare in Western countries. The nasal cavity and upper aerodigestive tract are where the primary tumor usually appears, however because the signs and symptoms are generally occult the lymphoma is frequently diagnosed in advance stages when metastasis emerge. Most fre-

quently affected organs by disease progression are the skin, gastrointestinal tract, kidney, brain and testis.

**Objective:** To report a case of ENKTL with penile metastasis, where the diagnosis was first made at the metastatic site and only then the primary lesion at the nasal cavity was uncovered.

**Materials/Methods:** Patient's electronic health record was consulted to retrieve information on patient history and exam results.

**Results:** A 78-year-old Caucasian male, was admitted in the emergency service with painless indurated mass on the glans penis associated with purulent discharge for 2 months (figure 1). Several antibiotics and topical corticoids had been done without improvement. Additionally, he complained of fever, weight loss, dysuria, abdominal pain and papules and plaques on both legs and thighs that appeared 2 weeks earlier (figure 2). On physical examination no lymphadenopathy was palpated.

Laboratory findings showed hemoglobin as 12,6 g/dL, white blood cell count as 12880/uL with neutrophilia and normal platelet count, elevated reactive C protein and serum lactate dehydrogenase (LDH). CT scans of neck-chest-abdomen-pelvis didn't show enlarged lymph nodes.

Subsequently, incisional biopsies of the penis lesion and leg's papules were taken. Microscopy showed an angiocentric and angiodestructive growth pattern in both samples. In situ hybridization for EBV encoded RNA (EBER) was positive.

After this discovery, a detailed history revealed that the patient had rhinorrhea complains for several months and a previous TC scan with a diagnosis of sinusitis. On physical examination, a suspicious lesion occupying the anterior portion of the left nasal fossa was found and biopsied. Findings were consistent with ENKTL Ann Harbor stage IV with B symptoms.



The patient received one cycle of gemcitabine, etoposide and prednisolone. The nasal mass decreased in size and the rhinorrhea improved, there was also a decrease of the leg's lesions and resolution of the B symptoms. However, the second cycle of gemcitabine had to be delayed owing to emergence of dyspnea, odynophagia, fever, asthenia, abdominal pain and diarrhea. In this context, the patient was hospitalized and died with pneumonia due to cytomegalovirus infection, approximately 4 months after the diagnosis of ENKTL was made.

**Discussion/Conclusion:** Penile metastasis of ENKTL is an extremely rare condition, with only six cases reported in the English literature. Most patients were middle age man and clinical presentations include penile masses, nodules, ulcers and diffuse swelling. This types of lesions are frequently misdiagnosed as infectious, traumatic or benign diseases, leading to unnecessary antibiotic treatments and delayed diagnosis.

The overall survival of ENKTL is low and penile metastasis appear to indicate a worse prognosis. Our patient also had other unfavorable prognostic factors as age over 60 years, B symptoms, elevated LDH, systemic disease and advanced Ann Arbor stage. Due to the scarce literature, there is no gold standard regarding chemotherapy regime for ENKTL, much less with penile metastasis.

This report allows to acknowledge different diagnosis in penile lesions and understand the need for a thorough clinical history and physical examination. Prompt biopsy of these tumors is key to prevent delayed diagnosis. Since its rapid progression and unsatisfactory treatment outcomes, it's crucial that new studies are made to improve disease control and survival.

## PO 42

### FACTORS INFLUENCING THE FAILURE OF EXTRACORPOREAL SHOCK WAVE LITHOTRIPSY: THE REALITY OF OUR INSTITUTION

Carolina Marramaque; Pedro Costa; Raquel Rodrigues; Daniela Pereira; Débora Araújo; Samuel Bastos  
*Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho*

**Introduction:** Extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) has been considered an effective and minimally invasive way of treating nephrolithiasis. The success of the treatment is influenced by stone size, location and composition, patient habitus and performance of ESWL. However, it's also important to understand which factors predict ESWL failure so hospital costs, complications, repetitive tries and patients' psychological burden can be reduced.

**Objective:** To analyze patients that underwent ESWL, understand their characteristics and predictive factors of failure, in order to optimize patient selection.

**Materials/Methods:** A retrospective observational study was conducted analyzing all ESWL performed in our institution from 2019 to 2020. Patients that were lost to follow-up were excluded. Information regarding patient and stone characteristics, ESWL related events and second line treatments was collected. Patients with no calcifications on postoperative imaging exams were considered stone free (SF). All statistical analysis was performed using IBM SPSS Statistics 25. Chi-square test, Fisher's exact test and 2-tailed t-tests were performed as appropriate for univariate analysis. A multinomial logistic regression was applied to identify variables that made important contributions to ESWL failure. Reported p values were two-tailed, with  $p < 0.05$  indicating statistical significance.

**Results:** In the analyzed period 121 ESWL were performed, of which 113 were included

in this study. A total of 33 patients (29.2%) were SF after treatment and 7.1% showed a size reduction. The procedure was done in an outpatient regimen in 40.7% of the cases. The univariate statistical results are shown in Table 1.. The only significant predictors of SF status were the number of stones treated and stone location, being calculi in the proximal ureter associated with better outcome. Multivariate analysis showed that increased stone number was the only independent variable associated with failure of ESWL. Complication rate was 23.9%, with 77.8% of those corresponding to Clavien-Dindo grade I (Table 2.).

**Discussion/Conclusion:** The success of ESWL varies widely in literature, from 23.1 to 91.5%. In our sample, the SF rate was low, possibly due to unfavorable characteristics of the patients. A high BMI is a predictor of worse ESWL outcome, and in this study most patients were overweight. Although stone size and Hounsfield units (HU) didn't have a statistically significant relationship with ESWL success, literature shows that an increase in this variables is inversely associated with SF rates. According to the EAU guidelines, ESWL is less likely to succeed for stones with >1000 HU, which was also observed in this research, with a mean density of 861 HU versus 1204 HU for cases of ESWL success and failure, respectively. Similarly to Kanao et al. the number of stones and their location, particularly in the proximal ureter, were predictors of success in our univariate analysis. The better SF rate of calculi in the proximal ureter, may be explained by the possibility of applying more energy in the ureter compared to the kidney, also, stones in the distal ureter are more difficult to treat due to energy attenuation by interposition of the pelvis bone and muscles. However, our multivariate analysis revealed that only multiple stone treatment had a statistically significant relationship with

ESWL failure. Our complication rate was inferior to the 36.6% reported by Salem et al. but greater than the recorded by Sofras et al. and Abdel-Khaled et al.. There was one case of perirenal hematoma who required embolization due to active bleeding, but the majority of the other complications were minor. The retrospective design and the sample size are the most important limitations of this study.

Considering the low success of ESWL in our institution it's key to find optimal technical parameters and carefully selected the candidates in order to improve results and justify its indication.

### PO 43

#### FEMALE URINARY INCONTINENCE AND MENTAL HEALTH DISEASE – A POPULATION-BASED STUDY

Ramos P; Manso M; Botelho F; Silva A; Bulhões C; Cruz F; Pacheco-Figueiredo L

*Centro Hospitalar Universitário de São João School of Medicine - University of Minho*

**Introduction:** Female urinary incontinence (UI) is a common disorder and an important health concern with aging population. Different components of health burden have been described, being the mental health disorders a frequent disabling comorbidity, although evidence at a population level is still scarce. Therefore, we analysed women with self-reported urinary incontinence regarding socio-demographic data and several dimensions of mental health.

**Methods:** We analysed data from a population-based survey with a representative sample of Portuguese women aged  $\geq 18$  years ( $n = 10,038$ ). Women with self-reported symptoms of urinary incontinence in the previous 12 months were considered as having UI. We performed an age-, education-, and BMI-adjusted comparison of the prevalence of depression diagnosis, use of mental health

consultations, different dimensions of mental health disease and addictive behaviours (smoking and alcohol consumption) between UI women and non-UI women. Weighted prevalences with 95% confidence intervals (95%CI), as well as adjusted prevalence ratios (PR), were computed using Poisson regression. This study was approved by ethics committee.

**Results:** The nationwide prevalence of female UI was 9.9% (95%CI: 9.1-10.8%), increasing with age, with a prevalence of 40.8% for 75- to 85-year-old women. Women with UI had an adjusted higher prevalence of depression diagnosis [PR=1.66 (1.43-1.92)] and use of mental health consultations [PR= 1.41 (1.03-1.93)] (figure 1). A perceived health-status reported as bad [PR=1.65 (1.46-1.88)], difficulty in concentrating [PR=1.58 (1.38-1.82)] and a feeling of worthlessness or guilt during the last 2 weeks [PR=1.49 (1.33-1.67)] were the mental health dimensions with higher differences between the two groups (figure 1). There were no relevant differences concerning addictive behaviours (figure 1).

**Conclusion:** The mental health consequences of female urinary incontinence are a major component of the burden of this disease. The clinicians should be aware of this association in order to have a high level of suspicion to mental health disturbances when assessing women with UI.

## PO 44

### CARÚNCULA ATÍPICA COMO CAUSA DE OBSTRUÇÃO URINÁRIA CRÔNICA – UM CASO DE DICOTOMIA HISTOPATOLÓGICA

Sara Duarte; António Modesto Pinheiro; André Barcelos; Andrea Furtado; Fernando Ferrito  
*Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*

**Introdução:** As carúnculas uretrais são lesões distais da uretra usualmente vistas em mulheres pós-menopáusicas, na maioria assintomáticas, mas podem cursar com hematúria e, embora raramente, com obstrução urinária. À observação podem mimetizar um carcinoma primário da uretra (CPU). O CPU é uma entidade rara, correspondendo a <1% de todas as neoplasias genitourinárias. Os fatores de risco mais comuns na mulher são os divertículos uretrais e infeções urinárias (ITU) de repetição. À apresentação encontra-se frequentemente avançado e a principal sintomatologia associada é a hematúria, massa extra-uretral e obstrução urinária.

**Caso clínico:** Mulher de 53 anos, com antecedentes de tabagismo ativo e diabetes mellitus tipo II, com queixas de hematúria macroscópica, aumento da frequência urinária, sensação de esvaziamento incompleto e ITU de repetição. A urina II confirmou hematúria e a urocultura foi positiva para *Proteus mirabilis*. Ao exame objetivo destacava-se uma lesão papilar exofítica e friável no meato uretral. A uretrocistoscopia não revelou alterações intra-vesicais nem da restante uretra. Foi realizada biópsia a frio da lesão e o resultado anatomo-patológico da biópsia revelou um carcinoma pavimento-celular (CPC) da uretra com componente de carcinoma urotelial (CU) in situ. Realizou Ressonância Magnética (RM) pélvica que mostrou um espessamento uretral difuso compatível com lesão tumoral, com suspeita de invasão da parede anterior da vagina. Após discussão em reunião mul-



tidisciplinar, optou-se por uma melhor caracterização histológica tendo sido realizada a excisão total da lesão e biópsias politópicas da bexiga. O diagnóstico histológico quer da lesão, quer dos fragmentos de bexiga revelou metaplasia pavimentosa com displasia intraepitelial de baixo grau, sem evidência de carcinoma. Durante o seguimento, foram repetidas citologia urinária e UC, ambas negativas, bem como RM pélvica, sem alterações suspeitas. Macroscopicamente, aos 6 meses, manteve-se sem evidência de recidiva da lesão, com desaparecimento dos sintomas iniciais.

**Discussão:** O CPU é raro e o tipo histológico predominante na mulher é o adenocarcinoma de células claras, seguido do CU e CPC. O número de casos descritos de CPC originados de carúnculas uretrais é muito reduzido, contudo, face à agressividade e mau prognóstico dos CPU, sempre que exista suspeição, a excisão total da lesão é a melhor conduta. Neste caso assiste-se a uma dicotomia não só histopatológica, mas também clínica e imagiológica uma vez que todos os exames realizados apontavam para um CPU. A excisão da totalidade da lesão é a melhor forma de obter um resultado anatomo-patológico fiável. As UC negativas e a melhoria das queixas após a excisão da lesão comprovam que, apesar de raro, as carúnculas podem ser de facto obstrutivas na mulher.

**Palavras-chave:** carúncula uretral; carcinoma primário da uretra; metaplasia pavimentosa

## PO 45

### TROMBOSE VENOSA MULTISEGMENTAR COMO APRESENTAÇÃO DE TUMOR DO TESTÍCULO – UM RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Sara Duarte; António Modesto Pinheiro; André Barcelos; Andrea Furtado; Fernando Ribeiro; Fernando Ferrito

*Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*

**Introdução:** O tumor do testículo (TT) representa 1% dos tumores em homens e a sua incidência tem vindo a aumentar nas últimas décadas. Os tumores de células germinativas representam 90-95% dos casos e podem dividir-se em seminomas e não seminomas. A doença é metastática à apresentação em cerca de 20-30% dos casos, sendo os locais mais comuns os gânglios linfáticos retroperitoneais. A trombose da veia cava inferior (VCI) é uma complicação rara que pode estar associada à compressão por conglomerados adenopáticos.

**Caso clínico:** Homem de 33 anos saudável, é trazido ao serviço de urgência por quadro clínico, com duas semanas de evolução, caracterizado por dor lombar esquerda, persistente e intensa, sem posição de alívio, sem sintomas urinários associados, acompanhada de edema, calor e dor dos genitais e membros inferiores bilateralmente. Ao exame objectivo, apresentava circulação venosa colateral abdominal, edema marcado dos genitais e membros inferiores (Godet +++) com empastamento no membro inferior esquerdo, até à raiz da coxa. A destacar ainda uma massa palpável e endurecida no testículo esquerdo. Os exames realizados revelaram conglomerado adenopático lombo-aórtico e mesentérico, trombose da veia renal esquerda e da VCI e flebotrombose ileo-femoral esquerda, sem aparente metastização à distância. Perante a suspeita de TT avançado foram pedidos marcadores tumorais (alfa-fetoproteína (AFP),



lactato desidrogenase (LDH) e beta gonadotrofina coriônica humana (hCG), que se mostraram aumentados) e ecografia escrotal (EE) a comprovar massa sólida hipervascularizada do testículo esquerdo. O caso foi discutido com a cirurgia vascular e face ao risco associado à colocação de filtro na VCI, pela extensão proximal do trombo até ao nível das veias supra-hepáticas, iniciou apenas anticoagulação. Após discussão em reunião multidisciplinar, foi realizada a orquidectomia radical com posterior início de 4 ciclos de BEP. O resultado histológico revelou um tumor de células germinativas, de subtipo não seminoma, de componente misto. No follow-up demonstrou remissão dos sintomas e decréscimo significativo dos marcadores tumorais.

**Discussão:** A trombose venosa profunda (TVP) é uma complicação rara de tumores testiculares sendo muitas vezes de causa multifatorial, estando envolvidas a compressão extrínseca ou invasão tumoral da veia cava inferior e o estado de hipercoagulabilidade associado às neoplasias. Neste caso em concreto, a TVP multissegmentar admitiu-se como sendo multifatorial por compressão venosa e eventual síndrome paraneoplásico. O principal risco da TVP é o tromboembolismo pulmonar (EP), estando associado a uma mortalidade considerável em doentes com TT avançado. A abordagem da trombose da VCI associada a TT deve ser multidisciplinar com envolvimento de urologia, oncologia, medicina interna e cirurgia vascular. A anticoagulação, orquidectomia radical, quimioterapia precoce e eventual colocação de filtro na VCI são os alicerces do tratamento. Em idades jovens é importante considerar TT aquando da apresentação de TVP sem fatores de risco associados.

**Palavras-chave:** tumor do testículo; trombose da veia cava inferior; trombose da veia renal; não seminoma

## PO 46

### PROGNOSTIC IMPACT OF VARIANT HISTOLOGY IN BLADDER CANCER: WOULD EARLY AND AGGRESSIVE TREATMENT SHIFT THE PARADIGM?

Ramos P; Mateus A; Botelho F; Silva A; Pacheco-Figueiredo L.

*Centro Hospitalar Universitário de São João School of Medicine - University of Minho*

**Introduction:** Bladder cancer (BC) is an increasingly frequent condition worldwide being the second most common genitourinary malignancy and the thirteenth cause of cancer death. Throughout the years, pathologists have identified several histomorphologies different from the conventional urothelial carcinoma (UC) Although rare, these histologic variants seem to have a distinct growth pattern, an altered cell differentiation and an unusual clinical behavior, especially concerning clinical presentation at diagnosis, response to the standard treatment and prognosis.

**Objectives:** This study aims to assess the prognostic impact of variant histology (VH) in BC, comparing its outcomes to pure UC in both non-muscle invasive (NMIBC) and muscle-invasive (MIBC) settings.

**Methods:** We included patients with primary BC, defining two groups with a proportion of 1:3: a) all the variant histologies (VH) diagnosed from January 2000 to December 2020; b) a random sample of pure urothelial carcinoma (UC) age and sex-matched. Data were compared within NMIBC and MIBC settings, considering stage at diagnosis, recurrence-free, progression-free, and overall survival (OS).

**Results:** A total of 616 patients were included in the study, corresponding to 460 UC, and 151 VH. Upon first trans-urethral bladder tumour resection (TURBT), MIBC was present in 64.1% (n = 99) of patients with VH, and 20.6% (n = 95) with UC (p < 0.001). Second-look examination (n = 307) revealed a higher

rate of upgrade to MIBC among patients with VH (VH: 14.0%; UC: 5.3%;  $p = 0.033$ ). Concerning NMIBC, we observed higher rates of progression to MIBC amid patients with VH (VH: 14.55%; UC: 7.36%;  $p = 0.009$ ). Major nodal involvement ( $p = 0.020$ ) and metastatic disease ( $p < 0.001$ ) were significantly higher within the VH group. A statistically significant higher OS was observed among patients with NMIBC of pure UC ( $p < 0.001$ ). There were no statistically significant differences of metastasis-free survival and OS between VH and UC groups with muscle-invasive disease.

**Conclusion:** We verified higher rates of muscle-invasiveness, nodal involvement and metastatic disease at presentation in patients with VH. Furthermore, a significantly superior risk of progression to MIBC and inferior OS was observed in patients with VH in a NMIBC setting. In contrast, these differences in OS analysis between VH and PUC could not be demonstrated in the MIBC setting. These discrepancies may suggest a need for a more aggressive therapeutic approach in patients with VH with non-muscle invasive disease such as early cystectomy.

#### PO 47

### PODE A PET-PSMA PREVER O GRAU HISTOLÓGICO NA BIÓPSIA DA PRÓSTATA? – UM ESTUDO TRANSVERSAL

João Lorigo; Edgar Silva; João Lima;  
Vasco Quaresma; Roberto Jarimba;  
Arnaldo Figueiredo  
*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** O antigénio de membrana específico da próstata (PSMA) apresenta expressão aumentada nas células do cancro da próstata (CP), permitindo uma visualização com maior especificidade das lesões por PET-PSMA.

**Objetivos:** Determinar se existe relação entre a intensidade de captação de 68Ga-PSMA-11 na lesão tumoral e o grau ISUP na biópsia

prostática, numa amostra de doentes com diagnóstico de cancro da próstata (CP).

**Materiais e métodos:** Foi realizado um estudo transversal, que incluiu todos os doentes que realizaram PET-PSMA como método de estadiamento inicial de CP, entre 2016 e 2019, num hospital central ( $n = 41$ ). A população apresentou uma média de idade de  $65,61 \pm 6,95$  anos. Os dados clínicos foram recolhidos a partir dos registos hospitalares.

**Resultados:** Trinta doentes (73,2%) demonstraram acumulação de marcador na PET-PSMA que excedeu o valor médio expectável para tecido prostático normal (SUVmax médio 3.9). Tumores com  $ISUP \leq 2$  demonstraram uma captação de 68Ga-PSMA-11 significativamente inferior a doente com  $ISUP > 2$  (SUVmax médio 7,2 vs. 14,8, respectivamente,  $p < 0.05$ ). Correlação semelhante foi encontrada entre o valor de PSA ao diagnóstico e o grau de captação de marcador, com doentes com  $PSA < 10$  a demonstrar um SUVmax médio de 7,3 vs SUVmax médio 13,4 nos doentes com  $PSA > 10$  ( $p < 0.05$ ).

**Conclusão:** O SG correlacionou-se de forma positiva com a intensidade de acumulação de marcador em doentes com CP estadiados inicialmente com PET-PSMA. Contudo, embora a acumulação de marcador, medida em SUVmax, se correlacione com o grau ISUP, existe uma considerável sobreposição entre os grupos, pelo que a PET-PSMA não se considera como uma substituta ao SG. Admite-se que esta disparidade, poderá potencialmente estar relacionada com o upgrading/downgrading encontrado aquando da prostatectomia radical.

## PO 48

**DISSECÇÃO LAPAROSCÓPICA  
RETROPERITONEAL DE CANAIS DEFERENTES  
EM VASO-VASOSTOMIA MICROCIRÚRGICA  
BILATERAL – AZOOSPERMIA OBSTRUTIVA  
APÓS HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL**

Bastos, S.; Oliveira, V.; Espiridião P.; Marramaque, C.; Araújo D.; Pereira D.; Rodrigues R.; Amaral J.; Ferraz, L.

*Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho*

**Introdução:** A lesão iatrogénica dos canais deferentes é uma complicação potencial da correção cirúrgica de hérnias inguinais. A obstrução deferencial após herniorrafia pode ocorrer por lesão ou laqueação iatrogénica do canal deferente, por lesão vascular ou compressão extrínseca. A obstrução dos canais deferentes a nível inguinal é uma causa incomum e potencialmente não reconhecida de azoospermia e infertilidade no homem.

Reportamos o caso clínico de um doente com antecedentes de herniorrafia inguinal bilateral e infertilidade primária por azoospermia obstrutiva, submetido a disseção retroperitoneal laparoscópica dos canais deferentes e posterior vaso-vasostomia microcirúrgica “tension-free”.

**Objetivos:** Evidenciar a reversão de azoospermia obstrutiva com normalização de parâmetros seminais após procedimento cirúrgico.

**Material e métodos:** Consulta de processo clínico individual do utente.

**Resultados:** Vaso-vasostomia microcirúrgica “tension-free” com reversão da azoospermia obstrutiva comprovada por espermograma às 6 semanas pós-cirurgia.

**Caso clínico:** Homem de 34 anos de idade, saudável, referenciado à consulta de Urologia por infertilidade primária, tendo já realizado 2 ciclos de ICSI. Apresentava como antecedentes cirúrgicos, herniorrafia inguinal bilateral há 12 anos; Hidrocelectomia direita e correção de hérnia umbilical no mesmo tempo cirúrgico há 5 anos. O exame objetivo eviden-

ciava distribuição pilosa adequada, ausência de ginecomastia, genitais externos com adequado desenvolvimento, sem dismorfias penianas ou hipospadias; Testículos normoposicionados, de volume e consistência normal. Epidídimos e canais deferentes presentes, palpáveis e aparentemente normais. Os exames de diagnóstico revelaram azoospermia com volume seminal normal, ecografia escrotal e doseamentos hormonais sem alterações. A biópsia testicular aspirativa realizada previamente aos ciclos de ICSI revelou “5 a 7 espermatozóides/campo, móveis in situ”. Mediante os achados descritos, assumida azoospermia obstrutiva por iatrogenia cirúrgica prévia – Herniorrafia inguinal bilateral com consequente obstrução/lesão bilateral dos canais deferentes. Proposta disseção laparoscópica dos canais deferentes e vaso-vasostomia microcirúrgica “tension-free”.

Ao 4º ciclo de ICSI foi atingida a gestação, da qual resultou um nado vivo saudável. Contudo, o utente manteve vontade de realizar o procedimento cirúrgico. Submetido a cirurgia no dia 1/06/2021: Laparoscopia com evidência de prótese cirúrgica de herniorrafia ao nível do anel inguinal interno com repuxamento fibrótico dos canais deferentes. Efetuada disseção cuidada dos canais, preservando a sua vascularização. Procedeu-se a exteriorização de ambos os canais através de trocar de 5 mm, por incisão medial ao anel inguinal externo, pelo menor trajeto possível. Seguidamente, realizou-se no exterior a vaso-vasotomia microcirúrgica bilateral (pela técnica cirúrgica descrita, artigo Oliveira et al1). Verificada saída de líquido seminal abundante opalescente, de ambos os lados. Pós-operatório decorreu sem intercorrências. Avaliado em consulta com dados de espermograma às 6 semanas – Volume seminal 1.5 ml, pH - 8; nº espermatozóides 34.000.000 /ml; Mobilidade 6% e vitalidade 12%, normais 1%. Foi solici-



tado novo espermograma para realizar aos 3 meses, com expectável otimização dos parâmetros de vitalidade, morfologia e mobilidade. **Discussão/Conclusões:** A herniorrafia inguinal pode causar lesões iatrogénicas nos canais deferentes e como tal comprometer o normal funcionamento do aparelho reprodutor masculino. A disseção laparoscópica dos canais deferentes permite realizar uma anastomose “tension-free”, de modo a fazer o bypass da região deferencial lesada. Com esta cirurgia foi conseguida a recanalização dos canais deferentes. Aguarda-se uma gravidez espontânea no futuro.

1 Oliveira, V. et al. Vasovasostomia microcirúrgica: a nossa experiência. *Acta Urológica Portuguesa* 32, 118-122, doi:10.1016/j.acup.2015.07.003 (2015).

#### PO 49

### ADJUVANTE VERSUS EARLY SALVAGE THERAPY IN PT3N0 PROSTATA CANCER PATIENTS AFTER RADICAL PROSTATECTOMY: LONG-TERM IMPACT

José Pedro Cadilhe; José Leitão; João Silva; Eurico Maia

*ULSAM - Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Viana do Castelo*

**Introduction:** Approximately 25% of contemporary patients treated with radical prostatectomy (RP) for localized prostate cancer (PCa) show locally advanced disease at final pathology. The postsurgical management of these patients still represents a continuous matter of debate, namely pT3 N0.

**Objective:** We evaluate overall survival (OS) and disease progression (DP) defined as need for 2nd generation hormonal therapy at long-term follow-up using a single institution series of pT3 N0 patients who underwent adjuvant therapy (adT) or initial observation followed by early salvage therapy (esT) in case of PSA relapse.

**Materials and methods:** Using a cohort of patients who underwent RP performed by the same principal surgeon, we retrospectively identified 33 pT3N0 patients with PSA < 0,1 after RP between 2006 and 2014. Patients were stratified into two groups: adT (group 1), versus observation followed by esT specifically while PSA was under 0,5 ng/ml (group2), and Concomitant androgen-deprivation therapy was based on the preference of the patient/urologist/Radiation oncologist, therefore, there was no standardized treatment schedule concerning type and duration of hormonal therapy with adjuvant or salvage Radiotherapy.

**Results:** Median follow up among patients was similar between two groups: 84 mo. 12 patients (36%) underwent adT, and 21 (64%) underwent initial observation. Within the latter group, 12 experienced PSA relapse and received esT. Overall, 9 patients (27%) remain disease free without any further treatment. Our results confirm that observation followed by esT, compared with adT, was not associated with a higher risk of DP (9,5% v 8,3%) and overall mortality (0% v 0%). Limitations consisted of the retrospective nature of the study and small size of the cohort. It is noteworthy that so far, 43% of patients in Group 2 remain under surveillance without the need for additional treatment.

**Conclusions:** In our study, the OS and DP is similar whether one chooses salvage treatment or adjuvant treatment. Although based on retrospective data, our study suggests that esT does not compromise cancer control in pT3N0 and potential reduces overtreatment associated with adT.



**PO 50****URINARY FUNCTIONAL OUTCOMES OF RADICAL PROSTATECTOMY IN MEN OVER 73 YEARS OLD**

José Pedro Cadilhe; José Leitão; Hugo Coelho; Eurico Maia  
*ULSAM - Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Viana do Castelo*

**Introduction:** The maximum age for radical prostatectomy (RP) has always been a matter of debate. In fact, less than 13% of men over 73 ys old with localized aggressive carcinoma and a life expectancy for at least 10 years, receive radical treatment, instead of younger men with a similar life expectancy. Consequently, these older patients are more likely to receive radiotherapy or androgen deprivation therapy, possibly because their urinary functional outcomes after radical prostatectomy were underestimated.

**Materials and methods:** We prospectively evaluated 314 patients who underwent open RP performed by the same principal surgeon from 6/2006 through 1/2018 at a single institution and had extended oncologic follow-up at  $\geq 12$  mo. Average patient age was 65 years (yr) (range 44 to 76). A comparison was performed between the overall patient cohort and the population aged over 73 years for urinary functional (UF) recovery. In this study, we incorporated the collection of patient-reported outcomes as part of routine clinical practice based on function at 3 months (mo) interval time points in the first year and 6 mo thereafter. We addressed potential response biases by using pad-free usage as a primary outcome.

**Results:** Continence rates in our cohort study of 314 patients at 3, 6, and 12 mo were 43% (134 of 314), 74% (231 of 314), 84% (264 of 314), respectively.

Continence rates in men in their seventies (73 to 76) at 3, 6 and 12 mo were 41% (7 of 17), 71% (12 of 17) and 88% (15 of 17), respectively.

**Discussion:** Our study highlights the need for improved clinical decision-making, which should incorporate an assessment of the patient's life expectancy, being aware that the UF recovery in the medium / long term in the elderly (73 to 76 ys) may be overlapping with that of the younger population.

Men with high-risk disease, regardless of age, are at greater risk for cancer mortality and may still be appropriate candidates for aggressive treatment, namely radical prostatectomy.

**Conclusion:** We found similar urinary functional recovery at 12 months postoperatively throughout the cohort regardless of ages up to 76 years old ( $p < 0,05$ ). Therefore this study conveys the idea that we should not condition our therapeutic decision for fear of worse functional recovery in men in their seventies.

**PO 51****WHAT IS THE BENEFIT OF PERFORMING SATURATION PROSTATE BIOPSIES IN ADDITION TO MULTIPARAMETRIC MAGNETIC RESONANCE IMAGING TARGETED BIOPSIES?**

João Ferreira Guerra; João Magalhães Pina; Francisco Fernandes; Vanessa Andrade; Mariana Medeiros; Gil Falcão; Rui Bernardino; Thiago Guimarães; Miguel Gil; João Cunha; João Lopes Dias; Luís Campos Pinheiro  
*Hospital de São José, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central, Urology Department, Lisbon, Portugal*

**Introduction and objectives:** There is still no consensus regarding whether adding prostatic biopsies outside targeted cores in patients with lesions detected on magnetic resonance imaging (MRI) pays-off.

The aim of this study is to determine whether performing saturation biopsies outside the detected lesions on MRI adds any value to MRI/transrectal ultrasound (MRI/TRUS) fusion-guided biopsy in the detection of clinically signi-

ficant prostate cancer (csPCa), defined as a Gleason score at biopsy of  $\geq 7$ .

**Materials and methods:** In our center, between January 2016 and December 2020, a total of 529 men underwent MRI/TRUS fusion-guided biopsy. Of those, 171 were also subjected to transperineal template-guided mapping biopsy. These were performed in every coordinate of the template grid once apically and then basally, excluding the targeted lesions and avoiding injuring the urethra.

**Results:** We divided our patients into 9 groups as seen in the table and several variables were taken into account.

2.9% of patients who had a negative MRI/TRUS fusion-guided biopsy happened to have a csPCa detected in saturation biopsy; 12.5% of patients who had a non-csPCa detected on the targeted biopsy had tumor upgrade in saturation biopsy.

Omitting saturation biopsies outside the detected lesions would have spared the diagnosis of non-csPCa in 6.7%.

**Conclusion:** The evidence in the literature has been showing that MRI/TRUS fusion-guided biopsies have a higher rate in diagnosing csPCa and a lower rate in detecting insignificant PCa when compared to the traditional systematic TRUS biopsies.

Despite that, we believe that certainly there is a role in performing also biopsies outside the detected lesions. Further studies comparing saturation biopsies and systematic biopsies should take place in order to assess which is the best alternative in addition to targeted biopsies.

**PO 52 Trabalho retirado.**

## **PO 53**

### **REAL WORLD EXPERIENCE WITH IMMUNOTHERAPY IN ADVANCED UROTHELIAL CARCINOMA IN A TERTIARY CENTER**

Vasco Quaresma; Roberto Jarimba; João Lima; Edgar Tavares-da-Silva; Pedro Nunes; Belmiro Parada; Paulo Azinhais; Lorenzo Marconi; Arnaldo Figueiredo

*Serviço de Urologia e Transplantação Renal, CHUC*

**Introduction/Background:** Patients with advanced urothelial carcinoma have poor prognosis and limited treatment options. Immunotherapy as challenged the paradigm of metastatic disease after first line platinum-based combination chemotherapy, with longer overall survival and higher objective response rate.

**Objectives:** Evaluate the clinical outcomes of real-world patients submitted to treatment with immunotherapy (pembrolizumab or atezolizumab) for advanced metastatic urothelial carcinoma in a tertiary Portuguese center.

**Patients and Methods:** In this single center study, we retrospectively analyzed 20 patients with advanced urothelial cancer that recurred or progressed after platinum-based chemotherapy and received treatment with immunotherapy (Pembrolizumab 200mg or Atezolizumab 1200mg every 3 weeks). Treatment was continued until progression or development of an unacceptable level of toxic effects.

The coprimary end points were overall survival, progression-free survival and objective response rate. Overall survival was defined as the time from the immunotherapy eligibility to death from any cause. Progression-free survival was defined as the time from eligibility to disease progression according to RECIST criteria or death from any cause. Objective response rate was defined as the percentage of patients who had confirmed complete (disappearance of all target lesions) and partial responders (at least a 30% decrease in the

sum of the target lesions). Safety was assessed in the treated population, which included all the patients who received at least one dose of study treatment.

Economic analysis was performed with costs per month of overall survival achieved (dividing total drug costs by overall survival)

**Results:** Patients had a median age of 72 (range: 48 to 84) and 75% were male. Primary tumor site was lower urinary tract in 15 patients and upper tract in the remaining 5 patients. Upon eligibility for immunotherapy 10 had visceral metastasis, 2 had non visceral metastasis (bone and lymph nodes) and 8 had lymph node only disease. All patients had progressed after treatment with gemcitabine-cisplatin chemotherapy (2 on neoadjuvant setting and the remaining on first line for metastatic disease). Sixteen patients were treated with pembrolizumab and four were treated with atezolizumab, both as second line treatment. Median overall survival in the study population was 11.8 months (95% confidence interval [CI], 8.1 to 15.5) in patients treated with both immunotherapy agents. Median progression-free survival was 7.8 months (95% confidence interval [CI], 6.0 to 9.6). Objective response rate was 20% (3 partial responses and 1 complete responses). After progression with immunotherapy, 3 patients received chemotherapy with docetaxel.

Treatment-related adverse events of any grade were reported in 45% of the patients. The most common treatment-related adverse events were fatigue and pruritus. There were only 10% Grade 3 events (nephritis and heart failure), with no grade 4 or 5 event.

Patients waited a median of 49.5 days between indication and immunotherapy approval (range: 14 to 126 days). Per-patient treatment cost was 28.000€ (range: 7000-213000€). There was an average 3826€ cost per month of life gained.

**Conclusions:** Real world outcomes are equivalent to seminal trial results. Immunotherapy has low rate of treatment-related adverse events. In the Portuguese reality, 25% of the progression-free survival is passed waiting for treatment approval.

## PO 54

### SÍNDROME DE ZINNER: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS DE 2021

João Ferreira Guerra; João Magalhães Pina; Vanessa Andrade; Mariana Medeiros; Rui Bernardino; Thiago Guimarães; Miguel Gil; João Cunha; Nguete Veloso; Luís Campos Pinheiro  
*Hospital de São José, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central*

**Introdução e objetivos:** O Síndrome de Zinner é uma condição rara associada a anomalia embriológica que se desenvolve na porção distal do ducto mesonéfrico entre a 4<sup>a</sup> e 13<sup>a</sup> semana de gestação. Caracteriza-se por uma tríade que inclui agenesia renal unilateral com obstrução do ducto ejaculador e quisto da vesícula seminal ipsilateral.

A clínica é variada e inespecífica, incluindo sintomas do trato urinário inferior, hematúria, hematospermia, dor perineal, infeções recorrentes e dor na ejaculação. Em 45% está ainda associada infertilidade. É habitualmente descoberta de forma incidental entre a 2<sup>a</sup> e 4<sup>a</sup> décadas de vida, período de maior atividade sexual e reprodutiva.

Sobre esta malformação estão reportados menos de 200 casos na literatura. Pretendemos com este trabalho mostrar dois casos clínicos deste ano do nosso serviço, fazendo breve revisão sobre o tema.

**Casos clínicos:** O primeiro doente é um homem de 22 anos, encaminhado em 2021 a consulta de Urologia por quadro de dor perineal com uns meses de evolução, agravada com ejaculação. Referia ainda polaquiúria e sensação de esvaziamento incompleto. Ao



exame objetivo a referir próstata tensa com desconforto ao toque, sem outras alterações. Foi pedida ecografia que revelou estrutura quística junto ao pavimento da bexiga, sugerindo divertículo vs quisto das vesículas seminais. Realizou então RM de onde se destaca: “Rim direito não visualizado por provável agenesia. Dilatação quística da vesícula seminal direita. Concomitantemente verifica-se dilatação do ducto deferente direito. Observa-se conteúdo com hipersinal T1 espontâneo ao nível do ducto deferente direito (até a região do epidídimo) e vesícula seminal (inclui quisto) por provável elevado conteúdo proteico. Próstata normodimensionada (14 cc), com heterogeneidade de sinal periférica sobressaindo área de hipossinal T2 difuso a direita com hiper-realce arterial, sem washout aparente, de provável natureza inflamatória.”. Posteriormente foi pedido espermograma com evidência de azoospermia.

O segundo caso trata-se de um homem de 28 anos, encaminhado a consulta de Urologia em 2016 por infertilidade e desconforto perineal. Realizou espermograma que revelou azoospermia completa e pH 8. Fez RM pélvica com identificação de volumoso quisto da vesícula seminal direita. Procedeu-se a aspiração do quisto por via transretal guiada por ecografia, com repetição de espermograma que agora revelou número de espermatozoides e forma normais. Ao final de 6 meses com recorrência do quadro de queixas álgicas, tendo sido novamente submetido a aspiração de quisto que entretanto tinha refeito. Posteriormente conseguiu fecundação e teve um filho ao fim de dois anos. Manteve seguimento por 5 anos, com necessidade periódica de aspirações do quisto. Repetiu este ano RM onde é descrito: “Próstata de 15cc, com heterogeneidade e hipointensidade difusa e bilateral do parênquima periférico, a sugerir fenómenos inflamatórios. Dilatação quística da vesícula se-

minimal direita e ectasia do segmento distal do canal deferente direito, presumivelmente por obstrução do ducto ejaculatório homolateral. Apresentam conteúdo espontaneamente denso em T1 e T2, a reflectir provável densidade proteica elevada (eventualmente de natureza hemática). Os aspetos descritos, associados a agenesia renal direita, são enquadráveis no Síndrome de Zinner”.

**Discussão/Conclusões:** O Síndrome de Zinner, embora seja raro, pode ser detetado em homens adultos que apresentam sintomas inespecíficos como disúria, infertilidade, dor perineal e queixas relacionadas com ejaculação. Os métodos de imagem têm um papel fundamental no diagnóstico, sendo a RM o gold-standard na caracterização das alterações que se congregam nesta tríade.

Deixamos a nota final de que ambos os nossos doentes foram submetidos a excisão de vesícula seminal por via robótica no nosso centro. O pós-operatório decorreu sem intercorrências e desde a cirurgia encontram-se completamente assintomáticos, mantendo seguimento em consulta para vigilância.

## PO 55

### IDIOPATHIC CAVERNOSAL ABSCESS WITH URETHRAL STENOSIS

Bárbara Oliveira; Pedro Barros; Marco Soares; Gilberto Rosa; Miguel Cabrita; Anibal Coutinho  
*Centro Hospitalar e Universitário do Algarve - Hospital de Faro*

**Introduction:** Idiopathic Abscess of the corpus cavernosum is an unusual condition, with few cases reported in the literature. We present a case of bilateral cavernosal abscess with urethral stricture, with no identifiable cause, treated successfully without long-term sequelae.

**Material and methods:** Consultation of the patient's hospital clinical file and scientific literature review

**Results:** A 78-year-old male with hyperten-



sion and previous TIA 2 years ago presented to the outpatient clinic for 10 days history painful swelling of the distal penile shaft with dysuria. The patient denied any recent STD, trauma, urethral instrumentation or cavernosal injection. He had been evaluated at an outside facility and discharged on oral cefuroxime. Five days later, due to worsening of the symptoms, fever (39°C) and urinary retention, he presented in our ED and a suprapubic catheter was placed due to the impossibility of urethral catheterization. Physical examination revealed edema, induration and tenderness in penile shaft with no skin breaks. The testicular and epididymal, digital rectal examinations were normal. There were no abnormal urethral discharge.

A CT scan of the pelvis showed a fluid collection involving the bilateral cavernosal bodies. He underwent an MRI that showed that depending on the body of the penis large heterogeneous lesion measuring 45x34x69 mm that involves both the corpora cavernosa and the corpus spongiosum and the presence of urethral stenosis at the described lesion site, with upstream dilatation with a caliber of about 7 mm impinging on the adjacent urethra.

The patient underwent immediate surgical drainage through penile incision, with pus aspiration and copious washout and placement of a Penrose drain.

Both corpora cavernosa were destroyed but Corpus spongiosum and urethra were dissected with evidence of integrity.

Blood and urine culture yielded no growth. The aspirated pus culture was positive for *Staphylococcus aureus* sensitive to piperacillin-tazobactam, meropenem and amikacin.

The wound was allowed to heal by second intention, daily dressings were performed and the drain was removed after five days. He completed a 4-week course of intravenous meropenem, suprapubic catheter was clam-

ped and then removed and he was discharged. At four-month follow-up, the patient presented a completely healed wound, without penile deviation and urethrocystoscopy did not reveal any urethral alterations

**Discussion/Conclusions:** Abscess of the corpora cavernosa is a rare clinical entity that mainly presents in patients with immunosuppression factors such as diabetes mellitus and with chronic infections. Diagnosis requires a high degree of suspicion, thorough physical examination, and diagnostic study support. In the presented case, the decision of surgical drainage was made based on the extension of the abscess and to ensure the integrity of the Corpus spongiosum and urethra.

## PO 56

### RMN MULTIPARAMÉTRICA NO CANCRO DA PRÓSTATA – ACUIDADE E VARIABILIDADE INTEROBSERVADOR

Jorge Correia; Mariana Madanelo; Bernardo Teixeira; Sofia Mesquita; Avelino Fraga; Miguel Silva-Ramos  
*Centro Hospitalar Universitário do Porto*

**Introdução:** A ressonância magnética multiparamétrica (RMNmp) da próstata com biópsia dirigida tornou-se uma ferramenta fundamental na via diagnóstica do cancro da próstata (CaP), permitindo aumentar a detecção de cancros clinicamente significativos (CS) e, por outro lado, reduzir o número de biópsias e o diagnóstico de CaP clinicamente insignificante. Um determinante importante no diagnóstico de CaP é a acuidade diagnóstica do radiologista, mas, paradoxalmente, estudos recentes demonstram variabilidade considerável na sua interpretação com diferenças na acuidade, mesmo em centros de alto volume. À medida que a RMNmp se torna mais difundida a centros de médio volume, estas diferenças podem tornar-se ainda mais evidentes, tornando importante conhecer-se essa variabilidade.

**Objectivos:** Com este estudo pretendeu-se determinar a acuidade e variabilidade individual dos radiologistas na interpretação da RMNmp da próstata no nosso centro.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva de todos os homens submetidos a biópsia próstática que tinham uma RMNmp prévia entre Julho de 2018 e Junho de 2020. 257 doentes consecutivos realizaram RMNmp com subsequente biópsia, dirigida à lesão suspeita no caso de um resultado positivo (Pi-RADS  $\geq$  3). Foi feita uma análise individual dos testes de acuidade diagnóstica (sensibilidade [S], especificidade [E], valor preditivo positivo [VPP] e negativo [VPN]) dos radiologistas com um volume de pelo menos 20 RMNmp.

Subsequentemente foi feita uma comparação dos testes de acuidade diagnóstica e categorização por classificação de PI-RADS dos 2 radiologistas com maior acuidade (Grupo A) com os restantes radiologistas (grupo B).

**Resultados:** 13 radiologistas avaliaram 257 RMNmp, apenas 5 dos quais com pelo menos 20 exames (81% do total de RMNmp).

Globalmente verificou-se S 94%, E 33%, VPP 62% e VPN 83%. A análise individual por radiologista verificou que a S era semelhante (91-100%,  $p = 0.923$ ), com diferenças consideráveis nos restantes testes diagnósticos (E 12-58%,  $p = 0.016$ ; VPP 53-62%,  $p = 0.633$ ; e VPN 67-100%,  $p = 0.594$ ), e uma diferença estatisticamente significativa na especificidade entre os diferentes radiologistas ( $p = 0.016$ ).

O grupo A apresentou S de 94%, semelhante ao grupo B ( $p = 0.931$ ,  $OR=0.930$ ), mas uma E estatisticamente superior (56%vs24%,  $p = 0.001$ ). O grupo A apresentava uma probabilidade 4 vezes superior de relatar uma RMNmp como negativa em doentes sem CaP CS ( $OR=4.053$ ,  $p = 0.001$ ). De igual forma, o grupo A apresentava uma tendência para maior VPP (67%vs61%,  $p = 0.427$ ,

$OR=1.323$ ) e maior VPN (90%vs77%,  $p = 0.269$ ,  $OR=2.850$ ). O grupo A era também o que apresentava um maior número de RMNmp negativas (31%vs14%), apesar de apresentar um menor número de falsos negativos (10%vs23%). Apesar de apenas terem relatado 26% das RMNmp, o grupo A era responsável por 45% das RMN negativas.

Estratificando por classificação de PI-RADS, observamos que o grupo A apresentava uma maior acuidade na exclusão de CaP CS com RMNmp negativas (90%vs77% para PI-RADS 1 e 2) e uma maior detecção de CaP CS com PI-RADS  $\geq$  3 (58%vs39%, 60%vs52% e 86%vs75% para PI-RADS 3, 4 e 5, respectivamente).

Globalmente, o grupo A conseguiria evitar 31% das biópsias diagnosticando 94% dos CaP CS, apenas falhando a detecção de CaP CS em 10% das RMNmp negativas, e com um valor de falsos positivos de 33%. Por outro lado, o grupo B apenas evitava 14% das biópsias diagnosticando os mesmos 94% de CaP CS, errando a detecção de CaP CS num número superior de RMNmp negativas (23%), e com um valor superior de falsos positivos (39%).

**Conclusão:** Apesar de um número reduzido de RMNmp relatadas individualmente por cada radiologista, existe uma razoável acuidade global no nosso centro, sobreponível à existente na literatura. Contudo, verifica-se uma grande variabilidade individual nos testes de acuidade diagnóstica, sendo que para obter um maior benefício da RMNmp na via diagnóstica de CaP é necessário melhorar a qualidade de interpretação e centralizá-la nos radiologistas com acuidade superior.

## **PO 57** **ONCOLOGICAL OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC AND OPEN RADICAL NEPHROURETERECTOMY FOR ADVANCED UPPER TRACT UROTHELIAL CARCINOMA**

Jorge Correia; Gonçalo Mendes; Alexandra Rocha; Bernardo Teixeira; Avelino Fraga; Miguel Silva-Ramos  
*Centro Hospitalar Universitário do Porto*

**Introdução:** Laparoscopic radical nephroureterectomy (LNU) is increasingly being used instead of open radical nephroureterectomy (ONU) for the treatment of upper tract urothelial carcinoma (UTUC) due to better perioperative outcomes of minimally invasive surgery, but its oncological safety remains controversial. In particular, for advanced UTUC (T3/T4 and/or N+ disease) international guidelines still consider ONU as the current gold standard. **Objectivos:** Our objective was to compare the oncological outcomes of ONU with those of LNU.

**Material e métodos:** We performed a retrospective analysis of all 48 patients submitted to radical nephroureterectomy for advanced UTUC ( $\geq$  pT3 and/or pN+) between 2006 and 2019 in our center.

Bladder tumor-free survival (BTFS), metastasis-free survival (MFS) and cancer-specific survival (CSS) were compared between groups. Recurrence-free probabilities were estimated using Kaplan-Meier analyses. A multivariable Cox regression model was used to evaluate the association of surgical approach and outcomes. A p value  $<0,05$  was considered statistically significant.

**Resultados:** 22 LNU and 26 ONU were followed for a median of 16.5 months [IQR 5.5-41.8]. Clinical and pathological characteristics were similar between groups.

LNU was associated with better MFS (HR=0.37; 95% CI: 0.16-0.83; p = 0.017) and CSS (HR=0.32; 95%CI: 0.13-0.79; p = 0.013) than ONU. 5-year MFS (59% vs 35%,

log-rank p = 0.011) and CSS (68% vs 42%, log-rank p = 0.008) were significantly higher for LNU. Median time to cancer death for ONU was 12 months (95% CI: incalculable – 25.1), and was not reached for LNU. There was no significant difference in BTFS between groups (HR=0.63; 95% CI: 0.18-2.21; p = 0.472), with similar 5-year BTFS rates (77% vs 81%, log-rank p = 0.469, for LNU vs ONU). On multivariable Cox regression model, laparoscopic approach remained an independent predictor of better CSS (HR=0.34; 95% CI: 0.13-0.90; p = 0.030), and better MFS (HR=0.40; 95%CI: 0.17-0.95; p = 0.039).

**Discussão/Conclusões:** In our population of advanced UTUC, there was no evidence that laparoscopic radical nephroureterectomy resulted in inferior oncological outcomes than those of open radical nephroureterectomy. Longer follow-up of well-controlled randomized trials is needed to confirm LNU as an effective oncological therapeutic alternative in this setting.

**PO 58** Trabalho retirado.

## **PO 59** **LONG-TERM EFFICACY AND SAFETY OF ALTIS® SINGLE-INCISION SLING PROCEDURE FOR STRESS URINARY INCONTINENCE**

Alexandre Gromicho<sup>1</sup>; Daniela Pereira<sup>2</sup>;  
Débora Araújo<sup>2</sup>; Raquel Rodrigues<sup>2</sup>; Jorge Dias<sup>2</sup>;  
Luís Ferraz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Central do Funchal; <sup>2</sup>Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho

**Introduction and objectives:** In women with predominant stress urinary incontinence (SUI), the most recent data show comparable results between available single-incision slings and conventional mid-urethral slings at short-term. However, there is a lack of evidence about mini-slings outcomes in the long term.



Our aim was to evaluate the long-term effectiveness and complication rates of Altis® (Copolplast) and to identify independent predictors of treatment failure.

**Materials and methods:** A total of 145 women with clinical SUI (confirmed with urodynamic study in 90.8%) were implanted with Altis® sling between April 2012 and December 2015. Women completed the International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF) before the intervention and in the following consultations at 1,3 and 12 months. A telephone interview was performed on January 2021 and 131 women (90%) were available for reevaluation. The main outcome was treatment success, defined as no self-reported SUI symptoms and no re-intervention. Secondary outcomes included response to ICIQ-SF (cure defined as a score of 0) and Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) questionnaires, de novo overactive bladder (OAB) symptoms and adverse events. To identify predictors of treatment failure, a multivariable logistic regression model was used.

**Results:** The mean age at surgery was  $50 \pm 10$  years and median follow-up was 91 months. The overall treatment success was 73.3%. Among the 124 non reoperated, SUI was absent in 77.4%. The ICIQ-SF cure rate was 66.1% and improvement rate of 26.6% (an average reduction of  $9.92 \pm 5.6$  points on ICIQ-SF score). In the PGI-I, 70.4% answered that they were much better or very much better. In 19.9% a slightly improvement was reported. Only 7 women (5.3%) had been reoperated due to the reappearance of SUI or complications. Regarding complications, 2 patients had vaginal erosion, requiring surgical removal of the eroded mesh segment, and 3 patients had infravesical obstruction, which led to sling section. De novo urgency appeared in 15.3% and dyspareunia in 1.6% of the patients. There were no significant difference

in success rates with age, body mass index (BMI), number of vaginal deliveries, menopausal status, intrinsic sphincter deficiency, OAB symptoms, urodynamic hyperactivity and pre-intervention ICIQ-SF score.

**Conclusions:** The Altis® sling was safe and effective on a long-term follow-up, improving the quality of life in patients with SUI. No predictors of treatment failure were identified.

## PO 60

### NÓDULOS RENAI IMAGIOLÓGICAMENTE SUSPEITOS QUE NA REALIDADE CORRESPONDEM A LESÕES BENIGNAS: INCIDÊNCIA E FATORES PREDITIVOS

Ana Marinho; Pedro Simões; Belmiro Parada; Edson Retroz; Pedro Nunes; Arnaldo Figueiredo  
*Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** Historicamente, 85 a 90% dos nódulos renais imagiológicamente suspeitos (NRIS) são malignos, sendo a maioria carcinomas de células renais. No entanto, com o aumento da frequência de pequenos NRIS diagnosticados incidentalmente, acredita-se que apenas 70 a 85% sejam malignos. Os restantes NRIS excisados cirurgicamente, 15-30%, são, na verdade, histologicamente benignos e nestes casos a cirurgia teoricamente será dispensável.

**Objetivos:** Pretende-se avaliar a percentagem de NRIS que corresponderam a lesões benignas após cirurgia, bem como identificar os fatores preditivos deste evento.

**Material e métodos:** Foi realizada uma análise retrospectiva de 564 casos de nódulos renais únicos, primários,  $\leq 7$  cm, suspeitos de carcinoma em TC abdominal. Foram removidos os casos NRIS não cT1N0M0. Todos os doentes foram submetidos a nefrectomia, parcial ou total, entre 1 janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2020. Foram submetidos a nefrectomia parcial 395 doentes (70%) e a



nefrectomia total 169 (30%). Estudaram-se 370 homens (65,6%) e 194 mulheres (34,4%). Apresentavam HTA 351 doentes (62,2%), diabetes mellitus 132 (23,4%), obesidade 114 (20,2%), história de tabagismo 60 (10,6%), doença renal crónica 87 doentes (15,4%), sendo que 22 encontravam-se em diálise (3,9%). A idade média na data da nefrectomia foi de 62,5 anos (min 23; máx 89).

O tamanho médio das lesões ressecadas foi de 3,6 cm (min 0,8 cm; máx 7 cm). Dos NRIS, 270 ocorreram no rim direito (47,9%). O nódulo encontrava-se no polo superior em 140 casos (24,8%), polo inferior em 158 (28%) e a nível mesorrenal em 216 casos (38,3%). Nos restantes casos o nódulo estendia-se de um polo para a região mesorrenal. Verificou-se que 170 nódulos se localizavam no bordo medial (30,1%); 238 nódulos tinham >50% de componente exofítico (42,2%) e 114 >50% de componente endofítico (20,2%). O RENAL score médio foi de 6,8 (min 4; máx 12).

Aplicou-se uma regressão logística para identificar fatores pré-operatórios preditivos de o estudo histológico identificar uma lesão benigna. Considerou-se significativo quando  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Verificaram-se 97 casos (17,2%) em que a nefrectomia identificou uma lesão benigna (59 casos de oncocitoma, 27 de angiomiolipoma, 4 de adenoma metanéfrico, 4 de adenomas papilares, 1 de hemangioma e 1 de leiomioma). Os restantes casos foram de carcinoma de células renais (239 casos de células claras, 108 papilares, 107 cromóforos e os restantes 13 casos de variantes mais raras). Na análise multivariada concluiu-se que o género masculino se associou a maior probabilidade de se tratar de uma lesão benigna ( $p < 0,01$ ;  $\text{Exp}(B)=4,183$ ). Por outro lado, o tamanho da lesão ( $p = 0,002$ ;  $\text{Exp}(B)=0,715$ ), a localização medial ( $p = 0,003$ ;  $\text{Exp}(B)=0,445$ )

e >50% de componente exofítico ( $p = 0,001$ ;  $\text{Exp}(B)=0,345$ ) foram fatores preditivos de malignidade.

A idade do doente na altura da nefrectomia e as comorbilidades analisadas (HTA, diabetes mellitus, obesidade, história de tabagismo, doença renal crónica) não foram fatores preditivos. A localização do nódulo renal (polo superior, polo inferior ou puramente mesorrenal) e a complexidade da lesão, avaliada pelo RENAL score, não foram fatores preditivos.

**Discussão/Conclusões:** Foram identificados tumores renais benignos em 17,2% dos NRIS ressecados. A diferenciação pré-operatória entre massas renais malignas e benignas pode auxiliar na orientação dos doentes. O género masculino associou-se a maior probabilidade do NRIS corresponder a uma lesão benigna. Por outro lado, quanto maior o NRIS, maior a probabilidade de ser maligno. Adicionalmente, nódulos com localização medial ou >50% de componente exofítico têm maior risco de serem malignos, devendo ser ressecados.

## PO 61

### RESULTADOS ONCOLÓGICOS E FATORES PREDITIVOS DE REESTADIAMENTO PT3A EM CASOS DE CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIIS CT1

Ana Marinho; Pedro Simões; Belmiro Parada; Edson Retroz; Pedro Nunes; Arnaldo Figueiredo  
*Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** A disseminação do uso de exames de imagem conduziu a um aumento considerável do número de carcinomas de células renais (CCR) diagnosticados incidentalmente. No caso dos tumores  $\leq 7$ cm, limitados ao rim, cT1, recomenda-se um amplo espectro de opções de tratamento, desde vigilância até à cirurgia. Até 9% dos CCR cT1 correspondem a pT3a (cT1pT3a). Infelizmente, as modalidades

de imagem atuais têm uma capacidade limitada para detectar características patológicas associadas ao estadio pT3a. O significado clínico do reestadiamento de CCR cT1pT3a não é claro. Há autores que defendem que acarreta um pior prognóstico e que estes doentes devem ser submetidos a tratamento cirúrgico imediato.

**Objetivos:** Avaliar o impacto do reestadiamento na sobrevida global (SG), sobrevida específica do tumor (SET), sobrevida livre de recorrência (SLR) e livre de metástases (SLM); identificar fatores preditivos de reestadiamento cT1pT3a e avaliar os resultados da nefrectomia parcial em casos de cT1pT3a.

**Material e métodos:** Foi realizada uma análise retrospectiva de 429 casos de CCR único, primário, cT1NOMO, submetidos a nefrectomia parcial ou total entre 1 de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2019. O seguimento foi analisado até dezembro de 2020. 124 doentes foram submetidos a nefrectomia total (28,9%) e 305 a nefrectomia parcial (71,1%).

A amostra era constituída por 303 homens (70,6%). Relativamente a comorbilidades, 260 doentes tinham HTA (60,6%), 104 diabetes mellitus (24,2%), 95 obesidade (22,1%), 48 história de tabagismo (11,2%), 67 doença renal crónica (15,6%), sendo que 12 encontram-se em diálise (2,8%). A idade média na data da nefrectomia foi de 62 anos (min 23, máx 88).

O tamanho médio do CCR foi de 3,7 cm (min 0,8; máx 7 cm). O CCR localizava-se no rim direito em 199 casos (46,4%), no polo superior em 95 (22,1%), no polo inferior em 127 (29,6%), em posição mesorrenal em 168 (39,2%) e no bordo medial em 115 casos (26,8%). O componente exofítico do nódulo era >50% em 165 casos e em 90 o nódulo tinha componente endofítico >50%. O RENAL score médio foi 7 (min 4, máx 12).

Para avaliar os resultados a longo prazo (SG,

SET, SLR, SLM) foram aplicados o método Kaplan-Meier e o teste Log Rank. Foi aplicada uma regressão logística para avaliar os fatores preditivos para cT1pT3a. Para avaliar o impacto da nefrectomia parcial em casos de cT1pT3a, a SG, SET, SLR, SLM e a taxa de filtração glomerular foram comparadas usando o teste de Mann-Whitney.

**Resultados:** A SG, SET, SLM foram significativamente menores no grupo cT1pT3a face aos pT1 [(96,945 vs 118,575 meses;  $p = 0,003$ ), (102,445 vs 128,474 meses;  $p < 0,001$ ), (96,373 vs 126,560 meses;  $p < 0,001$ ), respetivamente]. A SLR foi menor no grupo cT1pT3a, embora a diferença não tenha sido significativa (116,295 vs 125,984 meses;  $p = 0,828$ ).

Verificou-se que quanto maior e mais complexo o tumor (RENAL score), maior o risco de cT1pT3a [( $p = 0,006$ ;  $\text{Exp(B)}=1,849$ ), ( $p = 0,013$ ;  $\text{Exp(B)}=1,493$ ), respetivamente]. Por outro lado, em doentes com doença renal crónica em diálise, as lesões identificadas apresentaram menor risco de reestadiamento ( $p = 0,039$ ;  $\text{Exp(B)}=0,107$ ).

Doze dos 39 casos de cT1pT3a foram submetidos a nefrectomia parcial. Nestes casos, a nefrectomia parcial foi associada a bons resultados a longo prazo comparativamente com a nefrectomia total (SG: 27.5 vs 15.9 meses;  $p = 0.004$ ; SET: 27.1 vs 16 meses;  $p = 0.006$ ; SLR: 24 vs 17.2 meses;  $p = 0.087$ ; SLM: 27.8 vs 15.8 meses;  $p = 0.003$ ). Adicionalmente, a nefrectomia parcial associou-se a uma maior taxa de filtração glomerular 1 ano após a cirurgia (73.6 vs 51.7 ml/min;  $p = 0.021$ ).

**Discussão/Conclusões:** Casos de CCR cT1pT3a tiveram pior prognóstico. Verificou-se que quanto maior e mais complexo o nódulo renal, maior a probabilidade de cT1pT3a. Por outro lado, em doentes em diálise, as lesões identificadas apresentaram menor risco de cT1pT3a. Mesmo em casos com alta probabilidade de reestadiamento cT1pT3a, a nefrectomia

parcial pode ser oferecida se tecnicamente exequível.

## PO 62

### NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Portugal Gaspar, Frederico; Silva, Andreia Bilé; Fonseca, Rita; Mota, Renato; Santos, José Carlos; Canhoto, Artur; Monteiro, Pedro; Lopes, Filipe; Monteiro, Luís Abranches

*Hospital Egas Moniz - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental*

**Introdução:** A Nefrolitotomia Percutânea (PCNL) é o procedimento de eleição para a abordagem de cálculos renais de grandes dimensões (>2cm). A evidência demonstra ser a opção terapêutica com a maior probabilidade de obtenção de stone-free num único procedimento. No entanto é um procedimento tecnicamente desafiante que acarreta riscos de complicações graves.

**Objectivos:** O objetivo deste trabalho consiste em descrever a experiência dum centro terciário de litíase renal na realização de PCNL e analisar potenciais variáveis predictoras do sucesso do procedimento.

**Material e métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo após consulta dos registos clínicos de 140 doentes submetidos a PCNL desde janeiro de 2015 até junho de 2020. Foram analisadas variáveis demográficas dos doentes e características do cálculo/unidade renal intervenção/a: Score Guy, constituição química do cálculo, dimensões do cálculo e densidade do cálculo (unidades de Hounsfield).

Os resultados avaliados foram a obtenção de stone-free num único procedimento, necessidade de procedimentos adicionais, tempo operatório, duração de internamento, número de acessos renais, realização de procedimento tubeless (apenas nefrostomia ou apenas stent uretérico) ou totally tubeless (sem stent uretérico ou nefrostomia) e complicações péri-operatórias.

Foi realizada uma análise estatística de cada um dos resultados tanto na população total como após a estratificação desta pelas variáveis supracitadas. A análise foi efetuada com o software SPSSv26 tendo sido realizados os seguintes testes: teste T, Qui-Quadrado (e exato de Fisher), One-way Anova, Kruskal-Wallis e Mann-Whitney U.

**Resultados:** A mediana da idade dos doentes intervencionados é de 57 anos. 43,6% (n = 61) eram do sexo masculino; 51,4% (n = 72) e 46,4% (n = 65) dos casos foram realizados à esquerda e direita respetivamente. Os restantes 3 casos correspondem a unidades renais em localização pélvica, 2 por antecedentes de transplante renal. A distribuição dos doentes segundo o Score Guy é: I – 28,8% (n = 32); II – 37,8% (n = 42); III – 29,7% (n = 33); IV – 3,6% (n = 4).

A taxa de stone-free foi de 41,5% (n = 56). Em 40,6% (n = 54) dos casos foi realizado um procedimento adicional. A estratificação dos doentes pelo Score Guy demonstrou uma associação significativa tanto com a obtenção de stone-free: Guy I-71,9%, Guy II-30,8%, Guy III-24,2%, Guy IV-0% (p <0,001) como com a necessidade em realizar procedimentos adicionais: Guy I – 13,3%, Guy II – 33,3%, Guy III – 66,7%, Guy IV- 100% (p <0,001).

A mediana do tempo operatório foi de 150 minutos. Em 82,4% (n = 103) apenas foi realizado um acesso renal. Em 22,1% dos procedimentos (n = 31) foi realizada uma abordagem tubeless e 1 procedimento consistiu numa abordagem totally tubeless. A distribuição de complicações péri-operatórias (classificação Clavien-Dindo) foi: I – 4.3% (n = 6); II – 24,5% (n = 34); III – 2.9% (n = 4); IV – 0.7% (n = 1). Não ocorreram casos de mortalidade operatória.

A estratificação dos doentes pelo score Guy demonstrou uma associação com o tempo operatório: Guy I-139,25 min ± 7,44, Guy



II-146,55 min  $\pm$  5,92, Guy III-174,78 min  $\pm$  7,75, Guy IV-201,25 min  $\pm$  25,44 ( $p = 0,001$ ) e com a realização de um procedimento tubeless ( $p = 0,048$ ).

Não foi demonstrada uma associação entre a distribuição dos doentes por score Guy e restantes resultados avaliados (complicações péri-operatórias, duração de internamento, número de acessos).

Nenhuma das outras variáveis demonstrou associação com os resultados avaliados.

**Discussão/Conclusões:** A nossa série de doentes apresenta um perfil distinto das séries relatadas na literatura, com uma maior complexidade de cálculos renais abordados (apenas 28,8% correspondem a cálculos Guy I), o que explica os resultados obtidos.

A complexidade anatómica (cálculo/unidade renal) medida pelo Score Guy demonstrou ser a única variável preditora do sucesso do procedimento, sendo, portanto, da maior importância aquando do planeamento cirúrgico.

### PO 63

#### VIGILÂNCIA ATIVA NO CANCRO DA PRÓSTATA – REALIDADE DO NOSSO CENTRO

Portugal Gaspar, Frederico; Silva, Andreia Bilé; Fonseca, Rita; Mota, Renato; Lopes, Filipe; Abranches Monteiro, Luís  
*Hospital Egas Moniz - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental*

**Introdução:** A vigilância ativa é uma opção terapêutica cada vez mais consensual nos doentes com cancro da próstata de baixo risco (classificação de acordo com European Association of Urology) e em determinados doentes de risco intermédio, ao permitir evitar os potenciais efeitos adversos do tratamento curativo até que este seja inquestionavelmente necessário.

A realidade portuguesa no que concerne à vigilância ativa do cancro da próstata não é

totalmente conhecida.

**Objetivos:** A finalidade deste trabalho é descrever a população sob vigilância ativa do nosso centro.

**Material e métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo através da consulta dos registos clínicos dos doentes que optaram por vigilância ativa após o diagnóstico de carcinoma da próstata desde janeiro de 2012 até junho de 2020. Foram identificados 25 doentes. Dois casos foram excluídos da análise por perda de seguimento na nossa instituição.

Os doentes foram submetidos a biópsia confirmatória passado 1 ano do diagnóstico e sujeitos seriadamente a avaliação clínica e medição do nível sérico de antígeno específico da próstata (PSA).

Para além das variáveis demográficas foram avaliados ao momento de diagnóstico: o estadiamento clínico, nível sérico de PSA (PSA inicial), densidade de PSA, score Gleason, número de cores de biópsia com carcinoma e a sua percentagem de envolvimento.

Os principais resultados analisados foram mortalidade, metastização, necessidade de intervenção curativa e recidiva bioquímica após o tratamento.

A subpopulação que foi submetida a intervenção curativa foi comparada com os restantes doentes relativamente às variáveis supracitadas.

**Resultados:** O tempo médio de seguimento em vigilância ativa foi de 47,54 meses ( $\pm$  4,89 meses). O PSA inicial era de 6,27 ng/mL ( $\pm$  0,76 ng/mL), com 3 doentes (13%) com PSA  $>10$  ng/mL. Não existem casos com score Gleason  $> 6$ . A distribuição dos doentes por estadiamento clínico ao diagnóstico é: T1a-33,3% ( $n = 7$ ); T1b-19% ( $n = 4$ ); T1c-38,1% ( $n = 8$ ); T2a-9,5% ( $n = 2$ ).

Não ocorreram casos de mortalidade (total ou por cancro prostático) nem de metastização durante o seguimento. Em 30,4% dos doentes



(n = 7) foi colocada indicação para intervenção curativa, após um tempo médio de 47,14 meses ( $\pm$  12,85 meses). Destes, 1 doente (14,3%) apresentou recidiva bioquímica durante o seguimento.

Não foram identificadas diferenças significativas nas variáveis analisadas entre os doentes com necessidade de intervenção curativa e os que permaneceram em vigilância ativa nomeadamente: idade ao diagnóstico; estadiamento clínico; PSA inicial; densidade de PSA inicial; número de cores de biópsia prostática envolvidos e percentagem do seu envolvimento (<50% ou >50%).

**Discussão/Conclusões:** Os resultados da nossa série vão ao encontro dos descritos na literatura no que se refere à necessidade de intervenção curativa e ao baixo risco de mortalidade e metastização nestes doentes. De referir a inclusão de 3 doentes de risco intermédio, com PSA >10ng/mL, que não apresentaram necessidade de intervenção.

Como principal limitação deste trabalho é de referir o número reduzido de doentes que, embora permita constatar a realidade do nosso centro, compromete a sua análise estatística mais detalhada.

## PO 64

### EXTRACORPOREAL SHOCK WAVE LITHOTRIPSY BEFORE PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY: FRIEND OR FOE?

Portugal Gaspar, Frederico; Silva, Andreia Bilé, Fonseca, Rita; Lopes, Filipe; Santos, José Carlos; Canhoto, Artur; Monteiro, Pedro; Mota, Renato; Abranches Monteiro, Luís  
*Hospital Egas Moniz - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental*

**Introduction:** Large renal calculi often require various treatment approaches in order to achieve a stone free status. Considering the pandemic context and the dramatically decreased operation theatre availability, it was

theorized whether a combined modality of Extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) prior to Percutaneous nephrolithotomy (PCNL) could fragilize the stone, ease the surgery and influence hospital stay. On the other hand, previous extracorporeal calculi fragmentation could theoretically result in a more laborious procedure or an increase of complications of the PCNL procedure.

**Objectives:** The main objective of this study is to ascertain if performing ESWL prior to PCNL is beneficial or harmful, regarding surgical success and complications.

**Materials and methods:** We performed a retrospective study by reviewing clinical records of patients submitted to PCNL. 140 consecutive cases were reviewed from 2015 to June of 2020. 137 cases were included and divided in 2 groups according to ESWL status: patients not submitted to ESWL prior to PCNL (group 1, n = 102) and patients who had ESWL before PCNL (group 2, n = 35). Demographics and stone characteristics (presence of anatomical abnormality, Guy score, chemical type, dimensions and density of the stone) were studied. PCNL procedure outcomes (stone free achievement, operative time, hospital stay, number of tracts, tubeless procedure, overall complications, blood transfusions and infectious complications) were compared. Outcomes were also analysed after stratification by demographic and stone variables.

**Results:** Demographic features and stone characteristics were evenly distributed between the two groups.

No difference was found between the two groups regarding PCNL outcomes, namely stone free rate (42,27% vs. 37,14%,  $p = 0.597$ ; group 1 and group 2), operative time ( $p = 0.684$ ) or complications in general ( $p = 0,424$ ). Moreover, stratification by demographics and stone variables only showed statistical significance ( $p = 0.021$ ) regarding in-

fectious complications in patients with a Guy III renal stone, with higher infectious risk in patients who had previous ESWL.

Regarding the group 2 sub-analysis, the number of previous ESWL sessions showed no association with any of the studied outcomes. The final result of ESWL showed, however, an association with the hospital stay ( $p = 0.011$ ) and a trend regarding the achievement of stone free at the time of the PCNL ( $p = 0,073$ ).

**Conclusions:** Performing ESWL prior to PCNL showed to have a very limited impact in patients clinical outcome, neither beneficial nor harmful when compared to PCNL only. Given this lack of impact it may be more advisable to preclude these patients from ESWL and save this option for patients who benefit from this treatment.

## PO 65

### TUNICAL LENGTHENING PROCEDURES FOR PEYRONIE DISEASE – A SINGLE CENTER 5-YEAR EXPERIENCE

João Pedroso Lima; José Alberto Pereira; Roberto Jarimba; Paulo Azinhais; Paulo Temido; Arnaldo Figueiredo

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

**Introduction:** Peyronie's disease (PD) is a fibrotic disorder of the tunica albuginea causing penile deformity, curvature and pain, with perceived loss of penile length. Although PD management is not entirely consensual due to lack of randomized controlled trials, surgical repair usually involves plication for curvatures less than  $60^\circ$  or plaque incision and grafting for hourglass deformities or curvatures greater than  $60^\circ$  with preserved erectile function, with penile prosthesis reserved for penile curvatures with erectile dysfunction (ED).

ED can develop after plaque incision and grafting, risk factors being age  $>65$  years, ventral curvature and evidence of vascular di-

sease on Doppler-ultrasound. Graft materials can be: (1) autologous, less used because of higher morbidity and prolonged operative duration due to harvesting; (2) synthetic grafts, not recommended for their infectious risk; (3) xenografts, such as bovine pericardium, porcine intestinal submucosa (SIS) and equine collagen coated with human fibrinogen and thrombin (TachoSil).

Penile lengthening techniques report successful curvature straitening in 63-100% of cases, with risk of ED in 0-35% and risk of curvature recurrence in 0-16%.

**Methods:** We reviewed every penile lengthening surgery from 01-01-2015 to 21-12-2020. Demographic and clinical data was gathered, focusing on preoperative age, penile curvature degree and location, and presence of ED. Surgery data was collected regarding graft used and length of plaque. Patients were followed postoperatively and data was recorded regarding degree of remaining curvature, recurrence of curvature, ED and postoperatively complications.

**Results:** We identified 9 patients submitted to penile lengthening surgery with grafting. Mean age at surgery was 55,22 years (42-65 years). Two patients (22,2%) had had previous surgery for penile curvature correction. Mean curvature was  $73,33^\circ$ , with one patient having curvature less than  $60^\circ$  but with hourglass penile deformity. Mean plaque length was 38,89mm. Graft materials used were SIS in 6 patients (66,7%), with dura mater, bovine pericardium and autologous rectus abdominis sheath in the remaining 3 cases. In two cases, plication was necessary for full curvature correction.

Mean postoperative follow-up was 37,56 months. Overall, de novo ED did not occur. Three patients (33,3%) maintained penile curvature after surgery, although only 1 with curvature severe enough to hinder sexual inter-

course and need for reintervention. There was one corporocutaneous fistula associated with dura mater grafting, requiring reoperation.

Regarding the 6 patients with SIS graft, curvature was completely corrected in 4 (66,7%), while in the other 2 cases a small curvature persisted, however with no interference in sexual intercourse.

**Conclusion:** We report our experience in PD surgery for severe penile curvatures, with success rates similar to the current available literature. Xenografts seem to be less prone to complications or need for reintervention. Our results support SIS as a viable option for PD correction.

## PO 66

### OVERREACTIVE IMMUNOTHERAPY IN METASTATIC RENAL CANCER – A CASE REPORT

João Pedroso Lima; Vasco Quaresma;  
Ana Marta Ferreira; Paulo Azinhais; Pedro Nunes;  
Belmiro Parada; Arnaldo Figueiredo  
*Serviço de Urologia e Transplantação Renal, Centro  
Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introduction:** Systemic therapy for metastatic renal cancer is an exciting subject, with multiple updates being published yearly from various international entities. Immunotherapy is still a recent approach with noteworthy positive outcomes, with adverse reactions distinct from classic chemotherapy. Although there are already several guidelines on the management of adverse events of immunotherapy, clinical experience is still lacking.

We present a case of metastatic renal cancer at initial presentation and document its progress with systemic treatment with Tyrosine kinase inhibitors and PD-1 inhibitors, as well as its adverse events, particularly an ophthalmic adverse event of Nivolumab which resulted in a Vogt-Koyanagi-Harada-like disease, a very rare condition with only 6 cases reported worldwide.

**Methods:** We gathered demographical, clinical and imagiological data of a patient with metastatic renal carcinoma ab initio. The patient was informed and consented the use of the data, after anonymization.

**Results:** The patient is a 55-year-old female, who was hospitalized for irritative cough and severe dyspnea. She performed a CT scan which revealed a left renal mass with 9,5cm associated with massive lymphatic and pulmonar metastization. A biopsy was performed which revealed a renal clear cell carcinoma, with areas of sarcomatoid differentiation, ISUP 4.

After discussing the case in a multi-disciplinary reunion, she was proposed to systemic therapy with sunitinib. Due to the quick degradation of her clinical condition, a Do Not Attempt to Resuscitate form was signed.

Sunitinib was started 10 days after histological confirmation, with marked improvement of dyspnea, and radiological response. Despite the clinical benefit, sunitinib was stopped after 7 months due to severe inflammatory dermatitis which failed to respond to topical and systemic corticotherapy (grade 3).

She subsequently started therapy with nivolumab, initially without adverse events. CT scan at 12 months after diagnosis revealed complete disappearance of secondary lesions, and a left laparoscopic nephrectomy was performed.

One month after nephrectomy (14 months after initial diagnosis) she presented with severe reduction of visual acuity (decimal best-corrected visual acuity 0.1 bilaterally), corresponding to a grade 4 ophthalmic adverse reaction. Nivolumab was promptly suspended, and the patient was referred to ophthalmology, being diagnosed with a Vogt-Koyanagi-Harada-like disease. Systemic corticotherapy was restarted, as well as intravitreal corticoid injection. A significant improvement was noted with marked recovery of visual acuity at 1 month after



intravitreal treatment (0.5 bilaterally), with no retinal damage. Visual acuity was only affected by the appearance of cataracts secondary to corticotherapy. After cataracts surgery, visual acuity stabilized at 0.7 bilaterally.

At last follow-up (19 months after diagnosis) the patient had recovered visual acuity and had no evidence of metastatic disease on CT scan. Decision was made to keep the patient under surveillance only for the time being.

**Discussion/Conclusion:** This case represents an example of a vigorous response to systemic therapy in metastatic renal cancer. In the current era of immunotherapy, it is important to better understand all possible adverse events in order to provide prompt treatment when they arise.

Our patient responded very favorably to treatment both with sunitinib and Nivolumab, having to interrupt both drugs due to severe adverse reactions. Although being a grade 4 ophthalmic event, Vogt-Koyanagi-Harada-like disease was successfully treated with local corticotherapy, which raises the question on whether guidelines should be less strict on suggesting drug withdrawal in cases where local treatment can control secondary adverse reactions.

## PO 67

### NOVEL HORMONAL AGENTS FOR METASTATIC CASTRATION-RESISTANT PROSTATE CANCER: COMPARING OUTCOMES. A SINGLE-CENTER RETROSPECTIVE STUDY

Roberto Jarimba; Miguel Eliseu; João Pedrosa Lima; Vasco Quaresma; Edgar Tavares da Silva; Pedro Moreira; Pedro Nunes; Arnaldo Figueiredo  
*Serviço de Urologia e Transplantação Renal, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introduction:** Prostate cancer is the most common cancer in men, accounting for 15% of all diagnosed cancers and is the sixth lea-

ding cause of cancer-related deaths amongst men worldwide. Abiraterone and enzalutamide were the first two novel hormonal agents approved for the treatment of metastatic prostate cancer but there is a lack of quality evidence regarding which is associated with better outcomes and whom would benefit the most with one or another of these drugs.

**Objective:** To evaluate the clinical outcomes of real-world patients submitted to treatment with novel hormonal agents, enzalutamide and abiraterone, for castration resistant metastatic prostate cancer in an academic center.

**Patients and Methods:** We retrospectively reviewed patients treated for castration-resistant prostate cancer with either abiraterone or enzalutamide between January 1, 2016 and December 31, 2019. The primary endpoints were biochemical response, biochemical progression, radiological progression, clinical deterioration (attributed to disease progression) and death.

**Results:** Enzalutamide had a higher biochemical response rate than abiraterone in patients with mCRPC (77.1% vs 58.1%,  $p = 0.016$ ). Achieving a biochemical response was associated with a lower risk of biochemical progression (OR: 0.248,  $p = 0.017$ ) and death (OR: 0.302,  $p = 0.038$ ).

**Conclusions:** Enzalutamide conferred higher biochemical response rate than abiraterone in patients with mCRPC. Despite the trend to better performance of other endpoints in the enzalutamide group, it did not achieve statistical significance. Well-designed prospective studies are needed to elucidate the comparative efficacies of these agents.



## PO 68

**UM CASO RARO DE RECIDIVA DE  
NEOPLASIA DA PRÓSTATA**

João Ascensão; Luísa Alves; Bruno Graça;  
Rui Formoso; Ricardo Dias Cruz; João Marcelino  
*Hospital Beatriz Ângelo*

**Introdução:** Os tumores neuroendócrinos da próstata são um subtipo raro de neoplasia prostática (<1%). Estes tumores podem manifestar-se de novo ou em fases mais avançadas da doença, podendo ser identificados em até 15-20% dos doentes submetidos a bloqueio androgénico. Clinicamente, esta variante agressiva tem como características a presença de massas volumosas, metastização visceral, metástases osteolíticas, valor reduzido de antigénio específico da próstata (PSA) e fraca resposta à terapêutica hormonal. O tratamento mais aceite para este tipo de tumores é a quimioterapia com esquemas baseados em platina.

**Objectivos:** análise de caso de adenocarcinoma da próstata localizado submetido a prostatectomia radical com linfadenectomia ileo-obturadora bilateral, que cerca de 18 meses após o tratamento cirúrgico se apresenta com recidiva local e metastização visceral e óssea múltipla, com PSA indetectável, em consequência da presença de um componente neuroendócrino do tumor.

**Material e métodos:** análise do processo clínico do doente.

**Resultados:** Um doente do sexo masculino com 56 anos, antecedentes de diabetes mellitus e dislipidemia, foi diagnosticado em 2019 com um adenocarcinoma da próstata Gleason 8 (5+3), pT2c, com PSA inicial de 4,4ng/ml. Realizou estadiamento com ressonância magnética multiparamétrica da próstata (RM-Nmp) e cintigrafia óssea, sem gânglios suspeitos e sem metastização. Foi submetido a prostatectomia radical com linfadenectomia ileo-obturadora bilateral via laparoscópica,

cujo exame histopatológico revelou um adenocarcinoma Gleason 7 (4+3), pT2cN0 com margens negativas. Cerca de um ano e meio após cirurgia, com PSA indetectável, referiu aparecimento de gânglios inguinais bilaterais e realizou tomografia computadorizada (TC) que revelou volumosa massa pélvica com 24.5cm com invasão da parede pélvica bilateralmente, sínfise púbica, músculos obturadores e adutores, bexiga e sacro; volumosas adenopatias ilíacas, pélvicas, inguinais, mediastínicas e supraclaviculares; metastização hepática múltipla e múltiplas fracturas patológicas. A cintigrafia óssea confirmou lesões compatíveis com depósitos secundários na calote craniana, mandíbula, coluna vertebral, grelha costal, omoplatas, clavículas, bacia e diáfise femoral direita. Realizou biópsia transrectal ecoguiada da massa pélvica que revelou tumor indiferenciado com necrose e padrão de células pequenas. Iniciou tratamento sistémico com platina e etoposido.

**Conclusão:** Os tumores neuroendócrinos da próstata são uma variante rara e agressiva da doença de que devemos suspeitar quando existe uma progressão clínica ou imagiológica exuberante com valores reduzidos de PSA. A sua detecção depende da marcação imunohistoquímica de cromogranina, sinaptofisina, enolase específica neuronal (NSE) e/ou CD56. Os trabalhos existentes sobre o valor prognóstico da presença de diferenciação neuroendócrina no cancro da próstata têm resultados contraditórios. Neste caso concreto a revisão histológica da peça de prostatectomia radical revelou já existir um componente neuroendócrino à data da cirurgia, em oposição à maior parte dos casos em que esta diferenciação se desenvolve após bloqueio androgénico.

## SARCOMA DOS CORPOS CAVERNOSOS – “PRIMUM NON NOCERE”

Peyroteo, I<sup>1</sup>; Oliveira, I<sup>2</sup>; Metrogos, V<sup>1</sup>; Marialva, C<sup>1</sup>; João, R<sup>1</sup>; Brito Ramos, R<sup>1</sup>; Lencastre, J.M.<sup>1</sup>; Silva, Jorge<sup>1</sup>; Silva, Eduardo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Urologia, IPO Lisboa; <sup>2</sup>Serviço de Oncologia Médica, IPO Lisboa

**Introdução:** Os tumores do pênis são neoplasias raras, sendo que a maioria corresponde a carcinomas pavimentocelulares. Dentro da raridade dos tumores do pênis, as variantes não pavimento-celulares são ainda mais raras, havendo escassos casos descritos na literatura.

Por este motivo, a sua abordagem é complexa, tanto pelo tipo de tratamento como pela frequente escassez de alternativas terapêuticas que não impliquem perda de substância ou cirurgia mutilante.

**Material e métodos:** Os autores apresentam um caso de sarcoma de células fusiformes dos corpos cavernosos.

**Caso clínico:** Homem de 67 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, com história de tumefacção na raiz do pênis com consistência firme e não móvel com 2 semanas de evolução. Realizou RMN que revelou lesão com aparente ponto de partida nos corpos cavernosos. Foi submetido a biópsia incisional que revelou aspectos histológicos compatíveis com sarcoma perineal. Foi então submetido a penectomia total com uretostomia perineal, tendo a histologia e imunohistoquímica revelado um sarcoma fusocelular dos corpos cavernosos infiltrativo com 9cm de maior eixo. Após discussão multidisciplinar optou-se por radioterapia adjuvante.

Dois meses após a cirurgia foi diagnosticada nodularidade de novo na raiz do pênis, cuja citologia revelou recidiva de sarcoma fusocelular dos corpos cavernosos.

Neste contexto, foi assumida persistência de

doença em progressão sob radioterapia num subtipo histológico quimiorresistente, tendo realizado nova intervenção cirúrgica.

Três meses após a excisão da recidiva, apresentava massa volumosa envolvendo a inserção dos corpos cavernosos e outra lesão menor na face anterior da uretra distal.

Face à agressividade da doença e o potencial destrutivo de uma nova cirurgia optou-se por iniciar tratamento sistémico paliativo. Após 2 meses do início da quimioterapia paliativa apresentava recidiva pélvica em progressão, com envolvimento do lúmen da uretra e hematúria.

**Discussão:** O sarcoma fusocelular dos corpos cavernosos é uma entidade rara, havendo apenas 2 casos descritos na literatura. Representa um desafio para a Anatomia Patológica, sendo diagnosticado através da sua imunohistoquímica característica. Caracteriza-se por ser uma doença agressiva, com múltiplas recidivas num curto espaço de tempo, com má resposta à quimioterapia. Por este motivo, é tentador oferecer ressecções cirúrgicas sucessivas, com impacto devastador na qualidade de vida do doente sem que daí resulte uma melhoria da sobrevida.

**Conclusão:** Dada a raridade desta doença e ausência de algoritmo terapêutico aprovado, a documentação de casos é fundamental para perceber o comportamento da doença, com vista a delinear um esquema terapêutico no futuro, reforçando simultaneamente a necessidade de serem orientados em centros de referência.

## PO 70

**CARCINOMA DA PRÓSTATA EM DOENTES COM MUTAÇÃO GENÉTICA BRCA – CARATERIZAÇÃO DE UMA POPULAÇÃO DE RISCO AUMENTADO**

Peyroteo, I<sup>1</sup>; Oliveira, I<sup>2</sup>; Metrogos, V<sup>1</sup>; Marialva, C<sup>1</sup>; João, R<sup>1</sup>; Brito Ramos, R<sup>1</sup>; Lencastre, J.M.<sup>1</sup>; Silva, Jorge<sup>1</sup>; Silva, Eduardo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Urologia, IPO Lisboa; <sup>2</sup>Serviço de Oncologia Médica, IPO Lisboa

**Introdução:** Homens com mutação nos genes BRCA 1 ou BRCA 2 têm maior risco do que a população geral de desenvolver cancro da próstata. Vários estudos internacionais reportam idade mais jovem ao diagnóstico de cancro da próstata, doença mais agressiva, maior probabilidade de metastização ao diagnóstico bem como taxa de mortalidade mais alta comparada com a população geral.

**Objectivo:** Caracterizar a população de doentes com neoplasia da próstata e mutação genética BRCA 1 ou BRCA 2 seguida na consulta de risco familiar de um centro de referência em Portugal.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva dos doentes com mutação genética BRCA 1 ou BRCA 2 seguidos na consulta de risco familiar de um centro de referência em Portugal no período compreendido entre 2002 e 2021.

**Resultados:** Foram identificados 243 doentes com mutação genética BRCA 1 ou BRCA 2, sendo que 61 tinham mutação genética BRCA 1 (25,1%) e 182 mutação genética BRCA 2 (74,9%).

Destes 243 doentes, 20 (8,2%) foram diagnosticados com neoplasia da próstata, sendo que 3 com mutação genética BRCA 1 (15%) e 17 mutação genética BRCA 2 (85%).

A mediana de idade dos doentes ao diagnóstico de neoplasia da próstata foi de 63 anos (com idade mínima de 47 anos e idade máxima de 82 anos).

A mediana do valor de PSA ao diagnóstico foi

de 7,9ng/ml e a mediana do volume da próstata foi de 43cm<sup>3</sup>. A mediana da densidade do PSA ao diagnóstico foi de 0,15ng/ml/cm<sup>3</sup> (entre 0,07 e 15,2ng/ml/cm<sup>3</sup>)

Em relação à caracterização da neoplasia da próstata, a distribuição do score Gleason ao diagnóstico foi a seguinte: 4 doentes com Gleason 6 (20%), 9 doentes com Gleason 7 (45%), 4 doentes com Gleason 8 (20%) e 3 doentes com Gleason 9 (15%).

Nos doentes em que foi possível fazer estratificação do risco para recidiva bioquímica segundo os critérios da Associação Europeia de Urologia (n = 18), 9 eram tumores de risco intermédio (50%) e 9 tumores de alto risco (50%). Dois doentes (10%) apresentavam metastização sistémica ao diagnóstico.

Usando os critérios de Epstein para definição de tumor da próstata clinicamente significativo, 100% dos tumores eram clinicamente significativos.

Em relação ao tratamento, a maioria dos doentes foi submetida a radioterapia com hormonoterapia (n = 11, o que corresponde a 57,9%) sendo que apenas 4 doentes foram submetidos a prostatectomia radical.

A sobrevida global foi de 15 anos, sendo que 4 doentes (22,2%) metastizaram ao longo do curso da doença e 2 já se encontravam metastizados ao diagnóstico. A mediana de tempo até à metastização foi de 5 anos.

**Discussão/Conclusões:** A análise dos doentes com neoplasia da próstata e mutação BRCA 1 ou BRCA 2 seguidos na consulta de risco familiar foi consistente com o que se encontra descrito na literatura, confirmando a maior prevalência de mutações BRCA 2 do que BRCA 1 bem como a maior agressividade destes tumores quando comparados com a população geral.

Apesar da mediana do valor de PSA ao diagnóstico não ser muito elevada, a histologia destes tumores prediz um comportamento



mais agressivo como se pode constatar pelo facto de não haver tumores de baixo risco, sendo todos de risco intermédio ou alto.

## PO 71

### DETECÇÃO PRECOCE DE NEOPLASIA DA PRÓSTATA EM DOENTES COM MUTAÇÃO GENÉTICA BRCA 1 OU BRCA 2 – TERÁ INFLUÊNCIA NO PROGNÓSTICO?

Peyroteo, I<sup>1</sup>; Oliveira, I<sup>2</sup>; Metrogos, V<sup>1</sup>; Marialva, C<sup>1</sup>; João, R<sup>1</sup>; Brito Ramos, R<sup>1</sup>; Lencastre, J.M.<sup>1</sup>; Silva, Jorge<sup>1</sup>; Silva, Eduardo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Urologia, IPO Lisboa; <sup>2</sup>Serviço de Oncologia Médica, IPO Lisboa

**Introdução:** Homens com mutação nos genes BRCA 1 ou BRCA 2 têm maior risco do que a população geral de desenvolver cancro da próstata. Adicionalmente, sabe-se que a presença da mutação genética BRCA 1 ou BRCA 2 é um factor independente de mau prognóstico. Assim sendo, a detecção precoce de doentes com mutação genética pode ser benéfica e modificar a abordagem terapêutica, nomeadamente em contexto de Oncologia de Precisão.

**Objectivo:** Comparar o comportamento da neoplasia da próstata em doentes com mutação genética BRCA 1 ou BRCA 2, cujo diagnóstico de neoplasia da próstata foi feito através da detecção precoce na consulta de risco familiar com os doentes cujo diagnóstico de neoplasia da próstata foi feito incidentalmente e prévio à detecção da mutação genética.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva dos doentes com mutação genética BRCA 1 ou BRCA 2 seguidos na consulta de risco familiar de um centro de referência em Portugal no período compreendido entre 2002 e 2021.

**Resultados:** Foram identificados 243 doentes com mutação genética BRCA 1 ou BRCA 2, sendo que 61 tinham mutação genética BRCA 1 (25,1%) e 182 mutação genética BRCA 2 (74,9%).

Destes 243 doentes, 20 (8,2%) foram diag-

nosticados com neoplasia da próstata, sendo que 3 com mutação genética BRCA 1 (15%) e 17 mutação genética BRCA 2 (85%).

Destes 20 doentes com neoplasia da próstata, 13 foram enviados para iniciar rastreio na consulta de urologia após detecção da mutação genética BRCA 1 ou BRCA 2 e 7 foram inicialmente avaliados na consulta de urologia por elevação do PSA, tendo sido diagnosticada neoplasia da próstata e só depois detectada a mutação genética BRCA 1 ou BRCA 2. A mediana do valor de PSA ao diagnóstico foi de 8,65ng/ml para os doentes com diagnóstico de mutação genética primeiro e de 12,92ng/ml para os doentes com diagnóstico inicial de neoplasia da próstata ( $p = 0.125$ ).

Em relação ao grau de ISUP, nos doentes com diagnóstico inicial de mutação genética, 10 doentes (76,9%) tinham um ISUP 1-3 e 3 doentes (23,1%) tinham um ISUP 4-5 enquanto que nos doentes com diagnóstico inicial de neoplasia da próstata 3 doentes (42,9%) tinham ISUP 1-3 e 4 doentes (57,1%) tinham ISUP 4-5.

Nos doentes em que foi possível fazer estratificação do risco para recidiva bioquímica segundo os critérios da Associação Europeia de Urologia ( $n = 18$ ), nos doentes com diagnóstico inicial de mutação genética, 8 doentes (66,7%) tinham tumor de risco intermédio e 4 doentes (33,3%) tumor de alto risco, enquanto que nos doentes com diagnóstico inicial de neoplasia da próstata 1 doente (16,7%) tinha tumor de risco intermédio e 5 doentes (83,3%) tinham tumor de alto risco, sendo esta comparação estatisticamente significativa ( $p = 0.046$ ).

Interessa ainda saber que os 2 doentes metastizados ao diagnóstico pertenciam ao grupo de doentes com diagnóstico inicial de neoplasia da próstata e que dos 4 doentes que metastizaram ao longo do curso da doença, 3 pertenciam também a este grupo e apenas



1 ao grupo do diagnóstico inicial da mutação genética.

**Discussão/Conclusões:** A caracterização genética dos doentes com história familiar de neoplasia da próstata identificados a partir da consulta de risco familiar parece modificar o estadiamento diagnóstico e associar-se a diferenças significativas de prognóstico.

## PO 72

### HEMATURIA INDUCED BY IDIOPATHIC ACQUIRED HEMOPHILIA A: A RARE ASSOCIATION

Alberto Costa Silva<sup>1</sup>; Luis Vale<sup>1,2,4</sup>; Afonso Morgado<sup>1,4</sup>; Paulo Dinis<sup>1,2,3</sup>; Carlos Martins Silva<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário São João;* <sup>2</sup>*I3S - Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto;* <sup>3</sup>*Departamento de Cirurgia e Fisiologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;* <sup>4</sup>*Departamento de Biomedicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto*

**Introduction:** Macroscopic hematuria (MH) is one of the most common causes of admission in emergency departments. Coagulopathies remain a rare cause of MH. Acquired hemophilia A (AHA) is an autoimmune bleeding disorder that arises from the presence of autoantibodies against clotting factor VIII (FVIII). AHA is most commonly presented with multiple hemorrhagic symptoms, being isolated hematuria extremely rare.

**Objective:** Reinforce the importance of rare causes of MH in patients for whom conventional treatment is ineffective.

**Material/Methods:** We present a case of a man with isolated MH refractory to conventional treatments as an inaugural presentation of idiopathic AHA.

**Results:** An 89-year-old man presented to the emergency department with a three-day history of isolated MH. He denied any previous bleeding episodes. Past medical history inclu-

ded hypertension and benign prostatic hyperplasia. He was not taking any anticoagulant medications. He was hemodynamically stable with hemoglobin of 13.6 g/dL. After physical examination, no hemorrhagic stigma was identified. Digital rectal examination was normal. Ultrasound showed a prostatic volume of 53 mL and blood clots in the bladder. He was catheterized with a 3-way bladder catheter and admitted for continuous bladder irrigation. Afterward, we performed an urethroscopy which demonstrated hypertrophied prostatic lobes and revealed slight active bleeding without a defined source. After cystoscopy, MH was recommenced with emission of clots and the need for blood transfusion (2 units). Due to the persistence of significant hematuria, endoscopic hemostasis was scheduled. During preoperative work-up, a prolonged partial thromboplastin time was identified. A decreased level of FVIII and the presence of inhibitory antibodies against FVIII were encountered, and a diagnosis of an acquired hemophilia A was made. The surgical procedure was canceled, and the patient started treatment with activated prothrombin complex concentrates (APCC) 50U/kg every 12 hours and oral prednisone 1 mg/kg daily. In terms of etiology, no drug potentially associated was identified, complement studies, autoimmunity and viral serologies were also negative. Electrophoresis, chest-abdomen-pelvis computed tomography with contrast and urine cytology showed no malignant source.

After 6 days of targeted treatment, hematuria was completely solved, bladder catheter was removed, and the patient was discharged with prednisone 1 mg/kg daily. One month after being discharged, analytical parameters have normalized and started prednisone tapering.

**Discussion/Conclusion:** MH is a commonly seen condition in the urological emergency department. Coagulopathies are a known

etiology but AHA is exceedingly rare. In literature, there are only nine cases reported of isolated hematuria as presentation of idiopathic AHA. Even with extensive studies, half of the cases remain idiopathic. Normal previous coagulation tests do not exclude the diagnosis and can even support it because, different from congenital hemophilia, AHA appears later in life. MH induced by AHA usually does not subside with bladder irrigation alone, requiring hemostatic agents that bypass the coagulation cascade's VIII inhibitor factor, such as recombinant factor VII, APCC, or recombinant porcine FVIII. Immunosuppressants like corticosteroids, cyclophosphamide, and rituximab can be useful to eliminate the antibodies and decrease bleeding risk. Surgical interventions and other invasive procedures should be postponed because of the hemorrhagic risk.

## PO 73

### HEMOPTISES PÓS URETERORRENOSCOPIA – A PROBLEMÁTICA DA COVID-19

Alberto Costa Silva<sup>1</sup>; Vasco Rodrigues<sup>1,3</sup>; Afonso Morgado<sup>1,4</sup>; Paulo Dinis<sup>1,2,3</sup>; Carlos Martins Silva<sup>1,2,3</sup>

*1Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário São João; 2I3S-Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto; 3Departamento de Cirurgia e Fisiologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 4Departamento de Biomedicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto*

**Introdução:** A ureterorrenoscopia flexível (URSf) com litrofragmentação laser constitui uma forma de tratamento de litíase ureteral proximal, sendo uma das técnicas cirúrgicas mais utilizadas na Urologia e podendo ter complicações problemáticas quando não detetadas atempadamente. Mostramos um caso com consequências potencialmente fatais que decorre associada à alteração do acesso aos cuidados de saúde em virtude da pandemia COVID-19.

**Objetivo:** Identificar complicações pós-URSf em doentes com acesso desvirtuado aos cuidados de saúde.

**Material/Métodos:** Caso clínico sobre uma doente submetida a URSf complicada com pneumonia necrotizante e pseudoaneurisma da artéria pulmonar inferior.

**Resultados:** Uma mulher diabética de 58 anos foi submetida a URSf com litrofragmentação de um cálculo de 8 mm no ureter proximal esquerdo noutra instituição, tendo tido alta no dia seguinte. Uma semana após a cirurgia começou com disúria e dor lombar não tendo recorrido aos cuidados de saúde com receio da infeção por SARS-CoV-2, nomeadamente à consulta pós-operatória. Quatro meses após o procedimento dá entrada no serviço de urgência com quadro de hemoptises maciças, hipotensão e febre. Apresentava uma hemoglobina de 7.1 g/dl, creatinina de 0.9 mg/dl e PCR de 423 mg/dl. Realizou angio-TC toraco-abdomino-pélvica que revelou uma coleção perirenal com 120x77x72 mm com extensão pulmonar e consequente coleção pulmonar de 100x93x88 mm com pneumonia necrotizante e pseudoaneurisma da artéria pulmonar inferior esquerda associado.

Foi transferida para a nossa instituição, tendo sido estabilizada hemodinamicamente e iniciando ertapenem e clindamicina. Foi realizada angioembolização do pseudoaneurisma e colocado dreno na coleção renal com respetivo envio de amostra para microbiologia.

Ao 7º dia de internamento realizou broncofibroscopia para exclusão de extensão endoluminal do processo infeccioso e colheu lavado broncoalveolar para cultura.

Ao 11º primeiro dia de internamento, numa TC de reavaliação, objetivou-se uma diminuição das dimensões das coleções, embora com surgimento de hidronefrose de novo ipsilateral condicionada por um cálculo de 4 mm no cruzamento com os vasos ilíacos e agra-

vamento da função renal, tendo-se colocado cateter ureteral duplo-J.

A cultura do lavado pulmonar e da drenagem renal revelaram a presença da mesma *E. coli* ESBL, tendo suspenso ertapenem e iniciado amoxicilina-ácido clavulânico.

Teve uma boa evolução clínica, analítica e imagiológica tendo removido o dreno da coleção renal ao 16º dia de internamento e tendo alta dois dias depois. Dois meses após a alta removeu o cateter duplo-J na instituição de origem, na qual mantém seguimento. Tem-se mantido assintomática e as coleções renal e pulmonar desapareceram em TC de reavaliação.

**Discussão/Conclusão:** As complicações infecciosas pós ureteroscopia são conhecidas na literatura. O desenvolvimento de hematoma sobreinfetado/abcesso peri-renal surge essencialmente condicionado pelas elevadas pressões intra-renais e pelo tempo de cirurgia. As primeiras surgem sobretudo quando não é colocada bainha ureteral que permita criar um sistema de drenagem com conseqüente diminuição da pressão. Retrospectivamente percebeu-se que a introdução de bainha ureteral não foi possível por uma estenose no ureter médio. A extensão da infecção ao pulmão com desenvolvimento de pneumonia necrotizante e o aparecimento de alterações vasculares como o pseudoaneurisma com hemoptises são raras. O igual resultado na cultura do dreno renal e do lavado broncoalveolar confirma a etiologia pós-ureteroscopia da lesão pulmonar. O atraso no acesso aos cuidados de saúde em virtude da pandemia COVID-19 foi uma realidade com conseqüências para os doentes urológicos.

## PO 74

### PODEMOS CONFIAR NA TESTOSTERONA TOTAL NA EXCLUSÃO DE HIPOGONADISMO ASSOCIADO À DISFUNÇÃO ERÉTIL?

Alberto Costa Silva<sup>1</sup>; Afonso Morgado<sup>1,2</sup>; Paulo Diniz<sup>1,3</sup>; Carlos Martins Silva<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário São João; <sup>2</sup>Departamento de Biomedicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>3</sup>Departamento de Cirurgia e Fisiologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Introdução:** O hipogonadismo masculino (HM) é uma comorbilidade prevalente em doentes com disfunção erétil (DE). Segundo a generalidade das guidelines, recomenda-se uma abordagem “stepwise” com avaliação inicial da Testosterona Total (TT) e, apenas se diminuída, prosseguir para avaliação da testosterona livre (TL), da globulina ligada às hormonas sexuais (SHBG) e da albumina. O envelhecimento e outras comorbilidades podem aumentar a SHBG e, portanto, diminuir a TL, o que pode causar HM sintomático apesar de TT normal, distorcendo o diagnóstico.

**Objetivos:** Avaliar a prevalência de TT normal/baixa LT entre os doentes que apresentavam ED.

**Métodos:** De janeiro de 2019 a dezembro de 2020, 408 doentes referenciados para a consulta de disfunção sexual foram avaliados. Destes, 180 com diagnóstico confirmado de disfunção erétil foram incluídos. HM foi rastreado usando a TT, SHBG, albumina e LH. A TL foi calculada (TLc). Definiu-se TT baixa, SHBG alta e TLc baixa como  $<345 \text{ ng / dL}, > 50 \text{ nmol/L}$  e  $<6,5 \text{ ng/dL}$ , respectivamente. Os doentes foram divididos em grupos de acordo com o status TT/TLc (normal ou baixa) e a faixa etária. Estatísticas descritivas foram utilizadas para testar diferenças entre os grupos. Considerou-se nível de significância estatística o  $p < 0.05$ .

**Resultados:** A frequência de TT normal/TLc baixa foi de 17,2%. De todos os 31 doentes



com TT normal/TLc baixa, apenas quatro (12,9%) tinham hipertireoidismo, doença hepática ou infecção por HIV, enquanto 23 (74,2%) tinham mais de 60 anos. Os doentes com TT normal/TLc baixa eram mais velhos ( $65,57 \pm 10,43$  vs  $56,79 \pm 10,63$  anos,  $p = 0,001$ ) e tinham maior SHBG ( $78,48 \pm 40,14$  vs  $52,35 \pm 20,39$  nmol/L,  $p = 0,014$ ) do que doentes com TT normal/TLc normal. Doentes com mais de 60 anos representaram 48,9% ( $N = 80$ ) da amostra, 52,5% tinham SHBG elevada e a frequência de TT normal/TLc baixa foi de 26,3%. Apenas 11,7% apresentava comorbilidade médica que justificasse o aumento da SHBG. **Discussão/Conclusões:** O quadro TT normal/TLc baixa parece ser frequente e pode não ser reconhecido se se seguirem as recomendações atuais para o rastreio de HM em doentes com DE. O envelhecimento parece ser o principal culpado, pois a prevalência elevada de SHBG aumenta acentuadamente após a sétima década. A TT isolada não parece ser confiável para excluir HM bioquímico em doentes com DE, principalmente em doentes com mais de 60 anos, pelo que as diretrizes atuais para o rastreio de HM na DE devem ser alteradas.

## PO 75

### REINTERVENÇÃO CIRÚRGICA POR MANUTENÇÃO DE SINTOMAS URINÁRIOS ASSOCIADOS À HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA – DADOS CLÍNICOS PRÉ-OPERATÓRIOS E SUA ASSOCIAÇÃO

Alberto Costa Silva<sup>1</sup>; Pedro Abreu-Mendes<sup>1,2,3</sup>; Afonso Morgado<sup>1,4</sup>; Paulo Dinis<sup>1,2,3</sup>; Carlos Martins Silva<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário São João; <sup>2</sup>I3S-Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto; <sup>3</sup>Departamento de Cirurgia e Fisiologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>4</sup>Departamento de Biomedicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Introdução:** O tratamento cirúrgico da hiperplasia benigna da próstata (HBP) nem sempre é bem-sucedido e pode ser necessária a reintervenção pela manutenção da sintomatologia urinária. Os fatores de risco para esta reintervenção não estão bem definidos.

**Objetivos:** Avaliação de dados clínicos pré-operatórios e a sua relação com a necessidade de segunda cirurgia por manutenção de HBP sintomática.

**Material/Métodos:** Foi realizada um análise retrospectiva dos doentes submetidos consecutivamente a cirurgia prostática por HBP (resseção transuretral (RTU-P), prostatectomia transvesical (PTV) e adenomectomia retropúbica) desde 1 maio 2015 a 1 maio de 2016 com follow-up mínimo de cinco anos. Avaliaram-se os seguintes de parâmetros pré-operatórios: antígeno específico da próstata (PSA), volume prostático, resíduo pós miccional (RPM), padrão de queixas (predomínio de armazenamento ou esvaziamento), necessidade de algaliação prévia e episódios prévios prostatites agudas. Avaliaram-se, aos 5 anos após a cirurgia, quais os doentes que necessitaram de segundo procedimento cirúrgico por manutenção ou recidiva das



queixas. Considerou-se nível de significância estatística o  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Foram incluídos 212 doentes com idade média de  $70 \pm 8.66$  anos. Dos dados pré-operatórios avaliados, os doentes apresentavam uma mediana de PSA de 2.4 ng/dl (P25=1.20, P75=4.53), mediana de volume prostático pré-operatório de 60,00 cm<sup>3</sup> (P25=44,25, P75=85,00), RPM médio 69.00 ml (P25=35.25, P75=155.00), 75% (N = 159) com predomínio de esvaziamento, 30% (N = 64) estavam algaliados e 13% (N = 22) apresentaram episódios prévios de prostatites agudas.

Quanto à cirurgia inicial realizada, 65.6% (N = 139) realizou RTU-P, 24.1% (N = 51) PTV e 10.4% (N = 22) Retropúbica.

Necessitaram de 2ª cirurgia 12,3% (N = 26) doentes, tendo sido RTU-P em 73,1% (N = 19), PTV em 3.8% (N = 1) e RTU colo em 7.7% (N = 2) e uretrotomia interna em 15.4% (N = 4).

Dos que necessitar de 2ª cirurgia, esta foi realizada entre 1 e 2 anos em 57,7% (N = 15), entre 2 e 3 anos 34.6% (N = 9) e mais de 3 anos após a primeira cirurgia em 7.7% (N = 2). Dos participantes que realizaram RTU-P inicial, 84.9% não necessitou de 2ª cirurgia ( $p = 0.008$ ). Dos que realizaram PTV, 98% não necessitou de 2ª cirurgia ( $p = 0.112$ ). Dos que realizaram Retropúbica, 95.5% não necessitou de 2ª cirurgia ( $p = 0.268$ ).

Não se encontrou significância estatística com a necessidade de 2ª cirurgia nos seguintes parâmetros: PSA ( $p = 0.444$ ), volume prostático ( $p = 0.069$ ), RPM ( $p = 0.113$ ), predomínio de queixas ( $p = 0.840$ ) e necessidade de algaliação ( $p = 0.635$ ).

Dos que apresentavam prostatite prévia, 28.6% necessitou de 2ª cirurgia por HBP ( $p = 0.004$ ). De todos os doentes que necessitaram de 2ª cirurgia, 36.4% apresentara prostatite prévia. A relação da prostatite prévia com a necessidade de segunda cirurgia apresenta

um odds ratio de 4.6 (95%, CI 1.718-12.320).

**Discussão/Conclusões:** A adenomectomia prostática apresenta uma baixa taxa de necessidade de reintervenção, enquanto a RTU-P, apesar de eficaz, apresenta um risco superior de necessidade de reintervenção. Estas são maioritariamente realizadas a curto-médio prazo.

A história prévia de prostatite aguda surge significativamente associada à necessidade de segunda cirurgia por HBP, condicionando um risco 4.6 vezes superior de segundo procedimento. O grau basal de sintomas urinários baixos, mesmo após cirurgia, em doentes com histórias de prostatites pode induzir uma falsa sensação no Urologista de necessidade de intervenção, baixando o limiar para reintervenção. O verdadeiro benefício e consequências da cirurgia nestes doentes está por apurar, sendo necessários mais estudos.

## PO 76

### FÍSTULA VESICO-ENTÉRICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Pedro Barros; Bárbara Oliveira; Ana Neves; Miguel Lourenço; Vera Marques; Marco Soares; Miguel Cabrita; Gilberto Rosa; Aníbal Coutinho  
*Centro Hospitalar e Universitário do Algarve*

**Introdução fístulas:** Uma fístula define-se como uma comunicação anormal entre duas cavidades revestidas por epitélio. As fístulas uro-entéricas ocorrem mais comumente na presença de estados inflamatórios que predisponham a que esta comunicação ocorra.

**Caso clínico:** Neste caso, um doente do sexo masculino, 56 anos de idade, recorre ao serviço de urgência por astenia e caquexia com dois meses de evolução, acompanhada de fecalúria. Segundo se apura da história, doente portador de cateter duplo J bilateral, colocados no IPO de Lisboa no contexto de uropatia obstrutiva compressiva por tumor do cólon - Adenocarcinoma da Sigmóide em 2010 com

ressecação do cólon esquerdo com colostomia, e necessidade de cistectomia parcial por invasão (pT4bN0 (0//22gg)) – fez radioterapia em adjuvância. Doente manteve seguimento pela Urologia, estando a aguardar a substituição dos cateteres JJ.

É transferido ao cuidado da Urologia por agravamento da função renal com ureterohidronefrose de novo, com presença de ar a nível do aparelho excretor bilateralmente.

Atendendo à patologia de base, bem como aos antecedentes rádicos do doente, colocada a hipótese de a fístula estar em relação com recidiva da doença de base vs complicações rádicas do tratamento.

Inicialmente, a abordagem passou pela colocação de dois cateteres de nefrostomia percutânea, com fecalúria franca por ambas.

O doente foi equilibrado do ponto de vista hemodinâmico e nutricional, tendo posteriormente, ao 5º dia de internamento, sido operado em conjunto com a cirurgia geral. Intra-operatoriamente não se notou evidência de doença oncológica activa, constatando-se a presença de fístula ileo--vesical. Neste contexto, em doente já com colostomia derivativa, optou-se por ressecção ileal em bloco com encerramento vesical e epiploonplastia.

Apesar de inicialmente o doente ter evoluído favoravelmente, ao 12º dia de internamento começou a deteriorar clinicamente, não tendo na altura, dada a baixa reserva fisiológica pelo consumo ao longo dos meses pregressos, condições para nova abordagem cirúrgica tendo falecido ao oitavo dia de pós-operatório.

**Conclusão:** Na abordagem de fístulas uro-entéricas e neste caso particular, vesico-entérica, o tratamento deve passar sempre pela derivação quer urinária quer fecal, com resolução quando possível do processo inflamatório ou maligno na base do seu aparecimento. A nutrição adequada do doente é imperativa para a normal cicatrização.

O presente caso visa alertar não apenas para esta entidade mas para a necessidade de conseguir definir o melhor timing cirúrgico na abordagem destes doentes, devendo saber compassar e diferir a abordagem definitiva pendente da patologia de base.

## PO 77

### QUAL O IMPACTO DE DIFERENTES COMPRIMENTOS DA AGULHA DE BIÓPSIA NA DETECÇÃO DO CANCRO DA PRÓSTATA? UM ESTUDO PROSPECTIVE

Catarina Laranjo Tinoco<sup>1</sup>; Ruben Calais<sup>2</sup>; Andreia Cardoso<sup>1</sup>; Ricardo Matos Rodrigues<sup>1</sup>; Sara Anacleto<sup>1</sup>; Ana Sofia Araújo<sup>1</sup>; Mário Cerqueira Alves<sup>1</sup>; Emanuel Carvalho-Dias<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Braga, Portugal; <sup>2</sup>University of Minho - School of Medicine, Braga, Portugal

**Introdução:** A biópsia prostática ecoguiada é essencial para o diagnóstico definitivo do cancro da próstata (CaP). Vários estudos têm-se focado em melhorar o seu valor diagnóstico, com alguns a analisar o impacto do número, comprimento e segmentação dos fragmentos obtidos.

**Objetivos:** O objetivo deste estudo é comparar prospectivamente o resultado de agulhas de 25 milímetros (mm) e 18mm (a convencional) relativamente a: comprimento dos fragmentos obtidos, resultado de score de Gleason (GS), deteção de CaP e taxa de complicações.

**Material e métodos:** Este estudo prospetivo não randomizado incluiu 124 pacientes submetidos a biópsia prostática transretal ecoguiada. Foram divididos em 2 grupos: A para a agulha de 18mm e B para a agulha de 25mm. Foram colhidos dados relativos à idade, aspetos do toque rectal, valor de antigénio específico da próstata (PSA), volume prostático e características dos fragmentos obtidos na biópsia. As complicações foram avaliadas com escalas da dor no imediato e com um questionário após 1 semana.

**Resultados:** A diferença de comprimento dos fragmentos foi estatisticamente significativa, com os colhidos por agulha de 25mm a serem mais compridos ( $21.07 \pm 1.54\text{mm}$  vs  $15.53 \pm 0.99\text{mm}$ ,  $p < 0.001$ ). Os pacientes do grupo B tinham volumes prostáticos significativamente maiores ( $45.69 \pm 9.51\text{mL}$  vs  $40.60 \pm 9.98\text{mL}$ ,  $p = 0.004$ ). A taxa de detecção de CaP, GS, número de cores positivos e percentagem afetada não foi significativamente diferente entre os grupos; apesar disso, notou-se uma tendência para uma maior detecção de CaP no grupo B, particularmente nos doentes com volumes prostáticos de 40-60mL, toque rectal suspeito e  $\text{PSA} > 10\text{ng/mL}$ . Não foram verificadas diferenças na intensidade da dor ou taxa de complicações.

**Discussão/Conclusões:** A biópsia prostática com agulha de 25mm produz fragmentos mais compridos. No entanto, isto não parece traduzir-se numa significativa vantagem na detecção de CaP. Ainda assim, os resultados deste estudo sugerem que doentes com próstatas de maior volume, toque rectal suspeito e/ou valores de PSA mais elevados parecem beneficiar mais de biópsia com agulha de 25mm, que apresenta igual segurança que a de 18mm.

### PO 78

#### **UROLOGIA E INFECIOLOGIA: COMBATE MULTIDISCIPLINAR ÀS INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE**

Mariana Madanelo; Rogério Ruas; Rita Ferraz; Pedro Palma; Hélder Castro; Pedro Valente; Paulo Araújo; Cristina Vivas; Fernando Vila; Joaquim Lindoro  
*Centro Hospitalar Tâmega e Sousa*

**Introdução:** As infeções associadas aos cuidados de saúde são responsáveis por um aumento importante da morbimortalidade, bem como dos custos associados aos internamentos hospitalares.

Em doentes cirúrgicos, as comorbilidades mais complexas e o aparecimento de microorganismos multirresistentes aumentam o desafio do tratamento das infeções.

Doentes internados no serviço de Urologia apresentam uma maior prevalência de cateterismo urinário em comparação com outros departamentos, sendo a maioria submetida a cirurgia urológica durante o internamento. O cateter urinário e a cirurgia são fatores de risco bem estabelecidos para infeções, sendo as infeções do trato urinário (ITU) e as infeções do local cirúrgico (ILC) as mais comuns nestes doentes.

Foi iniciado, em novembro de 2019, um protocolo de colaboração entre os serviços de Infeciologia e Urologia, para melhor gestão e controlo de infeções no Serviço de Urologia. Assim, semanalmente, a visita aos doentes internados passou a ser realizada em conjunto com um infeciologista do hospital.

**Objetivo:** O objetivo foi aferir o impacto desta colaboração na taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde; no uso de antibióticos de largo espetro; na incidência de bactérias multirresistentes, nomeadamente, enterobacterales produtoras de beta-lactamase de espetro alargado (ESBL) e na mortalidade.

**Material e métodos:** Realizado estudo observacional, longitudinal, por estatística descritiva. Analisou-se incidência de ITU, ILC e de infeções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS); detecção de bactérias multirresistentes; o uso de antibióticos e a mortalidade, no internamento de Urologia nos anos 2019 (pré-intervenção) e 2020 (pós-intervenção).

As definições de infeção usadas e os cálculos das taxas das incidências seguiram os critérios do European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), tendo sido utilizado como denominador os dias totais de internamento.

O consumo de antibióticos (cefalosporinas de



3ª geração, quinolonas e carbapenemes) foi calculado através das doses diárias definidas por doente saído por dia.

A taxa de mortalidade resultou do número de mortes causadas por infecção por cada 100 doentes saídos.

**Resultados:** Verificou-se uma redução de 23,4% nas infecções por dia de internamento, sendo que as ITU aumentaram 2,13%; as ILC diminuíram 33,6% e não se registaram INCS em 2020 (em 2019, n = 4).

Isolaram-se menos 35,9% ESBL.

No que concerne à antibioterapia, reduziu-se o uso de quinolonas em 84.4% (taxa de uso passou de 0.43 para 0.07). Similarmente, a administração de carbapenemes sofreu redução de 36.5% e a de cefalosporinas de 3ª geração de 0,06%.

A mortalidade por 100 doentes saídos diminuiu 37,75% (de 3,55 para 2,21).

**Discussão:** Houve uma redução global do número de infecções hospitalares; no isolamento de bactérias multirresistentes; no uso de antibioterapia de largo espectro e na mortalidade. As práticas foram melhoradas, com redução do número de dias de antibioterapia, com reforço da colheita de amostras para culturas e com melhor apropriação e adequação de antibióticos.

Isto refletiu-se em menor morbimortalidade. Como limitações do efeito aqui retratado, pode-se apontar o curto tempo de estudo e o viés associado à análise do tempo de pandemia, com a instituição simultânea de protocolos de prevenção de infecções.

**Conclusão:** A colaboração da Infeciologia na orientação de doentes internados no serviço de Urologia parece ser uma mais-valia para a melhoria dos cuidados.

Este processo de abordagem multidisciplinar integrada no dia-a-dia do serviço deve manter-se e ser alargado a outras práticas e grupos profissionais.

## PO 79

### AVALIAÇÃO PRELIMINAR DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDO A FÍSTULA CIRÚRGICA PARA TRATAMENTO DE PRIAPISMO ISQUÊMICO

Marcelo Medeiros do Nascimento<sup>1,2</sup>;  
Juan Miguel Renteria<sup>2</sup>; José Eduardo Ferreira Manso<sup>2</sup>;  
José Ailton Fernandes da Silva<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Municipal Souza Aguiar; <sup>2</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro; <sup>3</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro

**Introdução:** Priapismo é uma urgência caracterizado pela ereção prolongada, com duração superior a 4 hs. O priapismo isquêmico é o mais frequente (95%). O tratamento visa controle da dor, detumescência e prevenção de disfunção erétil. Existe um grau crescente de complexidade das modalidades de tratamento, que vão da drenagem por dos corpos cavernosos até realização de shunts cirúrgica entre os corpos cavernosos e esponjosos.

**Objetivo:** Avaliar o perfil dos pacientes portadores de priapismo isquêmico submetidos a shunt cirúrgico e identificar possíveis fatores de risco.

**Métodos:** Trata-se de um Estudo de Coorte, com análise dos pacientes portadores de priapismo isquêmico atendidos em nossa unidade de emergência, no período de 01/01/2020 até 31/12/2020. Os pacientes foram divididos em 2 grupos, o primeiro com pacientes submetidos a drenagem dos corpos cavernosos com ou sem drogas vasoativas e o outro grupo os pacientes submetidos a fistulas cirúrgicas. Os dados foram analisados como software SPSS.

**Resultados:** Identificamos 27 pacientes, com 16 pacientes submetidos a fistula cirúrgica. A idade média dos pacientes submetidos a fistula era de 41 anos e dos pacientes não submetidos a fistula era de 33 anos. A etiologia desconhecida foi a mais encontrada (40,7%) e doença falciforme em 12%. Episódios recorrentes prévios estavam presentes em 30%



dos pacientes. Nenhum paciente fez uso de droga intracavernosa para tratamento de disfunção erétil. Não encontramos correlação entre realização de fístulas cirúrgicas e episódios anteriores de priapismo ( $p$  0,87), fístulas cirúrgicas e doença falciforme ( $p$  0,54), nem tão pouco quando associamos as duas variáveis (doença falciforme e episódios anteriores) também não encontramos ( $p$  0,84)

**Discussão/Conclusões:** As fístulas cirúrgicas são procedimentos mais sofisticados realizados em paciente portadores de priapismos resistentes as modalidades iniciais de tratamento. A busca por fatores de risco para esses pacientes tem sido uma constante entre os pesquisadores. Estudos recentes sugeriam que, a história prévia de priapismo, poderia ser um fator de risco para realização de fístulas cirúrgicas em pacientes com priapismo secundário a injeção de drogas vasoativas intracavernosas. Entretanto este provável fator de risco não foi confirmado quando excluímos essa etiologia.

## PO 80

### **NEFRECTOMIA PARCIAL POR RETROPERITONEOSCOPIA: UMA TÉCNICA ADEQUADA NO TRATAMENTO DE TUMORES RENAIS – EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE UROLOGIA DE UM CENTRO HOSPITALAR**

Mariana Madanelo; Paulo Araújo; Fernando Vila; Pedro Valente; Cristina Vivas; Hélder Castro; Joaquim Lindoro  
*Centro Hospitalar Tâmega e Sousa*

**Introdução:** A cirurgia poupadora de nefrônios é amplamente aceite como tratamento preferencial para pequenas massas renais. Progressivamente, a técnica de nefrectomia parcial por excelência passou de abordagem aberta para minimamente invasiva.

A nefrectomia parcial minimamente invasiva pode ser feita através da via transperitoneal ou retroperitoneal.

Esta última, apesar de poder ter uma curva de aprendizagem mais longa, permite melhor acesso ao hilo renal e reduz o risco de lesão de órgãos intraperitoneais.

**Objetivo:** Analisar a experiência do Serviço de Urologia de um Centro Hospitalar em Nefrectomia parcial por Retroperitoneoscopia, no que concerne à população intervencionada, características do tumor, variáveis intraoperatórias e resultados pós-operatórios.

**Materiais e métodos:** Estudo observacional retrospectivo dos doentes submetidos a nefrectomia parcial por retroperitoneoscopia, entre novembro de 2008 e maio de 2021.

Foi realizada estatística analítica, com recurso ao programa IBM SPSS Statistics v.23®, considerando-se como estatisticamente significativo um valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** A população estudada foi de 70 doentes, onde 38 eram do sexo masculino. A idade média foi de 59 anos (32-81 anos).

Relativamente às características tumorais, a média do diâmetro máximo foi de 2,7 cm (1-6 cm). O índice de complexidade tumoral (R.E.N.A.L. score) médio foi de 6,2. A maioria estava em localização posterior (56%). Adicionalmente verificou-se que 20% estava no terço superior, 44% no médio e 36% no inferior.

O tempo operatório médio foi de 177 minutos, com 176,77 minutos para localização anterior e 176,26 para localização posterior. O tempo médio de isquemia quente foi de 23 minutos, com 21,32 minutos e 23,44 minutos, respetivamente para as localizações anterior e posterior.

Foi necessária conversão em lombotomia ( $n = 3$ ) e em nefrectomia radical ( $n = 1$ ).

A média do tempo de internamento foi de 6 dias.

O resultado histológico correspondeu a malignidade em 64% dos casos ( $n = 45$ ), divididos entre carcinoma de células renais de células claras; papilar tipo 1; papilar tipo 2; cromóforo e quístico. Relativamente aos resultados

benignos, distribuíram-se, maioritariamente, entre angiomiolipomas e oncocitomas.

No pós-operatório, existiram 8 complicações (duas Clavien-Dindo de grau I, três de grau II e três de grau III), correspondendo a febre ( $n = 2$ ); necessidade transfusional ( $n = 2$ ); pseudoaneurismas ( $n = 2$ ) e fistulas urinárias ( $n = 2$ ).

Os doentes incluídos tiveram, até à data, um tempo médio de seguimento de 41 meses.

Houve uma recidiva tumoral com metastização difusa sem resposta a terapêutica sistêmica, resultando na única morte associada ao tumor.

Não existiu relação estatisticamente significativa entre a localização (anterior vs posterior) do tumor e o tempo operatório ( $p = 0,96$ ); o tempo de isquemia ( $p = 0,356$ ); as complicações pós-operatórias ( $p = 0,730$ ) ou a necessidade de conversão da cirurgia ( $p = 0,813$ ).

A localização no terço superior, médio ou inferior também não teve relação estatisticamente significativa com as variáveis supracitadas. No que concerne à evolução temporal da técnica, houve redução estatisticamente significativa na redução do tempo operatório ( $p = 0,04$ ), mas não no tempo de isquemia ( $p = 0,07$ ).

**Conclusão:** A localização dos tumores não parece ter influência na duração da cirurgia ou na existência de complicações. Apesar de tecnicamente desafiante, parece existir um aprimorar da técnica, com redução significativa do tempo operatório.

Como limitações ao estudo apresentado, podemos apontar o tamanho da amostra.

Apesar de ainda não existir evidência científica da superioridade da via retroperitoneal sobre a transperitoneal na cirurgia minimamente invasiva, esta representa uma técnica cirúrgica adequada e segura no tratamento cirúrgico de tumores renais, bem como de outras patologias urológicas.

## PO 81

### GANGRENA DE FOURNIER NA GRANDE EMERGÊNCIA UROLÓGICA

Cesar Duarte do Nascimento;  
Marcelo Medeiros do Nascimento;  
José Ailton Fernandes da Silva  
*Hospital Municipal Souza Aguiar Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro*

**Introdução:** A gangrena de Fournier é uma emergência urológica rara, inicialmente descrita por Jean Alfred Fournier, em 1883, cuja incidência é baixa e que, mesmo com tratamento adequado, tem elevados índices de morbimortalidade. Não é deonça de acometimento exclusivo masculino, podendo estar presente em crianças e mulheres, todavia, sugere-se que estes dados sejam sub-notificados ou não-diagnosticados. Os fatores de risco são idade superior a 60 anos, diabetes mellitus, alcoolismo, obesidade mórbida, malignidades e qualquer estado de imunocomprometimento. Classicamente, apresenta-se com dor escrotal súbita e intensa, prostração, calor local e febre. Eritema e edema são sinais precoces, mas aproximadamente 40% dos casos pode ter evolução insidiosa. A GF é uma fascíte necrotizante, polimicrobiana, que acomete as regiões genitais, perianais e perineais. Trauma, instrumentação recente, corpos estranhos, más condições de higiene e cateterização podem levar a GF. O diagnóstico baseia-se nos sinais e sintomas, mas pode-se utilizar de exames de imagem que não devem atrasar a intervenção cirúrgica e início da antibioticoterapia. **Objetivo:** Correlacionar as características clínicas e epidemiológicas com o desfecho dos casos de GF submetidos a tratamento cirúrgico.

**Métodos:** Realizou-se estudo observacional, transversal e retrospectivo, de todos os casos diagnosticados como GF, no período de março de 2016 a abril de 2018. Elaborou-se protocolo próprio para este estudo a fim de caracteri-

zar a amostra, onde observou-se os seguintes critérios: identificação, idade, apresentação clínica, tempo de evolução dos sintomas, gênero, localização/extensão, comorbidades, exames de imagem, derivações urinária e intestinal, número de intervenções e desfecho. As variáveis foram agrupadas em tabelas de contingência e os resultados foram testados para obter associação entre elas através do teste exato de Fischer e de regressão logística entre tempo de evolução e desfecho.

**Resultados:** Estudou-se um total de 20 pacientes, todos do sexo masculino, idade média de 49,5 anos. Fonte de infecção mais comum foi testicular (85%). O tempo médio de evolução dos sintomas foi de 164,2h (6,4 dias). Análise de regressão logística mostrou que há relação entre o tempo de evolução e o desfecho. Apenas 5% dos pacientes com área de necrose >5%. Não se obteve relevância significativa quanto a extensão da necrose. A maioria negou comorbidades (45%), 20% eram diabéticos e 15% alcóolatrás. Há relação direta de DM com GF, porém sem significância estatística. Somente 9 pacientes fizeram exames de imagem, derivações urinárias (20%) e intestinais (10%), entretanto, não influenciou no desfecho. O número de desbridamentos não alterou o desfecho. Encontrou-se índice de mortalidade de 15%, comparável à literatura internacional.

**Conclusão:** O melhor resultado se dá com desbridamento cirúrgico precoce, antibioticoterapia e suporte clínico, todavia, o tempo de evolução dos sintomas e comorbidades têm caráter determinante no desfecho. Devido a pluralidade de apresentação da doença, mais estudos se fazem necessários, prevenindo ou modificando o desfecho quando possível. Portanto, mesmo o tratamento para GF ter avançado muito nos últimos anos, ainda permanece sendo uma doença potencialmente fatal e com elevada morbimortalidade.

## PO 82

### CARCINOMA RENAL METASTIZADO: A NOSSA EXPERIÊNCIA

Sofia Mesquita; Ana Rita Sousa; Mariana Madanelo; Vítor Cavadas; Avelino Fraga; Miguel Silva-Ramos  
*Centro Hospitalar Universitário do Porto Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto*

**Introdução:** Cerca de 25 a 30% dos doentes com neoplasia renal apresentam-se com metástases ao diagnóstico inicial, enquanto 20 a 50% dos doentes submetidos a nefrectomia parcial ou radical evoluem com recidiva metastática durante o seguimento. O tratamento destes doentes mudou muito na última década, melhorando a sobrevida destes doentes. Não existem, no entanto, estudos sobre o impacto destas alterações na sobrevida destes doentes em Portugal.

**Objetivos:** Estudar uma amostra de população com carcinoma de células renais metastizado num centro de referência terciário.

**Métodos:** Foi efetuada uma análise retrospectiva dos doentes com carcinoma de células renais metastizado num centro de referência terciário entre janeiro de 2008 e dezembro de 2019 através da análise das bases de dados da reunião de grupo de tumores urológicos. Procedeu-se à divisão dos doentes em dois grupos: aqueles com recidiva metastática após tratamento do tumor primitivo e aqueles com metastização síncrona ao diagnóstico inicial. As características sociodemográficas, histológicas e clínicas foram comparadas através do teste t, o teste x2 e o teste exato de Fisher. A sobrevivência livre de metástase e a sobrevivência global foram obtidas através do método Kaplan Meier e a comparação entre grupos com o teste Log Rank.

**Resultados:** Foram identificados 97 doentes, 50 (52%) apresentaram metástases ao diagnóstico (doença síncrona) e 47 (48%) desenvolveram metástases após tratamento do



tumor primitivo (doença metácrona).

No total, 72 (74%) doentes realizaram a primeira linha de tratamento sistémico, 40 (41%) a segunda, 18 (19%) a terceira, 9 (9%) a quarta e 2 (2%) a quinta.

A nefrectomia citoredutora foi realizada em 37 (74%) doentes do grupo de doença síncrona e a metastasectomia em 29 (30%) doentes do total da amostra.

No grupo de doença metácrona, a recidiva metastática ocorreu, em mediana, aos 33 (IC 95% 14-52) meses. No entanto, 29,8% das metástases foram diagnosticadas 60 meses após o diagnóstico do tumor primário e 12,8% foram-no 128 meses depois.

No grupo de doença metácrona, a mediana de sobrevivência global foi de 30 (IC 95% 22-38) meses e no grupo de doença síncrona foi de 16 (IC 95% 5-27) meses ( $p = 0,517$ ).

A mediana estimada de sobrevivência global foi de 47 meses (IC 95% 22-72) para o grupo de baixo risco ( $n = 9$ , 14%), 30 (IC 95% 15-45) meses para o de risco intermédio ( $n = 41$ , 62%) e 13 meses (IC 95% 10-16) para o de baixo risco ( $n = 16$ , 24%) ( $p = 0,002$ ).

**Discussão/conclusão:** Não existe consenso sobre a vigilância dos doentes após tratamento cirúrgico inicial. No entanto cerca de 30% dos doentes metastizaram 60 meses depois do tratamento local, este facto aponta para a ponderação de uma vigilância a longo prazo. Nesta série, as sobrevidas medianas foram superiores ao intervalo de confiança do estudo de validação do IMDC, sugerindo uma abordagem terapêutica favorável nestes doentes.

## PO 83

### A RARE CASE OF CYSTITIS CYSTICA ET GLANDULARIS CAUSING RENAL EXCLUSION

Carolina Marramaque; Pedro Costa; Daniela Pereira; Débora Araújo; Samuel Bastos; Luís Ferraz  
*Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho*

**Introduction:** Cystitis Cystica et Glandularis (CCG) is a benign, proliferative disorder of the urothelium, that's usually associated with chronic mucosal irritation or inflammation. Pathologically, it's characterized by growth of von Brunn's nests into the lamina propria causing a cystic dilatation. There are two histologic subtypes that differ biologically and morphologically, typical and intestinal. In most cases CCG is asymptomatic, but some patients complain of low urinary tract symptoms (LUTS) or hematuria. Although regarded as innocuous, in the vast majority of times, CCG can grow to obstruct the bladder neck and ureteral openings.

**Objective:** To report a rare case of CCG obstructing the upper urinary tract and causing renal exclusion.

**Materials/Methods:** Patient's electronic health record was consulted to retrieve information on patient history and exam results.

**Results:** A 54-year-old Caucasian male, was send to the Urology office with left flank pain for 6 months, dysuria and frequency, without hematuria. A CT-scan showed left hydronephrosis, with a suspicious 45mm bladder lesion in the trigone, an enlarged prostate that raised the question about the lesion origin and bilateral ilio-obturator adenopathies. Besides smoking he had no other relevant medical history. Digital rectal examination was suspicious. Flexible cystoscopy revealed an occlusive prostatic middle lobe and a nodular lesion with mucosal edema occupying the bladder neck and extending along the trigone area, both ureteric orifices weren't visible. Urine culture present a multisensitive Escherichia



coli and urine cytology was negative for malignancy. On blood work, renal function was normal and the total PSA was elevated (4,88 ng/mL). The patient underwent a transurethral resection of the prostate and bladder, with complete resection of the mass and release of the left ureteral orifice. Histopathology report revealed typical cystitis glandularis with focal cystitis cystica and benign prostatic hyperplasia (BPH). Despite resolution of pain and improvement of LUTS, a post-operative CT-scan demonstrated diffuse thickening of the ureters, conditioning lumen reduction and significant delay in contrast excretion, especially on the left, without hydronephrosis. Renal scintigraphy with Tc99m MAG3 showed a differential renal function of 90% on the right kidney versus 10% on the left kidney, with almost complete left renal exclusion.

**Discussion:** CCG is generally a microscopic finding and very rarely presents with macroscopic symptomatic lesions. Despite its unknown etiology, recurrent urinary tract infections (UTIs), bladder outlet obstruction (BOO), indwelling catheters, bladder stones and other irritant agents have been postulated to have an association. In this case, the patient presented BOO due to prostate enlargement and a positive urine culture. Firstly, in the management of CCG, it's important to identify and treat predisposing sources of chronic bladder inflammation, which includes antibiotic treatment for UTIs and transurethral resection for symptomatic BOO. This report is particularly interesting because allows to acknowledge differential diagnosis of bladder lesions as bladder carcinoma, BPH, invasive prostate carcinoma and CCG.

The malignant potential of CCG is still controversial, since there are a few reports of progression to adenocarcinoma, especially in the intestinal type, but no causal connection has been established on retrospective studies.

There are no guidelines related to follow-up of CCG, nonetheless, some articles suggest routine cystoscopy, biopsies, urinary cytology or ultrasound.

Urologists are often confronted with abnormal imaging exams and cystoscopic appearances that may mimic urothelial carcinoma, so it's key to take in consideration different diagnosis. Prompt resection of the lesion with histological analysis made de diagnosis of CCG, excluded malignancy and relieved patient's symptoms.

#### PO 84

### ORQUIDECTOMIA PARCIAL – REVISÃO DAS INDICAÇÕES, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Antônio Modesto Pinheiro; Sara Duarte;  
André Barcelos; Sônia Ramos; Fernando Ribeiro;  
Fernando Ferrito

*Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*

**Introdução:** A neoplasia do testículo é uma neoplasia incomum, contudo é a neoplasia mais comum nos homens jovens, representando 1% de todas as neoplasias e 5% das neoplasias urológicas. A sua apresentação clínica habitual é por massa testicular indolor. O diagnóstico é confirmado por ecografia escrotal, que identifica e classifica a massa relativamente a tamanho, localização e vascularização, entre outras características. No seu estadiamento o TC de tórax, abdómen e pelvis e os seus marcadores oncológicos séricos (LDH, alfa-feto proteína e beta-HCG) são de vital importância.

O tratamento local desta neoplasia tem como gold-standard a orquidectomia radical, considerando que tem um testículo contralateral sem alterações. A cirurgia poupadora de testículo ou orquidectomia parcial tem como indicações clássicas os casos de tumores testiculares síncronos, tumor em testículo único de forma a manter a função hormonal

e fertilidade. Contudo, interesse recente tem sido demonstrado no tratamento de pequenas massas testiculares com orquidectomia parcial, de forma que, em tumores benignos, não tratar em excesso.

**Objetivos:** Apresentação de um caso clínico em que foi realizada uma orquidectomia parcial e fazer uma revisão do tema.

**Material e métodos:** Para a realização deste trabalho foi consultado o processo clínico informático do doente.

**Resultados:** Doente do sexo masculino, 40 anos, de antecedentes pessoais hipertensão arterial e dislipidemia, encaminhado para a consulta por massa no testículo à direita. Na observação apresentava uma massa dura e dolorosa de 1 cm na face externa testículo direito, epidídimo direito e restante testículo direito sem alterações assim como testículo e epidídimo esquerdos. Na ecografia escrotal apresentava formação nodular heterogénea com 14 mm na periferia externa do testículo direito. Analiticamente não apresentava elevação dos marcadores oncológicos de tumor do testículo. Realizou ainda TC, sem evidência de doença à distância.

Foi submetido a orquidectomia parcial de lesão com exame extemporâneo, que confirmou etiologia benigna, com aspectos morfológicos compatíveis com tumor de células de Sertoli. No estudo imuno-histoquímico, o padrão não foi concordante sendo diagnosticado, finalmente, com tumor do estroma-cordões sexuais, inclassificável.

No seguimento sem evidencia de recidiva local e à distância.

**Discussão/Conclusões:** No tratamento local da neoplasia do testículo, a orquidectomia radical é o gold-standard. Contudo em casos de etiologia benigna, tal tratamento considera-se excessivo, podendo estar associado a dor escrotal crónica, perturbações da imagem corporal, distúrbios hormonais e alteração da

fertilidade. Desta forma, nos últimos foram publicados estudos retrospectivos, dada a raridade da doença não foi possível realizar ensaios clínicos randomizados, acerca da orquidectomia parcial e da sua indicação na abordagem de pequenas massas testiculares. A destacar que estas séries apoiaram a sua conduta no exame extemporâneo da peça operatória, sendo que a maioria dos trabalhos refere que no caso de lesão maligna avançar-se-ia para orquidectomia radical no mesmo tempo operatório. A sensibilidade e especificidade do exame extemporâneo da peça é superior a 90% nas diversas séries.

A destacar também a importância do tamanho da lesão na probabilidade de etiologia benigna. Classicamente era atribuído o limite de 20 mm como preditor, que corresponderia em cerca de 2/3 dos casos. Contudo, utilizando menores dimensões, aumenta-se a acuidade diagnóstica, nomeadamente utilizando o limite de 5 mm, quase a totalidade das lesões serão benignas. Não estando estabelecido internacionalmente um valor limite para a maior probabilidade de etiologia benigna.

Desta forma, conclui-se que a orquidectomia parcial é uma opção válida na abordagem das pequenas massas testiculares, nomeadamente inferior a 20 mm, devendo ser sempre apoiada no exame extemporâneo da peça operatória.

## PO 85

### SLING AUTÓLOGO SUBURETRAL EM DOENTE COM DETRUSOR HIPOATIVO: UM CASO DE SUCESSO

Filipe Lopes; Miguel Miranda; João Gomes; Carolina Ponte; Ricardo Pereira e Silva; José Palma dos Reis

*Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa*

**Introdução:** A colocação suburetral, a nível da uretra média, de material autólogo ou artificial é, atualmente, a estratégia mais utiliza-

da no tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço (IUE) feminina. Apesar de menos frequentemente realizada, a utilização de tecido autólogo tem a vantagem de evitar a rejeição e erosão vaginal, com semelhante eficácia anti-incontinência, embora com uma maior probabilidade de obstrução infra-vesical subsequente, sobretudo quando colocada em topografia subcervical, de acordo com a técnica clássica.

**Objetivo:** Descrever o diagnóstico, marcha terapêutica e seguimento de uma doente com IUE e cistopatia diabética.

**Material e métodos:** Descrevemos o caso clínico de uma doente com IUE e cistopatia diabética com detrusor hipoativo, submetida a colocação de sling autólogo suburetral tension-free.

**Resultados:** Doente de 60 anos enviada à consulta de Urologia por um quadro de IUE com agravamento progressivo e à data da consulta com necessidade de uso de 4 pensos de incontinência médios por dia. A doente negava urgência miccional. GOPO, com menopausa aos 56 anos. Com antecedentes relevantes, a destacar Diabetes mellitus tipo 1 diagnosticada aos 10 anos, hipotireoidismo e obstipação crónica. Ao exame ginecológico, observava-se importante atrofia urogenital e franca hiper mobilidade uretral, com perda exuberante com a tosse e manobra de Valsalva. Por suspeita de cistopatia diabética associada à IUE realizou estudo urodinâmico, que revelou sensibilidade e contractilidade vesicais praticamente ausentes. Após discussão das expectativas e opções terapêuticas com a doente, foi proposta a colocação de sling autólogo suburetral, após ensino de cateterismo intermitente (CI), para posterior realização autónoma pela doente ad vitae, se necessário. Foi iniciado estrogénio tópico e após 7 semanas foi realizada cirurgia de colocação de fás-cia dos músculos rectos abdominais, por via

retropúbica bottom-up, sem tensão, sob o terço médio da uretra. Pós-operatório sem particularidades, com remoção da algália e alta ao D1 e D2 pós-op, respetivamente. Aquando da alta a doente apresentava um resíduo pós-miccional de cerca de 300-400mL, pelo que ficou com indicação para cateterismo intermitente e tentativa de micção espontânea com monitorização dos volumes. Em consulta de reavaliação, 3 meses após a cirurgia, doente refere remissão completa das queixas de IUE. Optou por interromper os cateterismos intermitentes cerca de 8 semanas após a cirurgia, uma vez que conseguia urinar espontaneamente com eficácia de esvaziamento na ordem dos 80%. Encontra-se de momento em follow-up, no 4º ano pós-operatório, sem recidiva da IUE e sob controlo ecográfico vesical anual, com última medição do resíduo pós-miccional (RPM) de 40mL para um volume inicial de 490mL.

**Discussão:** A colocação de slings autólogos tem vindo a ser uma opção progressivamente mais comum atendendo às possíveis complicações das fitas suburetrais sintéticas. Em doentes com incontinência urinária de esforço e detrusor hipoativo, o risco de retenção urinária é mais elevado e a realização de cateterismo intermitente após implante de fita sintética constitui um fator de risco para exposição uretral no médio a longo prazo. Assim, o presente caso pretende demonstrar que a escolha de material autólogo (neste caso fás-cia de retus abdominis) para colocação na uretra média, sem tensão, poderá constituir uma alternativa eficaz sem inviabilizar a possibilidade de micção espontânea.

**Conclusão:** A colocação de sling autólogo sub-uretral pode ser uma solução para a IUE mesmo em mulheres com detrusor hipoativo. Embora a probabilidade de retenção urinária com necessidade de cateterismo seja considerável, esta técnica pode também permitir



um resultado funcional satisfatório, com resolução da incontinência e manutenção de micção espontânea.

## PO 86

### COMBINED THERAPY WITH DOCETAXEL AND HORMONE THERAPY IN HORMONE-SENSITIVE PROSTATE CANCER – OUR INSTITUTION’S EXPERIENCE

Ana Marta Ferreira; José Alberto Pereira; João Pedroso Lima; Manuel Lopes; Pedro Nunes; Belmiro Parada; Lorenzo Marconi; Edgar Tavares Silva; Paulo Azinhais; Arnaldo Figueiredo  
*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introduction:** Prostate cancer is the most diagnosed neoplasm across the male population in Portugal. About 12% of patients with prostate cancer have metastatic disease at diagnosis, and, among these, those who respond to surgical or medical castration, are known as having a hormone-sensitive prostate cancer (mHSPC). Recent studies have challenged the classic treatment of mHSPC from hormone therapy only to combined therapy with either docetaxel or new hormonal agents. **Aim:** In this paper we study the demographic characteristics and disease evolution – including PSA (prostate specific antigen) evolution, PSA progression-free survival, clinical/radiographic progression-free survival and overall survival) of patients with mHSPC diagnosis treated with a combination of docetaxel and hormone therapy in our institution.

**Material and methods:** We performed a retrospective analysis of the clinical data of all patients with a diagnosis of hormone-sensitive metastatic prostatic cancer that underwent treatment with docetaxel combined with hormone therapy in our institution (16). The following information was recovered about all patients: age, age at diagnosis, TNM classification at diagnosis, site of metastasis, Gleason score at diagnosis, previous treatment (radical

prostatectomy or radiotherapy) before taking docetaxel, month of initiation of chemotherapy with docetaxel, number of administrations, PSA evolution, patient survival – radiological/clinical progression-free survival, overall survival – and the time until development of castration resistance, if present.

**Results:** The selected patients started treatment with docetaxel and hormone-therapy from November 2017 to February 2021. The age at diagnosis varied between 55 and 82 years. Regarding staging, the majority of the patients was T3, N+ and only one didn't present with metastatic disease at diagnosis. The majority of the patients had lymph node metastasis and bone metastasis at diagnosis. The most commonly found Gleason score was 8 (7 patients) and 7 (6 patients). 75% of the sample didn't have any kind of previous treatment, such as radical prostatectomy or radiotherapy. The average number of administrations of docetaxel was 6, varying from 6 to 11. The median PSA at diagnosis was 85,7, and the median nadir PSA 0,24, with a median time of 5 months to reach it. The average radiological/clinical progression-free survival was 18,9 months, and the survival rate was 93,75 % after a mean of 20,6 months follow-up time. 7 patients developed castration resistance within a median time of 13 months. Only 3 patients developed side effects – 1 reported lack of strength in the lower limbs and the other 2 lower limbs edema. From the analyzed sample only one patient died and the majority didn't experience development of castration-resistant prostate cancer, remaining alive with no complication directly related with docetaxel treatment.

**Discussion/Conclusions:** Docetaxel combined with hormone-therapy should be considered as a standard treatment in men with prostate cancer with metastases at first presentation, since it is a safe, well tolerated treat-



ment, providing a good progression-free and overall survival.

## PO 87

### **INTRAPERITONEAL BLADDER INJURY WITH CONSERVATIVE MANAGEMENT, A CASE REPORT**

Simão Abreu; Daniel Costa; João Silva, Carlos Silva  
*Centro Hospitalar Universitário de São João Faculdade de Medicina da Universidade do Porto*

Bladder iatrogenic injury in laparoscopic surgery is rare, with an estimated incidence of 0.3% (Levy, 2012). Management of bladder injuries varies accordingly to extension and location of the injury. We present a case report of a 19-year-old men without prior known medical history other than family history of thrombocytopenia, presented to the emergency department with history of fever, lower abdominal pain and vomits for 48 hours. Abdominal echography showed an enlarged appendix with an appendicolith. Antibiotics were started and a laparoscopic appendectomy was made on the day of admission. A 10 mm umbilical port was placed via Hasson technic; Pneumoperitoneum achieved with CO<sub>2</sub> at 14mmHg. A 10mm and 5mm port were placed under direct visualization on the left iliac fossa and suprapubic region, respectively. A perforated appendicitis with purulent collection was found intraoperative. Appendectomy was made with 2 hemolock at the appendicular base and the appendix was removed with an endobag through the umbilical port. Intraperitoneal washout with saline was performed and Penrose abdominal drain was left on the pelvis, passing through the suprapubic port site. After the procedure patient presented with thrombocytopenia (50 x10<sup>9</sup> /L) and coagulopathy (aPTT 45 seconds and PT 18 seconds). Patient was treated with 3 units of fresh frozen plasma and 2000 units of prothrombin complex concentrate.

On the first day postoperative an increased discharge of clear yellow fluid through the abdominal drain was seen. The abdomen was distended, mildly tender, without signs of peritoneal irritation. Creatinine was elevated on the drain (14.16 mg/dl). A CT cystography was performed and showed a 6mm intraperitoneal rupture on the vesical cupula. Given the fact that there were no signs of peritoneal irritation, the patient had a small rupture and presented with thrombocytopenia and coagulopathy, a conservative management with abdominal drain removal and transurethral catheter placement was made. Catheter was kept in place for 14 days and reevaluation with Contrast CT showed no contrast leakage through the bladder. Patient was discharged on the 15th day PO. Subsequent evaluation showed no further complications.

Iatrogenic bladder injury is a rare complication of laparoscopic surgery. A study with a total of 1124 Laparoscopic appendectomy revealed a incidence of 0.3% iatrogenic bladder injuries secondary to trocar insertion (Nason, 2015).

Current EAU Guidelines on bladder trauma states that, despite the standard of care of intraperitoneal bladder injuries is surgery repair, in selected cases, namely in the absence of signs of ileus or peritonitis, conservative management with continuous bladder drainage and antibiotic prophylaxis is a treatment option in appropriately selected patients (Alperin, 2009).

**PO 88****ADRENALECTOMIA LAPAROSCÓPICA POR VIA RETROPERITONEAL: EXPERIÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR TÂMEGA E SOUSA**

Gonçalo Grilo Mendes<sup>1</sup>; Fernando Vila<sup>2</sup>; Hélder Castro<sup>2</sup>; Paulo Araújo<sup>2</sup>; Cristina Vivas<sup>2</sup>; Pedro Valente<sup>2</sup>; Alcino Oliveira<sup>3</sup>; Joaquim Lindoro<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Centro Hospitalar Universitário do Porto; <sup>2</sup>Centro Hospitalar Tâmega e Sousa; <sup>3</sup>Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

**Introdução:** A adrenalectomia laparoscópica pr via retroperitoneal foi inicialmente desenvolvida por Gaur et al em 1993 como alternativa à via transperitoneal. Esta técnica tem ganho uma popularidade crescente devido ao facto de permitir um acesso mais directo à glândula suprarrenal e evitar lesões inadvertidas de órgãos intra-abdominais. A literatura realça como principais vantagens desta técnica o melhor controlo algico no pós-operatório, uma recuperação mais rápida do doente, assim como uma menor taxa de conversão a cirurgia aberta comparativamente à abordagem transperitoneal.

**Objetivo:** Avaliação da série inicial de adrenalectomias laparoscópicas por via retroperitoneal realizadas no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa.

**Material e métodos:** Foi realizada uma análise retrospectiva das características demográficas, resultados peri-operatórios, complicações e resultados histológicos de todos os pacientes submetidos a adrenalectomia laparoscópica por via retroperitoneal no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa no período compreendido entre Julho de 2020 e Setembro de 2021.

**Resultados:** Foram intervencionadas 5 pacientes neste período, todas do sexo feminino. A média de idades era de 63.2 anos (mínima 50; máxima 79), sendo que 2 pacientes foram referenciadas por suspeita de Síndrome de Cushing, 1 doente por suspeita de Síndrome

de Conn, 1 por suspeita de feocromocitoma e 1 por suspeita de carcinoma da suprarrenal. O tamanho médio das lesões foi de 36,4 mm (mínimo 24; máximo 51). O tempo cirúrgico médio foi de 139,2 minutos (mínimo 119; máximo 160), e as perdas sanguíneas estimadas foram de 64 mL (mínimo 20; máximo 100). O tempo médio de internamento foi de 2,8 dias (mínimo 2; máximo 3), sendo que não se registou nenhuma complicação durante o tempo de internamento. Não houve registo de nenhuma complicação nos primeiros 30 dias após a cirurgia, e não houve necessidade de conversão da cirurgia para via aberta em nenhum dos casos descritos. As histologias das peças operatórias confirmaram as suspeitas iniciais, tendo-se registado 3 adenomas da suprarrenal, um feocromocitoma e um carcinoma da glândula suprarrenal. De destacar também que não houve margens cirúrgicas positivas em nenhuma das peças operatórias. **Discussão:** A adrenalectomia laparoscópica por via retroperitoneal é uma técnica segura e eficaz, para além de ter um tempo cirúrgico aceitável, sobretudo nas mãos de cirurgiões experientes em cirurgia laparoscópica por via retroperitoneal. Os resultados desta série são animadores, pese embora o pequeno número amostral, e portanto será interessante no futuro visitar esta análise com um número amostral maior.

**PO 89****SÍNDROME DO TORNIQUETE PILOSO DO PÊNIS: UM RARO CASO NO ADULTO**

Gonçalo Grilo Mendes<sup>1</sup>; Pedro Valente<sup>2</sup>; Mariana Madanelo<sup>1</sup>; Hélder Castro<sup>2</sup>; Fernando Vila<sup>2</sup>; Paulo Araújo<sup>2</sup>; Cristina Vivas<sup>2</sup>; Joaquim Lindoro<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Centro Hospitalar Universitário do Porto; <sup>2</sup>Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

**Introdução:** A Síndrome do Tourniquete Piloso (STP) (“Hair-Thread Tourniquet Syndrome”) é uma doença rara, caracterizada pela cons-

trição e estrangulamento de um apêndice por um pêlo/cabelo, envolvendo geralmente os dedos dos pés ou mãos, mas também os órgãos genitais, nomeadamente o pênis, existindo até casos descritos em lábios menores da vulva e clitóris. É mais frequente em crianças, embora existam casos descritos em adultos. A constrição pelo elemento piloso leva a isquemia, edema e dor variável e pode ter um desfecho dramático como amputação do órgão envolvido.

**Objetivo:** Apresentação de um caso clínico de STP do Pênis e revisão bibliográfica do tema.

**Material e métodos:** Relato de um caso clínico de um doente com STP do pênis. A obtenção da informação clínica relevante foi realizada através da consulta do processo clínico e entrevista do paciente. A revisão bibliográfica foi realizada através de pesquisa na base de dados PubMed.

**Resultados/Caso Clínico:** Este é o caso de um homem de 63 anos, com antecedentes de tabagismo, dislipidemia e doença arterial periférica, que recorreu ao serviço de urgência por uma ferida peniana, com 2 semanas de evolução, na dependência de pêlos púbicos que envolviam circunferencialmente o pênis, sendo que o doente teria tentado a sua remoção sem sucesso. O exame objetivo revelou uma ferida circunferencial do pênis, ao nível do sulco coronal, com penetração a nível do tecido conjuntivo na face dorsal e lateral, com preservação dos corpos cavernosos, mas a nível ventral com secção do corpo esponjoso e da uretra, mantendo intacto o prato uretral dorsal. O doente foi intervencionado cirurgicamente, sob anestesia geral, tendo-se realizado uma incisão coronal e deslucamento peniano, isolamento do corpo esponjoso com avivamento dos bordos uretrais, anastomose dos topos uretrais e corporoplastia dos corpos cavernosos. O doente encontra-se neste momento no pós-operatório precoce.

**Discussão/Conclusões:** O estrangulamento do pênis por um elemento piloso, conhecido como síndrome do torniquete do pênis, é uma entidade rara. Caracteriza-se pela constrição circunferencial de um apêndice (dedos ou genitais) por pêlos humanos ou, ocasionalmente, por algum material fibroso exógeno, embora na maioria dos casos o agente causador seja um pêlo humano. O pêlo possui características físicas que o tornam um torniquete ideal, pois é fino, elástico e expande com facilidade quando húmido, retraindo num ambiente mais seco sem perder capacidade de tensão. Esta doença é mais comum em crianças, por volta dos 2 anos de idade, e é presumivelmente um evento accidental, por envolvimento do pênis por um pêlo materno ou da própria criança, embora estejam descritos casos de abuso sexual. As crenças culturais também podem ter um papel nesta síndrome, já que existem casos reportados de colocação de cabelos na parte distal do pênis para melhoria da função sexual na idade adulta. A circuncisão é considerada um factor de risco major para o estrangulamento, já que os pêlos parecem esmagular mais facilmente um pênis circuncidado que um pênis com um prepúcio normal. Neste paciente, o factor causal mais provável parece ter sido a pobre higiene local e a doença vascular periférica, que terão levado a que o diagnóstico tenha sido tardio, sobretudo por o doente não manifestar evidente dor, o que presume um défice a nível da enervação periférica, possivelmente isquémico, e que pode ter contribuído para o atraso na procura de assistência médica.

A síndrome do torniquete piloso do pênis no adulto é uma condição muito rara, que deve ser tida em conta e para a qual deve haver um nível de suspeição elevado, para além de um exame objetivo cuidadoso. O diagnóstico e intervenção precoce, nomeadamente com a remoção atempada do agente causador,



pode prevenir complicações sérias, enquanto o diagnóstico tardio pode levar a dano irreparável e até necrose do pênis com necessidade de amputação.

## PO 90

### ESTENOSE URETERAL BILATERAL POR ENDOMETRIOSE; ABORDAGEM CIRÚRGICA

Simão Abreu; Daniel Costa; João Silva; Carlos Silva  
*Centro Hospitalar Universitário de São João Faculdade de Medicina da Universidade do Porto*

A estenose ureteral é uma patologia com incidência desconhecida na população geral que obriga a um estudo etiológico e pode ter correção por técnicas endoscópicas ou cirúrgicas. Pretendemos descrever um caso clínico ureterohidronefrose bilateral e sua gestão. Realizou-se a recolha de registos clínicos disponíveis em arquivo digital. Mulher de 48 anos, com antecedentes médicos de hipotireoidismo, obesidade, dislipidemia e síndrome antifosfolípido e antecedentes cirúrgicos de cesariana. Doente assintomática do foro urológico até dezembro de 2018, altura em que inicia quadro de lombalgia bilateral, negando outros sintomas como febre, hematuria e sintomas do aparelho urinário baixo. Foi avaliada nos cuidados de saúde primários e realizou TC abdomino-pélvico que revelou ureterohidronefrose bilateral, medindo o bacinete direito 30mm e o esquerdo 23mm, com ureteres tortuosos até ao cruzamento dos vasos ilíacos, não se objetivando compressão extrínseca. Doente apresentava estudo imagiológico de 2016 sem alterações significativas e um estudo analítico sumário sem alterações de relevo. Foi então referenciada a consulta de Urologia, tendo realizado renograma com <sup>99m</sup>Tc-MAG3 que revelou função diferencial normal, com estase pielocalicial bilateral, sem resposta a diurético. Cistoscopia e citologia urinária negativas. No seguimento do estudo etiológico, realizou em Maio de 2019, pielo-

grafia retrograda com marcada estenose dos ureteres ao nível dos ilíacos. Ureteroscopia semirrígida com estenose bilateral ao nível dos vasos ilíacos, sem evidencia de lesões neoplásicas, tendo sido cateterizada retrogradamente bilateralmente com cateter JJ. Doente com melhoria sintomática após derivação urinária; removidos cateteres passados 3 meses com recorrência dos sintomas. Proposta para dilatação com balão e nova colocação de JJ em dezembro de 2019, procedimento que decorreu sem intercorrências. Realizada nova remoção de cateteres ureterais, com rápida recidiva sintomática e desenvolvimento de pielonefrite aguda obstrutiva, com necessidade de derivação urinária bilateral urgente. Proposta então para reparação ureteral. Intraoperatoriamente constatação de ureteres fibrosados após o cruzamento dos ilíacos, não sendo possível dissecação e mobilização distal. Optou-se por realizar um reimplante ureteral direito com boari e do ureter esquerdo com Psoas hitch. Período pos-operatório complicado por ileus paralítico, resolvido com tratamento médico, tendo doente tido alta para domicílio ao 12º dia. Análise anatomopatológica dos fragmentos de ureteres afetados revelou endometriose. Doente removeu JJ na consulta externa 2 meses após cirurgia, tendo realizado ecografia de reavaliação com resolução do quadro de hidronefrose, encontrando-se atualmente assintomática. Existem várias causas de estenoses ureterais: neoplasia, litíase, radiação, iatrogenia, endometriose e tuberculose; a estenose ureteral é habitualmente identificada em TC, no entanto pode beneficiar de melhor caracterização com pielografia anterógrada ou retrograda ou ureteroscopia diagnóstica. Deve-se também proceder à avaliação da função diferencial renal através de renograma. São indicações para intervenção cirúrgica estenoses a presença de dor refratária a terapêutica médica,



agravamento da função renal, pielonefrites de repetição e exclusão de neoplasia. O tratamento das estenoses ureterais é variado, podendo haver necessidade de derivação urinária alta em fase aguda. A dilatação com balão e as restantes técnicas endoscópicas tem alta taxa de recidiva com estenoses longitudinalmente extensas ou obliterativas. A abordagem cirúrgica das estenoses ureterais depende da extensão e do nível da estenose. Na presença de lesões do ureter distal em que a distância entre o topo distal do ureter e a parede da bexiga seja  $>4\text{cm}$ , poderá haver necessidade da sua aproximação com recurso a elevação da bexiga com psoas hitch ou sua tubularização proximal com flap Boari, ambas técnicas com boa taxa de sucesso.

## PO 91

### EXTRACÇÃO DE STENTS URETERAIS CALCIFICADOS: EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL CENTRAL

Miguel Gil; Rui Bernardino; Thiago Guimarães; Mariana Medeiros; Vanessa Andrade; João Guerra; Nguete Veloso; João Cunha; José Cabrita Carneiro; Luís Campos Pinheiro

*Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central*

**Introdução:** Os stents ureterais calcificados impedem a drenagem de urina, representando um risco aumentado de infecção do trato urinário, de doença renal crónica e de ruptura durante a sua extracção. A remoção de stents ureterais calcificados é de difícil execução técnica, sendo frequentemente necessária mais do que uma intervenção cirúrgica para o conseguir.

**Objectivo:** Este estudo teve como objectivo a caracterização dos doentes com stents ureterais calcificados e dos procedimentos necessários para os extrair.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva, observacional e descritiva de todos os doentes com stents calcificados extraídos com su-

cesso entre Outubro de 2020 e Julho de 2021. Foram apenas incluídos doentes cuja indicação inicial para colocação de stent ureteral foi por litíase urinária. As características clínicas e os procedimentos efectuados foram recolhidos a partir do processo clínico informatizado dos doentes. Os doentes sujeitos a mais do que uma intervenção cirúrgica foram submetidos a caracterização adicional.

**Resultados:** Foram extraídos com sucesso 30 stents ureterais que se encontravam calcificados de 30 doentes diferentes neste período de tempo. O local de máxima calcificação do stent ureteral encontrava-se no pigtail distal em 18 doentes, no ureter em 7 doentes e no pigtail proximal em 5 doentes. Em 6 doentes foi necessária mais do que uma intervenção cirúrgica para se conseguir extrair o stent ureteral. Foram realizadas no total 40 cirurgias: extracção simples sob anestesia geral/locoregional – 9 doentes; cistolitofragmentação – 10 doentes; URC – 6 doentes; RIRS – 2 doentes; PCNL – 5 doentes; ureterolitotomia via laparoscópica – 1 doente; cistolitofragmentação + URC – 5 doentes; cistolitofragmentação + RIRS – 1 doente; RIRS + PCNL – 1 doente. A média foi de 1,33 cirurgias/doente. A realçar que 13 doentes apresentam ainda actualmente litíase residual significativa. Quanto aos 6 doentes com necessidade de mais do que 1 cirurgia para extrair o stent ureteral, verificou-se que apresentam scores mais elevados no sistema de classificação KUB (10,2 versus 6,1), nomeadamente, elevada prevalência de calcificação do pigtail proximal e presença de ITU durante a permanência do stent ureteral (5 em 6 doentes). Não houve complicações cirúrgicas em nenhum doente.

**Discussão e Conclusões:** Os doentes com stents calcificados representam um desafio para o Urologista, devendo ser intervencionados após estudo de imagem prévio e respectiva caracterização do grau e localização das

calcificações. Verificou-se, no entanto, que na maioria dos doentes se conseguiu extrair o stent calcificado numa única intervenção cirúrgica. Doentes com calcificação do pigtail proximal e scores mais elevados no sistema de classificação KUB são doentes potencialmente mais complexos e com necessidade de mais do que 1 cirurgia. Finalmente, é de realçar que quase metade dos doentes apresentam litíase residual significativa, sendo, portanto, a extracção do stent calcificado apenas um passo no tratamento destes doentes.

## PO 92

### URETEROSCOPY AND RETROGRADE INTRARENAL SURGERY WITH NO AUXILIARY FLUOROSCOPY – IS IT TRULY POSSIBLE? A SYSTEMATIC REVIEW

Cardoso A.<sup>1</sup>; Marques I.<sup>2</sup>; Ribeiro J.D.<sup>2</sup>; Tinoco C.<sup>1</sup>; Araujo A. S.<sup>1</sup>; Matos Rodrigues R.<sup>1</sup>; Anacleto S.<sup>1</sup>; Passos P.<sup>1</sup>; Lima E.<sup>2</sup>; Cerqueira Alves M.<sup>1</sup>; Mota P.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital de Braga, Portugal; <sup>2</sup>University of Minho - School of Medicine, Braga, Portugal

**Background:** Ureteroscopy (URS) and retrograde intrarenal surgery (RIRS) for the treatment of urolithiasis are usually performed under fluoroscopic guidance, with high stone-free rates (SFR) and infrequent complications. However, due to concerns regarding radiation exposure and its associated risks, fluoroscopy-free techniques are being developed. Thus, through this systematic review, we aim to assess the efficacy and safety of fluoroscopy-free URS and RIRS.

**Materials and methods:** We performed a systematic review based on the PRISMA statement and searched Pubmed and Scopus databases for eligible articles until 31 March, 2020. Studies providing data on SFR, complications or retreatment rate for fluoroscopy-free URS or RIRS were included. We assessed the quality of evidence and risk of bias using the Critical Appraisal Skills Programme

or the Institute of Health Economics Appraisal Checklist, depending on the study type.

**Results:** We included 17 publications, accounting for a total of 2957 patients. In Figure 1 we explain the process of study selection. In the comparative studies, no significant differences between fluoroscopy-free or conventional fluoroscopic guided procedures in terms of SFR, complications, or retreatment rate, were found. Most case series reported SFR >85% and low complication rates. In Table 1 we present detailed results. Most studies had moderate quality and 3 were high-quality studies.

**Conclusion:** Analysing the data from this systematic review, we suggest URS and RIRS remain effective without fluoroscopy, having no negative impact on the management of kidney stones disease, while preserving the health of patients and workers. However, large prospective studies are needed for higher quality evidence.

## PO 93

### CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS: MÚLTIPLAS METASTASECTOMIAS DE METÁSTASES METÁCRONAS ATÍPICAS – UM CASO CLÍNICO

Simão Abreu; Pedro Mendes; Paulo Dinis; Ulisses Ribau

*Centro Hospitalar Universitário de São João Faculdade de Medicina da Universidade do Porto*

**Introdução:** O surgimento de metástases do carcinoma de células renais de células claras (CCRcc) após a nefrectomia é um quadro possível, ocorrendo em 20 a 40 % dos casos. Com a evolução das terapêuticas sistêmicas, a metastasectomia deixou de ser a única arma terapêutica. Apesar da discussão, não há estudos prospectivos para comparação das duas terapêuticas. As metástases atípicas geralmente são em topografia superficial e são, por definição, todas aquelas que não

sejam pulmonares, ósseas, hepáticas ou cerebrais. Quando presentes, as metástases atípicas correlacionam-se com maior probabilidade de surgirem novas metástases durante o seguimento da doença.

**Materiais e métodos:** Recolha de registos clínicos e de imagens disponíveis em arquivo digital.

**Caso clínico:** Um homem de 59 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo, com achado imagiológico em 2007 de massa renal de 8x8x7 cm, no pólo inferior do rim esquerdo. Foi submetido a nefrectomia radical esquerda, no serviço de urologia de um hospital universitário terciário, no mesmo mês. A histologia da peça revelou um CCRcc - pT2, grau 3 de Furhman - com estadiamento completo de pT2NOMO, margens livres. Ficou em vigilância na consulta externa, com Tomografia Computorizada (TC) toraco-abdomino-pélvico.

Em 2013, apresentou uma tumefação de novo em topografia pré-auricular esquerda com tradução imagiológica em TC por nódulo hipercaptante de contraste – submetido a paratiroidectomia e sialoadenectomia esquerda pela equipa de tiróide do serviço de Cirurgia Geral do mesmo hospital. A análise patológica evidenciou duas pequenas metástases (57x40mm e 25x20 mm) do carcinoma inicial, com margens livres.

Manteve o protocolo de seguimento, com aumento da abrangência imagiológica da TC, começando a realizar TC cervico-toraco-abdomino-pélvico, dado o antecedente de metástase atípica prévia. Em 2015 surgiu novo nódulo hipercaptante em TC, desta vez no tecido muscular nadegueiro direito. Após exeresse cirúrgica completa do mesmo, em 2016, a análise histológica revelou nova metástase única metácrona do CCRcc inicial.

No estudo imagiológico de 2019, apresentou duas lesões pancreáticas hipervasculares de

novo, uma menor de 14 mm no corpo pancreático e outra lesão de 30 mm no processo unciforme altamente sugestivas de metástases de CCR (diagnóstico diferencial: neoplasia pancreática neuroendócrina). A ressonância magnética abdominal realizada no seguimento manteve o elevado grau de suspeição de lesões metastáticas e confirmou a potencial ressecabilidade cirúrgica das mesmas. A biópsia percutânea das lesões foi inconclusiva. Foi realizada duodeno-pancreatectomia de intuito curativo, tendo a análise histológica revelado nova metástase do CCRcc. Doente mantém-se atualmente em seguimento imagiológico sem nova recidiva. No seguimento e tratamento deste caso, nunca foi realizada terapêutica sistémica.

**Discussão/Conclusão:** Dada a ausência de estudos prospetivos a comparar a terapêutica sistémica com a metastasectomia, alguns estudos têm sido puublicados com base em análises retrospectivas. Em comum destes estudos, a metastasectomia parece ter um efeito benéfico na sobrevida global dos doentes ainda que em regra geral haja um viés realacionado com o melhor estado geral, menor idade e menor pT nas metástases metacronas. A resseção completa na metastasectomia parece ser o factor de risco independente mais importante para o sucesso da terapêutica. Neste caso clínico, a metastasectomia de lesões metácronas do CCRcc parece uma boa atitude terapêutica, com bons resultados e boa sobrevida, dadas as características favoráveis do carcinoma inicial (pT-2NOMO, recessão completa), das metástases e do estado do doente.



## AN EXTREMELY RARE CASE OF SYNCHRONOUS RIGHT KIDNEY METANEPHRIC ADENOMA AND LEFT KIDNEY CLEAR CELL CARCINOMA

Thiago Guimarães; João Cunha; João Guerra; Mariana Medeiros; Vanessa Andrade; Rui Bernardino; Gil Falcão; Francisco Fernandes; Pedro Baltazar; Hugo Pinheiro; João Pina; Frederico Ferronha; Rui Farinha; Luis Severo; José Paulo Patena Forte; José Pedro Cabrita Carneiro; Nelson Menezes; Luis Campos Pinheiro  
*Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central*

**Introduction:** The occurrence of synchronous bilateral renal neoplasms with different histology in the same individual is very rare. Metanephric adenoma (MA) is a rare benign neoplasm of epithelial cell, stromal cells or both, accounting for 0.2% of adult renal epithelial neoplasm and occurring mostly in women (2:1) between 50-60 years-old. To date, fewer than 200 cases of MA have been reported worldwide in the English-language literature.

**Objectives:** The aim of this study is to report an unusual case of a female patient with bilateral renal tumours.

**Materials and methods:** Clinical data collected from the hospital diary of the patient.

**Results:** A 48-year-old patient with a history of hypertension and persistent headache was evaluated for secondary causes of hypertension. As renal parenchymal disease is one of the most common causes of secondary hypertension she performed a kidney ultrasound that showed a 9.7 cm solid mass in the lower pole of the right kidney. CT-scan was performed and showed on the right kidney a tumour with 9 cm of diameter and aspects compatible with oncocytoma / hypovascular renal tumor. On the left kidney she presented a 2.4 cm mass suspected of clear cell carcinoma.

We performed transperitoneal laparoscopic right radical nephrectomy in 22/05/2019. His-

topathological findings reveals a total nephrectomy specimen measuring 15x8.5x6.5 cm and 617 g with a deformed lower pole due to the presence of a solid intraparenchymal tumor. After sectioning, a well-circumscribed nodular tumor was observed, extending from the medullary portion to the capsule, longer axis of 11 cm, homogeneous consistency, hemorrhagic speckling, beige color and with a central area of edematous and scarring appearance. No invasion of perirenal fat or renal sinus is observed. On microscope tumour presents a benign hypercellular epithelial neoplasm discovered by small, uniform and round tubules, composed of cells with sparse cytoplasm, small, uniform, hyperchromatic nuclei and no evident nucleolus. No atypia, mitosis or necrosis. Minor stroma with focal edema. Negative surgical margins were achieved.

In 23/09/2019 the patient underwent transperitoneal laparoscopic left partial nephrectomy. Histopathological findings showed a Clear Cell Carcinoma (pT1).

After 2 years of regular follow-up there was no recurrence of both lesions and serum creatinine was 1,44mg/dL (GFR 44 mL/min).

**Conclusion:** When synchronous tumors of the kidney are present, may be difficult to choose which tumor should be treated initially. Benign lesions of the kidney present a challenging clinical diagnosis. Despite the sensitivity of current imaging techniques, histopathology is crucial for diagnosis. Surgery is recommended because of the risk of malignancy and low sensitivity of imaging for diagnosis.



**PO 95****SARCOMA SINOVIAL MONOFÁSICO DO RIM - UM DIAGNÓSTICO EXTREMAMENTE RARO NA LITERATURA**

Thiago Guimarães; João Cunha; Miguel Gil; João Guerra; Mariana Medeiros; Vanessa Andrade; Rui Bernardino; Gil Falcão; Francisco Fernandes; Pedro Baltazar; Hugo Pinheiro; João Pina; Frederico Ferronha; Rui Farinha; Luis Severo; José Paulo Patena Forte; José Pedro Cabrita Carneiro; Nelson Menezes; Luis Campos Pinheiro  
*Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central*

**Introdução:** Os sarcomas Sinoviais (SS) são neoplasias malignas raras; representam entre 5 a 10% dos sarcomas de partes moles sendo um diagnóstico extremamente raro no trato genito-urinário. O primeiro caso descrito foi Argani et al. no ano 2000 e atualmente estão descrito cerca de 40 casos na literatura.

**Objetivos:** Descrever um caso de sarcoma sinovial monofásico primário do rim operado por cirurgia robótica e realizar uma breve revisão sobre o tema.

**Material e métodos:** Colheita de dados do registo clínico interno do doente.

**Resultados:** Doente do sexo masculino, 69 anos com queixas de hematúria macroscópica com 2 semanas de evolução e desconforto lombar esquerdo. Realizou TC-TAP identificando-se lesão sólida do rim esquerdo com 8cm com características de lesão atípicas, sem alterações significativas da gordura perirrenal, mas registando-se um espessamento da fásia de gerota esquerda, com aparente trombo na veia renal esquerda, sem atingir a veia cava inferior e sem metástases a distância. (T3 N0 M0). Realizou nefrectomia radical esquerda laparoscópica assistida por robot com milking de trombo da veia renal e laqueação da veia renal interaortocava, além de linfadenectomia lateroortica. Pós operatório sem intercorrências de relevo. A anatomia patológica revelou positividade para Vim e para

EMA e o estudo genético revelou quebra do gene SS18, sendo compatível com sarcoma sinovial monofásico fusocelular. Atualmente o doente não tem recorrência da doença e está em vigilância em consulta de sarcomas.

**Conclusão:** Os SS de localização renal são extremamente raros. Estes tumores quando se localizam no rim representam um desafio diagnóstico e requer a adequada correlação clínica, imagiológica, cirúrgica e patológica para o seu correcto diagnóstico e tratamento.

**PO 96****TUMOR ADENOMATÓIDE DA TÚNICA ALBUGÍNEA - PATOLOGIA RARA TRATADA COM PRESERVAÇÃO DO TESTÍCULO**

Afonso Castro<sup>1</sup>; Carolina Borges da Ponte<sup>1</sup>; Miguel Fernandes<sup>1</sup>; Miguel Miranda<sup>1</sup>; João Gomes<sup>1</sup>; Filipe Lopes<sup>1</sup>; Joana Polido<sup>2</sup>; Tiago Ribeiro Oliveira<sup>1,3</sup>; José Palma dos Reis<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Urologia, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte, Lisboa, Portugal;* <sup>2</sup>*Serviço de Urologia, Hospital São Bernardo, Setúbal, Portugal;* <sup>3</sup>*Serviço de Urologia, Hospitalar das Forças Armadas, Lisboa, Portugal*

**Introdução:** O tumor adenomatóide do aparelho genitourinário é uma neoplasia mesenquimatosa benigna, localizada na sua maioria dos casos no epidídimo, sendo uma entidade rara e representando cerca de 30% dos tumores paratesticulares. A sua localização primária no testículo ou nas suas túnicas constitui um caso muito mais raro. Pela apresentação clínica inespecífica e pelo facto de não apresentar características distintivas na ecografia escrotal, a sua diferenciação face a um tumor maligno, que é bastante mais comum, constitui um desafio, podendo assim conduzir a um procedimento cirúrgico desnecessário. A ecografia escrotal e a ressonância magnética permitem a sua caracterização e avaliação, sendo o tratamento recomendado a excisão da lesão com preservação do testículo.

**Objetivos:** Apresentação de um caso raro de tumor adenomatóide da túnica albugínea do testículo, submetido a orquidectomia parcial, alertando para a sua existência e o seu desafiante diagnóstico.

**Material e métodos:** Processo clínico do doente.

**Resultados:** Um homem de 52 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e hepatite B, apresenta-se na consulta de Urologia por achado incidental de nódulo endurecido no hemiescroto esquerdo. Ao exame objetivo, apresentava nódulo endurecido ao nível do testículo esquerdo, indolor, sem sinais inflamatórios e sem aparente relação com o epidídimo homolateral. Negava outros sinais ou sintomas associados, nomeadamente queixas miccionais. Negava história de traumatismo recente ou passado.

Pelas características suspeitas, foi realizado uma ecografia escrotal com estudo Doppler, que demonstrou formação nodular no polo inferior do testículo esquerdo, hipocogénica e de contornos bem definidos, com 10mm de diâmetro, sem fluxo vascular. Os marcadores tumorais (desidrogenase láctica, alfa-fetoproteína e fração beta da gonadotrofina coriônica humana) foram negativos. O doente foi proposto para orquidectomia radical esquerda, tendo posteriormente recorrido a nova consulta de Urologia para 2ª opinião.

Após avaliação clínica e reavaliação das imagens, foi decidida a realização de ressonância magnética pélvica para melhor caracterização da lesão, tendo esta demonstrado formação nodular em continuidade com a túnica albugínea, de forma regular, com hipossinal em T2 e ligeiro hipossinal em T1, características que favoreciam a etiologia benigna.

Foi decidida a realização de exploração escrotal por via inguinal, tendo sido realizado exame extemporâneo da lesão, que não demonstrou características de malignidade, pelo que

se procedeu a orquidectomia parcial, tendo sido poupado o restante testículo.

A avaliação anatomopatológica final da lesão demonstrou tumor adenomatóide da túnica albugínea testicular.

O doente encontra-se atualmente em vigilância em consulta de Urologia.

**Discussão/Conclusões:** O tumor adenomatóide da túnica albugínea constitui uma lesão benigna, sendo recomendada a sua exérese cirúrgica, preservando o testículo. Este representa cerca de 7% dos tumores intraescrotais, sendo que apenas 14% deles se encontram localizados no parênquima ou nas túnicas do testículo. O recurso à ecografia escrotal permite a localização destas lesões em topografia paratesticular ou na túnica vaginal, mas a sua localização na túnica albugínea ou no parênquima testicular tornam-no indistinguível de uma lesão testicular maligna. Nestes casos, a ressonância magnética pélvica pode adicionar informações importantes, tal como reportado no presente caso, onde permitiu a sua localização e origem na túnica albugínea do testículo.

Este caso permite alertar para a possível localização infrequente de um tumor adenomatóide, que com a avaliação clínica e imagiológica com recurso a ressonância magnética permitiu a sua excisão bem sucedida e preservação do testículo homolateral.

O seguimento destes tumores deve ser realizado com recurso à ecografia escrotal, não havendo descrições na literatura de recorrência local ou à distância deste tumor.

**PO 97****RIRS, TRATAMENTO SEGURO E EFICAZ NA ABORDAGEM DA LITÍASE RENAL – EXPERIÊNCIA DE 14 ANOS DE UM CENTRO CLÍNICO**

Débora Araújo<sup>1</sup>; Carolina Marramaque<sup>1</sup>; Daniela Pereira<sup>1</sup>; Raquel Rodrigues<sup>1</sup>; Alexandre Gromicho<sup>2</sup>; Samuel Bastos<sup>1</sup>; Pedro Costa<sup>1</sup>; Jorge Dias<sup>1</sup>; Vitor Oliveira<sup>1</sup>; Paulo Espiridião<sup>1</sup>; Rui Amorim<sup>1</sup>; Luís Costa<sup>1</sup>; Luís Xambre<sup>1</sup>; José Amaral<sup>1</sup>; Luís Ferraz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CHVN Gaia/Espinho; <sup>2</sup>Hospital Central do Funchal

**Introdução:** Com a evolução da endourologia, nomeadamente com o desenvolvimento de ureterorenoscópios flexíveis, a cirurgia intrarrenal retrograda (RIRS) tem conquistado um papel cada vez mais importante no tratamento de cálculos renais. Cada vez mais popular, tem sido uma alternativa a litotricia extracorporeal, com menor número de intervenções subsequentes, e uma abordagem menos invasiva comparativamente à nefrolitotomia percutânea.

**Objetivos:** Avaliar a taxa de sucesso e de complicações dos doentes com litíase renal submetidos a RIRS. Identificar possíveis fatores preditores de taxa de sucesso de tratamento e de complicações cirúrgicas.

**Material e métodos:** Realizado um estudo retrospectivo de todos os doentes submetidos a RIRS no nosso centro clínico durante o período de 1-1-2004 a 31-12-2020. Como outcome de eficácia definiu-se a ausência de litíase no final do procedimento confirmada no primeiro exame realizado no pós-operatório. Como outcome de segurança definiu-se todas as complicações cirúrgicas observadas no período de 1 mês após o procedimento. Os dados foram recolhidos com base a informação clínica colhida no serviço de urgência, internamento hospitalar e consulta externa. Testaram-se como potenciais preditores: idade, sexo, índice de massa corporal, lateralida-

de, número de cálculos, localização do cálculo no grupo caliceal inferior, cateter ureteral ou nefrostomia percutânea prévia, colocação de bainha ureteral e carga litíásica.

**Resultados:** Nos últimos 14 anos, 220 doentes foram submetidos a RIRS no nosso centro clínico. Foram operadas maioritariamente mulheres (58,2%) e com média de idade de 54 anos. A mediana de tempo cirúrgico é de 90 minutos. A média de internamento cirúrgico foram 2 dias. Em todos os casos foi realizada cateterização ureteral no final do procedimento. A taxa de sucesso foi de 76,4% (n = 168). Nos casos de persistência de litíase após o procedimento, 59,6% dos doentes necessitaram de um segundo procedimento e 80,8% fizeram alcalinização urinária. Foram observadas 16,4% de complicações no pós-operatório, sendo a maioria Clavien grau I. Não foram observados óbitos após o procedimento. As complicações mais observadas foram infeções urinárias febris. Não foram identificados preditores do outcome de eficácia, encontrando-se uma associação entre cateter ureteral ou nefrostomia percutânea prévia e outcome de segurança (p = 0.02).

**Discussão/Conclusão:** A RIRS é um procedimento cirúrgico, minimamente invasivo, seguro e com uma taxa de sucesso elevada. Hoje em dia, é uma mais valia na abordagem de cálculos renais. No presente estudo, a presença de cateter ureteral ou nefrostomia percutânea prévia está associada a maior risco de complicações. Não foi possível identificar fatores preditores de falência do tratamento e outros de complicações cirúrgicas.



## BLADDER TUMORS IN YOUNG ADULTS: PRESENTATION, CLINICAL BEHAVIOR AND OUTCOME

Bárbara Oliveira; Pedro Barros; Marco Soares; Miguel Cabrita; Gilberto Rosa; Anibal Coutinho  
Centro Hospitalar Universitário do Algarve

**Introduction:** In young adults, urothelial carcinoma and other neoplasms of the bladder are rare. When these tumors do occur, they appear to exhibit unique clinicopathologic features, with preferentially low-grade morphology and decreased likelihood of recurrence and progression, although some debate exists regarding their biologic behavior.

**Aim:** There is not much evidence regarding clinical behavior of bladder cancer in younger patients. We evaluated clinical characteristics, tumor characteristics and recurrence and progression in patients younger than 40 years old

**Material and methods:** We retrospectively reviewed the medical records of patients less than 40 years old who were firstly managed with transurethral resection for bladder tumor (TURBT) in our department. Data were recorded regarding their presenting symptoms, medical history and any exposure to occupational risk factors. Staging and grading of bladder cancer was evaluated according to the tumor node metastasis classification (TNM) and the World Health Organization (WHO). Data were analyzed using SPSS version 13.

**Results:** Between January 2010 and December, 2020, thirty-one patients (19 males and 12 females) with a mean age at the time of diagnosis of 31.7 years (18–40 years) were firstly treated with TURBT in our department. In our series, there were 69.8% of males and 30.2% of females, 23.3% were under age of 30.

Macroscopic hematuria was the presenting symptom in 23 (53,5%) patients and the second cause of detection was incidental on imagiologic evaluation, 8(18,6%). 15 of our

patients were cigarette smokers, with a mean number of 411 packs per year, and 4 had problems with drug addiction.

Final pathology revealed 28 (62,8%) patients with urothelial bladder cancer and 16 (37,2%) patients with benign neoformations, of them 12 (27,9%) presented multifocality.

Twenty three (53,5%) patients were diagnosed with GI or GII and 5 (11,6%) patients with GIII disease. Three(7%) patients presented with T1 disease. Two (4,6%) patients with invasive disease underwent cystectomy (T4a) and adjuvant chemotherapy and developed metastatic disease and died after less than a year after surgery. Another cystectomy was performed on a patient with TaG2 on the first TURB1aT because he was a toxicodent who suffered two recurrences and didnt comply with neither the follow-up nor the intravesical QT, since he only returned to the ER when presenting hematuria.

Ten (38,4%) patients recurred during followup with a disease free recurrence rate of 65% the first 2 years after surgery. From those, 1 patient progressed to higher grade disease. Two patients died during followup, one of them were R1

**Conclusions:** Bladder urothelial carcinoma in patients younger than 40 years is usually low stage and low grade with some exceptions specially in the presence of risk factors and associated diseases. Management of these patients should be according to clinical characteristics and no different from older patients with the same disease.



**PO 99****UM CASO RARO DO SÍNDROME DE BIRT-HOGG-DUBÉ**

Daniela Pereira; Carolina Marramaque; Débora Araújo; Samuel Bastos; Luís Costa; Jorge Dias; Luís Ferraz  
*Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho*

**Introdução:** O Síndrome de Birt-Hogg-Dubé é uma condição clínica rara, de transmissão autossômica dominante. É uma entidade complexa, caracterizada pela presença de fibofolículos cutâneos; tumores renais; quistos pulmonares e pneumotorax espontâneo.

Na sua relação com a patologia urológica, o síndrome de Birt-Hogg-Dubé caracteriza-se pela diversidade histológica dos tumores renais, no mesmo rim ou doente. No entanto, o carcinoma de células renais tipo cromóforo é o mais comum. Os tumores renais nestes doentes surgem em idade mais precoce que os tumores esporádicos e são habitualmente múltiplos e bilaterais.

**Descrição do caso clínico:** Doente do género feminino, com 56 anos de idade, saudável.

Observada na consulta externa de pneumologia por dispnea progressiva para esforços com meses de evolução.

Realizou TC do torax, onde foi identificada a presença de formações quísticas torácicas bilaterais e como achado incidental a presença de massa renal, melhor caracterizada por RNM, compatível com massa sólida.

Do exame objetivo destacou-se a presença de lesões cutâneas, compatíveis com fibofolículos.

O conjunto de achados clínicos, levantou a suspeita clínica de se tratar de um síndrome de Birt-Hogg-Dubé.

A doente foi submetida a nefrectomia radical esquerda.

A histologia revelou a presença de Carcinoma de células renais.

O estudo genético confirmou a presença de uma mutação no gene FLCN.

**Conclusão:** Os carcinomas de células renais hereditários contribuem para cerca de 5 a 8 % de todos os tumores renais. Estes doentes têm maior risco de desenvolver tumores múltiplos, bilaterais e em idades mais precoces.

O Síndrome de Birt-Hogg-Dubé deve ser investigado em todos os doentes que se apresentem com massas renais bilaterais e com predomínio do tipo cromóforo.

A identificação destes síndromes, permite uma melhor vigilância clínica destes doentes, com maior risco de desenvolverem neoplasias e o rápido rastreio dos seus familiares.

**PO 100****EXPERIENCE IN PRIMARY URETHRAL CANCER FROM A SINGLE TERTIARY CENTER**

Nuno Dias; Teresa Pina-Vaz; Pedro Pereira; Luís Pacheco-Figueiredo; Francisco Botelho  
*Centro Hospitalar e Universitário de São João*

**Introduction and Objectives:** Primary urethral cancer is a rare malignancy, which makes its optimal management difficult to define. Consensus guidelines are hard to reach and decisions rely on the knowledge obtained from retrospective studies.

**Materials and methods:** We aimed to review our institution experience with primary urethral cancers from 2008 to 2020.

**Results:** We retrospectively identified 9 patients with primary urethral cancer diagnosed and treated at our center. We review and describe clinical features, treatments and results. Median age at diagnosis was 75 (range 60-87) years, and 8 (89%) patients were male. Histology was epidermoid carcinoma in 5 (56%), urothelial carcinoma in 3 (33%) and adenocarcinoma in 1 (11%) patients. 4 (44%) patients presented stage II, 2 (22%) stage III and 3 (33%) stage IV disease. Regarding treatments, 2 patients received only subsequent TUR; 4 patients received a radical cystectomy, all with concomitant urethrectomy;

2 patients received inguinal lymphadenectomies and only in 2 subsequent chemotherapy and radiotherapy were performed. Overall survival for this series was 67%, with a median follow-up of 21 months. 3 (33%) patients died from the disease, and 6 (67%) remain disease-free at last follow-up.

**Conclusion:** Primary urethral carcinoma is a rare disease with heterogeneous presentations. Patients with Stages I-III disease may do well with radical directed (multimodal) treatments and patients with Stage IV disease seem to have poor prognosis. Multi-institutional studies are needed in order to provide better treatment recommendations.

#### PO 101

### SINGLE CENTER EXPERIENCE WITH GENITOURINARY TUBERCULOSIS INFECTION

Nuno Dias; Teresa Pina-Vaz; Tiago Costa; Pedro Pereira; Luís Pacheco-Figueiredo; Francisco Botelho

*Centro Hospitalar e Universitário de São João*

**Introduction and objectives:** Urogenital Tuberculosis (UTB) and Disseminated Tuberculosis (DTB) affecting genito-urinary system are more frequent in developing countries but are often overlooked in developed ones. We aimed to review our experience with tuberculosis infections affecting the urogenital system regarding their presentation, diagnosis, surgical treatments, and prognosis.

**Materials and methods:** We retrospectively reviewed data from patients diagnosed with tuberculosis infections affecting the urogenital system, diagnosed in a tertiary center in a developed European country from 2005 to 2018. Diagnosis of UTB was made with at least one of the following: the isolation of *Mycobacterium tuberculosis* complex (MTC) in urine culture, positive urine PCR for MTC, or histopathological evidence. Diagnosis of DTB was made by the presence of MTC in two non-

-adjacent organs, blood cultures, as well as liver or bone biopsies.

**Results:** We included 175 patients, 34 with UTB and 141 with DTB. UTB patients had a lower median age, were less likely to be male, injected drug users, or immunosuppressed than DTB patients. Patients with UTB presented most commonly were related to the urinary tract, with 47% complaining of LUTS attributed to UTIs and 44% of dysuria, while patients with DTB presented mainly with systemic symptoms, with 89% complaining of malaise, 62% of fever, and 27% of anorexia. Patients with UTB were more likely in need of urological surgery as part of their treatment and patients with DTB were more likely to die as a result of MTC infection.

**Conclusion:** Tuberculosis of the urogenital system can have multiple clinical presentations, and a simple diagnostic algorithm does not exist. Clinicians should remember that MTC infection can be a possible diagnosis in atypical presentations. In the presence of UTB in injected drug users, immunosuppressed individuals, or patients with systemic symptoms, we should think of DTB and remember that these patients less frequently need surgery but may warrant the worst disease outcome.

#### PO 102

### TRANSPOSIÇÃO DA VEIA RENAL ESQUERDA NO TRATAMENTO DO SÍNDROME DE NUTCRACKER

José Alberto Pereira; Manuel Lopes; Vasco Quaresma; João Lima; Ana Marta Ferreira; Miguel Eliseu; Luís Sousa, Belmiro Parada;

Arnaldo Figueiredo

*Serviço de Urologia do Instituto Português de Oncologia - Coimbra; Serviço de Urologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** O Síndrome de Nutcracker resulta da compressão da veia renal esquerda (VRE) entre a artéria mesentérica superior (AMS) e

a Aorta, que leva a dilatação da veia renal a montante dessa compressão. A apresentação clínica destes doentes inclui hematúria, proteinúria ortostática, dor no flanco ou na região pélvica. Apesar de incomum, estabelecer o seu diagnóstico é essencial para reduzir a morbidade associada, como o desenvolvimento de doença renal crónica secundária a hipertensão na VRE ou a trombose da mesma. O diagnóstico é confirmado com recurso a eco doppler, flebografia, tomografia computadorizada ou ressonância magnética. O tratamento varia de acordo com a clínica do doente – ainda que muitas vezes seja suficiente uma abordagem conservadora, em certos casos a opção cirúrgica é necessária: (1) cirurgia aberta; (2) cirurgia laparoscópica e (3) abordagem endovascular.

**Objetivo:** Apresentar um caso clínico de síndrome de Nutcracker submetido a transposição da veia renal esquerda.

**Caso clínico:** Jovem de 23 anos, sexo masculino, apresenta-se na consulta de Urologia por períodos de hematúria recorrente e dor no flanco esquerdo ao longo de 6 anos, que motivaram várias idas ao serviço de urgência. Da investigação imagiológica realizada (eco doppler e tomografia computadorizada) destacam-se: ângulo aorto-mesentérico muito reduzido ( $\sim 14^\circ$ ) condicionando marcada compressão da veia renal esquerda, com a VRE de 15,3mm no hilo e 3,6mm entre a Aorta e AMS (ratio 4,3) e no testículo esquerdo, junto ao polo superior, ectasias venosas.

Inicialmente opta-se por abordagem conservadora em que se reforça a importância do ganho ponderal, de modo a aumentar o tecido adiposo retroperitoneal e assim reduzir a tensão sobre a VRE. Utente ganhou 2Kg, mas sem melhoria das queixas. Por manutenção do quadro ao longo de vários meses e sem resposta a medidas conservadoras, opta-se por uma abordagem cirúrgica com transposição da VRE para

posição caudal na Veia Cava Inferior (VCI). Paciente em decúbito dorsal, através de incisão mediana supra-umbilical acede-se a cavidade abdominal. Retração do colon esquerdo para posição cefálica e abordagem do retroperitoneu, com exposição da Aorta e VCI. Identificada a VRE, que se encontrava engorrigada. Dissecção da VRE, com clampagem da artéria renal esquerda e da VRE. Clampagem parcial da VCI na confluência da VRE, com clamp de Satinsky. Secção da VRE junto a sua inserção na VCI. Cavorrafia com prolene 4/0. Incisão com aproximadamente 2cm na VCI, 4cm caudal da posição original da VRE. Reimplantação da VRE na VCI com prolene 5/0. Desclampadas VCI e VRE, não se constatarem perdas. Desclampagem da artéria renal, com tempo de isquémia de 12 minutos.

A cirurgia decorreu sem intercorrências e o doente teve alta ao 3º dia pós-operatório.

No 1º mês de seguimento a ecografia com doppler de controlo demonstra uma reconstrução patente, sem sinais de estenose remanescente. Mantém-se sem hematúria e sem outras queixas 4 meses após a cirurgia.

**Discussão/Conclusão:** O síndrome de Nutcracker é uma entidade rara, mas o seu reconhecimento e tratamento são fundamentais, não só para prevenir lesão renal, como no controlo sintomático.

Diversas técnicas foram desenvolvidas para o seu tratamento, no entanto, devido à escassez de dados e o reduzido tempo de seguimento nas series publicadas não existem recomendações claras quanto à melhor estratégia nestes doentes. A transposição da veia renal esquerda mantém-se a abordagem escolhida por múltiplos especialistas. Por outro lado, a abordagem endovascular tem ganho particular relevo nas mais recentes publicações. No entanto, ainda são escassos os estudos que demonstrem a durabilidade e patência a longo prazo desta abordagem.



## PENILE CANCER – A SINGLE CENTER 21 YEAR EXPERIENCE

Bernardo Lobão Teixeira; Catarina Tavares;  
Jorge Ricardo Correia; André Marques-Pinto;  
LaFuente Carvalho; João Cabral; Avelino Fraga  
*Centro Hospitalar e Universitário do Porto*

**Introduction:** Penile cancer (PC) is a rare malignancy accounting for less than 1% of all male cancers. The low incidence rates of PC limit widespread recommendations, and large-scale population-based studies are lacking. We sought to retrospectively review our results of the last 21 years.

**Objective:** To investigate penile cancer data in a large university teaching hospital for the past 21 years

**Methods:** Patients diagnosed and treated for penile cancer at our institution were identified over a 21-year period (2000-2021). Retrospective data regarding demographics, pathology results, local and distant treatment, lymph node management, recurrences and survival was reviewed. Overall survival was analysed using Kaplan Meier method and log-rank test.

**Results:** A total of 74 patients were identified between the year 2000 and 2021. Mean age at diagnosis was 62.6 years (SD 12.3). The most common site for tumour location was the penile gland (43.1%). Squamous cell carcinoma was the most frequent histological subtype of penile cancer (86.5%), followed by verrucous carcinoma (12.2%). Forty six percent of penile carcinomas were well differentiated, 43% moderately differentiated and 11.5% poorly differentiated. The median tumour size was of 30mm (IQR 20-45). Only 3% of patients in our sample had some sort of topical treatment (Imiquimod or laser therapy). Of the remaining patients that underwent surgical treatment, most (62.2%) had a partial penectomy, 14.9% a glanssectomy, 10.8% a total

penectomy and 12.2% a wide surgical excision of the tumour. Pathological T Staging was as follow: 2.8% Carcinoma in situ, 9.9% pTa, 26.8% pT1a, 5.6% pT1b, 21.1% pT2, 32.4% pT3 and 1.4% pT4. Overall, 35% of patients had palpable inguinal lymph nodes at diagnosis. Fifty nine percent of patients had some sort of pathological nodal staging – 20.8% had dynamic sentinel node biopsy; 5.6% modified inguinal lymphadenectomy; 2.8% had excisional biopsy of a lymph node; 4.2% fine needle aspiration cytology and 23.6% a radical inguinal lymphadenectomy. Thirty percent of patients had either pathological or clinical node positive disease (N1-3). Patients were staged according to the American Joint Committee on Cancer: 10% were Stage 0; 21.4% Stage I; 18.6% Stage IIA; 21.4% Stage IIB; 4.3% Stage IIIA, 5.7% Stage IIIB and 18.6% Stage IV. Estimated median overall survival of the patients in our sample was of 102 months (95%CI 73.3 – 130.7). Forty nine percent of all patients were dead at the end of the study period. Advanced staging reflected more aggressive disease and lower overall survivals, as seen in the Kaplan Meier curves.

**Conclusion:** We describe a cohort of patients diagnosed and treated at our center during the past two decades. Penile cancer remains an aggressive malignancy, with 30% of patients in our sample presenting with node positive disease, and 18.6% presenting at stage IV. In order to improve outcomes, past results should be critically assessed, and we argue that penile cancer management should be restricted to high volume centers.



**PO 104****COMPLICAÇÕES INFECIOSAS APÓS BIÓPSIA PROSTÁTICA TRANRECTAL: UMA REALIDADE PREOCUPANTE NA PRÁTICA CLÍNICA?**

Débora Araújo<sup>1</sup>; Carolina Marramaque<sup>1</sup>; Daniela Pereira<sup>1</sup>; Alexandre Gromicho<sup>2</sup>; Samuel Bastos<sup>1</sup>; Jorge Dias<sup>1</sup>; Luís Ferraz<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>CHVN Gaia/Espinho; <sup>2</sup>Hospital Central do Funchal

**Introdução:** as complicações infecciosas após biópsia prostática transrectal (BPTR), sobretudo a sépsis urinária, são mais temíveis na realidade atual. A literatura defende a abordagem perineal pela menor taxa de complicações infecciosas. Atualmente, a taxa de sépsis e de internamento hospitalar na BPTR é de 0,9% e 1,4% respetivamente. A escolha do melhor esquema de profilaxia antibiótica também tem sido um tema de debate. Durante muito tempo foi defendido o uso de quinolonas mas o seu uso crescente e aumento de resistências antibióticas tem sido um tema cada vez mais importante.

**Objectivo:** Avaliar a taxa de complicações infecciosas após BPTR no nosso centro clínico e identificar preditores clínicos para o risco de complicações infecciosas.

**Métodos:** Realizado um estudo retrospectivo de todos os doentes submetidos a BPTR no nosso centro clínico no último ano. Todos os procedimentos foram realizados com anestesia local peri-prostática em regime de ambulatório. A idade, antecedentes de diabetes, história de biópsia prostática/infeção do trato urinário/antibioterapia nos últimos seis meses, tipo de biópsia e número de cores foram avaliados como possíveis preditores clínicos de infeção. Foram considerados casos de infeção todas as infeções do trato urinário no primeiro mês após realização da biópsia com necessidade de antibioterapia ou internamento. Os dados foram recolhidos com base a informação clínica colhida no serviço de

urgência, internamento hospitalar e consulta externa.

**Resultados:** No presente ano foram realizadas 270 BPTR a homens com média de idades de 66,96 anos. Dos doentes submetidos a BPTR 22,6% tinham antecedentes de diabetes, 4,8% realizaram antibioterapia nos últimos 6 meses, 2,6% fizeram uma BPTR nos últimos 6 meses, 2,2% estiveram hospitalizados nos últimos 6 meses, 3,3% estavam algaliados cronicamente ou eram portadores de cistostomia urinária e 1,9% tiveram uma infeção urinária nos últimos 6 meses. A grande maioria das BPTR realizadas foram biópsias sistemáticas(52,6%); as biópsias sistemáticas e dirigidas foram feitas em 40% dos casos e as de saturação em 7,4%. Em média foram realizados cerca de 13,62 cores. Em 78,9% dos casos foi feita profilaxia antibiótica com quinolonas durante 3 dias. A levofloxacina foi o antibiótico mais prescrito(39,6%). A ciprofloxacina foi prescrita em 18,1%. Em 21,1% doentes não foi possível identificar a quinolona prescrita. A toma única de gentamicina no dia do exame foi administrada em 7,4% dos casos quando doentes não realizaram profilaxia no domicílio. Cefalosporinas e cotrimoxazol foram os outros antibióticos prescritos. Em 1,1 doentes por decisão do médico assistente foi feito esquema de antibioterapia dupla com quinolona durante 3 dias e toma única de gentamicina no dia do procedimento. Em 8,9% dos doentes não se identificou o antibiótico prescrito. As complicações infecciosas foram observadas em 3% dos casos(n = 8). Durante esse período, 12 doentes recorrem ao serviço por perdas hemorrágicas e um por retenção urinária aguda. Em 95,3% dos casos não se observou qualquer complicação com necessidade de recorrer ao serviço de urgência, hospitalização ou antibioterapia(n = 249). Houve necessidade de internamento hospitalar em 57,1% dos doentes com com-

plicações infeciosas ( $n = 4$ ). Não se registaram óbitos. As hemoculturas e uroculturas foram positivas em 5 e 4 doentes, respetivamente. O agente mais frequente foi a *Escherichia coli*. Foi encontrada uma tendência estatística para associação entre diabetes e exposição anti-biótica prévia nos últimos 6 meses.

**Conclusão:** A taxa de complicações após BPTR no nosso centro clínico foi baixa mas superior à descrita na literatura. A identificação de preditores foi limitada pela baixa taxa de complicações. Em virtude das complicações infeciosas, a necessidade de um esquema profilático adequado é uma necessidade cada vez mais emergente. É fundamental a realização de estudos prospetivos que nos permitam identificar os doentes com maior risco destas complicações.

## PO 105

### BOOT CAMP DE UROLOGIA DA EUROPEAN SCHOOL OF UROLOGY: RESULTADOS PRELIMINARES

Tiago Ribeiro de Oliveira<sup>1,2</sup>; Sérgio Pereira<sup>2</sup>; Ben Van Cleynenbreugel<sup>3</sup>; Chandra Shekhar Biyani<sup>4</sup>  
*<sup>1</sup>Serviço de Urologia, Hospital das Forças Armadas - Polo Lisboa; <sup>2</sup>Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; <sup>3</sup>Department of Urology, Universitair Ziekenhuis Leuven; <sup>4</sup>Department of Urology, Leeds Teaching Hospitals*

**Introdução:** Ao longo das últimas décadas, vários constrangimentos éticos, regulamentares e legais têm vindo a abalar o modelo convencional de formação cirúrgica. No caso específico da Urologia, o aumento progressivo da complexidade das tecnologias utilizadas, tanto do ponto de vista diagnóstico como terapêutico, veio condicionar um desafio adicional ao modelo tradicional de formação. Globalmente, estas circunstâncias tiveram como consequência uma redução da exposição cirúrgica durante a formação e consequentemente uma redução do grau de confiança em

realizar procedimentos de forma autónoma no final da formação especializada. De forma a colmatar estas lacunas, a European School of Urology (ESU) tem vindo a desenvolver um conjunto de programas de treino estruturados e validados, com o objetivo de padronizar a formação em Urologia. O Boot Camp de Urologia da ESU foi desenvolvido com o objetivo de permitir que os internos do primeiro ano da formação especializada em Urologia possam adquirir as competências técnicas necessárias para realizar os procedimentos urológicos mais frequentes antes de os mesmos terem contacto com os pacientes.

**Objetivos:** Apresentar e analisar os resultados preliminares das primeiras edições do Boot Camp de Urologia da ESU.

**Material e métodos:** O Boot Camp de Urologia da ESU é um curso intensivo e eminentemente prático, com a duração de um dia, que se encontra organizado em quatro módulos de treino baseados nos vários programas de treino validados da ESU: laparoscopia básica, endoscopia do alto aparelho urinário (ureterorenoscopia semi-rígida e flexível), ressecção transuretral (da próstata e da bexiga) e endoscopia do baixo aparelho urinário (cistoscopia rígida e flexível, algaliação e colocação de cistocatéter suprapúbico). A formação técnica é feita com recurso a modelos sintéticos reutilizáveis e equipamento cirúrgico real. De forma a garantir a qualidade do treino ministrado, todas as atividades são desenvolvidas com uma razão formador:formando:modelo 1:1:1. Ao longo de quatro anos, foram realizadas 4 edições do Boot Camp de Urologia da ESU, em três países distintos, para um total de 52 internos. Os vários domínios do curso foram avaliados por formadores e formandos de acordo com uma escala de 1 a 5.

**Resultados:** Globalmente, 94% dos formandos considerou a qualidade dos formadores como excelente e 6% como boa. A qualidade

do curso foi considerada excelente por 86% dos formandos e 62% dos formadores e boa por 38% dos formadores e 12% dos formandos. Relativamente à utilidade da formação ministrada, 85% dos formandos considerou o curso excelente e 15% boa. Relativamente à melhoria das competências técnicas, 32% dos formandos considerou o curso excelente e 57% bom. 82,1% dos formadores considerou o curso muito adequado para fornecer competências técnicas em laparoscopia básica, 67,9% para fornecer competências técnicas em endoscopia do alto aparelho urinário, 75% para fornecer competências técnicas em ressecção transuretral e 75% para fornecer competências técnicas em endoscopia do baixo aparelho urinário, algaliação e colocação de cistocáteter suprapúbico.

**Discussão/Conclusão:** As primeiras quatro edições do Boot Camp de Urologia da ESU realizaram-se em três países e englobaram um total de 52 formandos, tendo demonstrado elevada fiabilidade e validade para o treino de competências técnicas básicas para os internos do primeiro ano da formação em Urologia.

## PO 106

### PSEUDOANEURISMA DA ARTÉRIA RENAL APÓS URETERORRENOSCOPIA FLEXÍVEL

Vasco Rodrigues; José Alberto Silva; Carlos Silva; Afonso Morgado  
*Centro Hospitalar e Universitário São João*

**Introdução:** Os pseudoaneurismas e as malformações arterio-venosas (MAV's) da artéria renal são complicações raras após os procedimentos urológicos. Surgem com maior frequência após biópsias renais, nefrectomias parciais, nefrolitotomias percutâneas e angioplastias da artéria renal. O seu diagnóstico após ureterorrenoscopia é extremamente raro, estando descritos na literatura 5 casos. Aqui apresenta-se a descrição do 6 caso de

pseudoaneurisma/MAV's após ureterorrenoscopia com litofragmentação.

**História Clínica:** Homem de 50 anos de idade, cognitivamente íntegro. Com antecedentes pessoais de hemofilia B grave, sob tratamento profilático com fator IX duas vezes por semana, infeção VIH em contexto transfusional sob anti-retrovirais. Alergia documentada à penicilina. Submetido a derivação urinária com cateter JJ a 05/2020 por pielonefrite complicada, com obstrução devido a conglomerado litiásico de 20mm na junção ureteropélica esquerda. Admitido eletivamente em 06/01/2021 para ureterorrenoscopia esquerda com litofragmentação. Fez fator IX pré-operatório de acordo com indicação de imunohemoterapia. Intervenção cirúrgica a 07/01, com descrição de uso de fios guia hidrofílico e metálico, bainha de ureterorrenoscópio e fibra de laser Holmiu: YAG de 200 um. Apresentava vários fragmentos litiásicos pericentimétricos no GCI. O tempo cirúrgico foi superior a 60 minutos e verificou-se hemorragia urotelial que ditou a paragem da cirurgia, com posterior cateterização ureteral esquerda com cateter mono J. No pós-operatório o doente manteve seguimento diário por imunohemoterapia para ajuste terapêutico do fator IX. Iniciou febre no 1º dia pós-operatório, assumindo-se pielonefrite associada a instrumentação, tendo cumprido 10 dias de antibioterapia com Ciprofloxacina. Retirou sonda vesical e cateter ureteral mono J ao 6º dia pós-operatório após resolução da hematúria macroscópica. Manteve hemoglobina estável entre 11.1-11.5 g/dL. Ao 8º dia pós-operatório iniciou hematúria macroscópica franca com necessidade de lavagem vesical contínua. Entre o 8º-15º dia pós-operatórios o doente manteve episódios intermitentes de hematúria macroscópica franca com repercussão hemodinâmica e necessidade de suporte transfusional com 6 unidades de eritrócitos. Fez angio-TAC abo-



minal ao 11<sup>a</sup> dia pós-operatório que revelou coágulos no excretor renal esquerdo e bexiga, bem como litíase múltipla no bacinete e GCI, sem evidência de hemorragia ativa. Fez cistoscopia com evacuação de coágulos no bloco ao 14<sup>o</sup> dia pós-operatório, sem evidência de hemorragia pelos meatos ureterais. Ao 15<sup>o</sup> dia pós-operatório por manutenção de hematúria franca repetiu angio-TAC, que demonstrou hemorragia e “blush” de contraste em fase arterial no pólo superior do rim esquerdo. Foi submetido a angiografia renal esquerda ao 16<sup>o</sup> dia pós-operatório, com verificação de pseudoaneurisma com origem na artéria segmentar anterior do ramo superior da artéria renal. Teve resolução da hematúria após embolização, com alta ao 23<sup>o</sup> dia pós-operatório.

**Discussão e conclusões:** Os pseudoaneurismas e as malformações arterio-venosas renais são complicações conhecidas de vários procedimentos urológicos. No entanto, a sua associação à cirurgia endourológica é bastante rara, com descrição de apenas 2 casos na literatura de MAV's e 3 casos de pseudoaneurismas após ureterorenoscopias flexíveis. Existem mecanismos possíveis para o surgimento destas lesões: trauma urotelial com os fios guia ou com a fibra do laser, lesão térmica urotelial com a fibra do laser durante a litofragmentação ou a presença de pressões elevadas no excretor durante o procedimento. Pela descrição do relato cirúrgico, neste caso o traumatismo terá surgido pela lesão térmica urotelial com a fibra do laser. A angioembolização é considerada o tratamento de primeira linha dos pseudoaneurismas renais, com bons resultados a curto e longo prazo. Este caso realça a importância de se minimizar o traumatismo renal em todos os procedimentos endourológicos.

## PO 107

### FRATURA DOS CORPOS CAVERNOSOS: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 16 ANOS DE EXPERIÊNCIA NUM CENTRO TERCIÁRIO

Vasco Rodrigues; José Alberto Silva; António Simão Abreu; Carlos Silva; Afonso Morgado  
*Centro Hospitalar e Universitário São João*

**Introdução:** A fratura dos corpos cavernosos é uma urgência urológica na qual existe ruptura traumática da túnica albugínea com o pênis em ereção. O seu tratamento segue o princípio de exploração e correção cirúrgica imediata, com bons resultados a curto e longo prazo. O objetivo deste trabalho consiste numa análise retrospectiva dos últimos 16 anos no que diz respeito ao diagnóstico, tratamento e epidemiologia desta patologia num centro terciário.

**Materiais e métodos:** Entre janeiro de 2006 e setembro de 2021 efetuou-se pesquisa dos registos médicos e cirúrgicos, tendo sido identificados os doentes com diagnóstico de fratura dos corpos cavernosos com tratamento cirúrgico imediato. Foram registados e analisados os dados relativos à apresentação clínica, etiologia, diagnóstico e tratamento cirúrgico.

**Resultados:** Identificou-se 61 doentes com o diagnóstico de fratura dos corpos cavernosos submetidos a correção cirúrgica durante esse período. A idade média da amostra foi de 42 anos. O tempo médio decorrido entre o traumatismo e a primeira observação médica foi de 8,5 horas. O mecanismo traumático mais comum foi lesão durante o ato sexual, 83 %. O tamanho médio da laceração dos corpos cavernosos foi de 2,16 cm. 18% dos casos apresentaram uretrorragia à admissão e 16% dos casos apresentaram lesão uretral intraoperatória com necessidade de rafia e/ou uretroplastia. De realçar que o tamanho da laceração dos corpos cavernosos e a sua bilateralidade se correlacionaram com a presença



de uretrorragia e lesão da uretra. A presença de uretrorragia à admissão é um importante fator preditor de lesão uretral, pois dos 11 doentes com uretrorragia, 9 tinham lesão da uretra. Relativamente à localização das lacerações, 86% foram ventrais. 37%, 37% e 26% surgiram no 1/3 proximal, 1/3 médio e 1/3 distal do pênis, respetivamente. 82% e 18% das lesões foram unilaterais e bilaterais, respetivamente. Nas lesões unilaterais, verificou-se igual prevalência entre o lado esquerdo e o direito. Foi usada ecografia peniana em 61% dos casos para confirmação diagnóstica.

**Discussão:** A fratura dos corpos cavernosos é uma entidade rara na urgência de Urologia. Tal deve-se ao facto de a túnica albugínea ser um dos tecidos mais resistentes ao traumatismo, mas também pelo estigma e falta de procura de ajuda médica por parte dos doentes levando ao seu subdiagnóstico. A sua etiologia é bem conhecida, com a grande maioria dos casos diagnosticados a resultar de traumatismos durante a prática sexual. A lesão da uretra é uma complicação bem conhecida, estando presente em 10-30% dos casos e, na presença de uretrorragia à admissão, deve estar sempre em mente. O uso da uretrografia retrógrada e da uretrocistoscopia previamente à exploração cirúrgica está documentado na literatura. Nesta série todas as lesões da uretra foram identificadas intra-operatoriamente, após evacuação dos coágulos e exploração cirúrgica, sem ser necessária re-intervenção posterior para rafia ou uretroplastia. Quanto à localização das lesões, algumas séries demonstram uma prevalência pelo cavernoso direito, que pode chegar aos 75%, se bem que nesta série a prevalência foi igual para ambos os lados. De destacar a maior percentagem de lesões unilaterais, que vai de encontro a outras séries, bem como da relação entre lesões bilaterais e a maior prevalência de lesões uretrais. O diagnóstico

é clínico e efetuado com base na anamnese e no exame físico. No entanto, em 60% dos casos foi usada a ecografia para confirmação. A ecografia pode ser importante para se identificar mais facilmente a zona e o tamanho da lesão e contribuir para a escolha da técnica cirúrgica.

**Conclusões:** A fratura dos corpos cavernosos tem uma apresentação típica e resulta de lesões durante a prática sexual. Esta pode estar associada a lesões da uretra, contudo quando tratada prontamente, leva a uma recuperação funcional e estética completa.

### PO 108

#### **PENILE CANCER IN NORTHERN PORTUGAL – A RETROSPECTIVE COHORT ANALYSIS FROM A TERTIARY HOSPITAL**

Catarina Tavares; João Nuno Pereira; Isaac Braga; Rui Freitas; Vítor Silva; José Sanches Magalhães; Francisco Lobo; António Morais  
*Centro Hospitalar Universitário do Porto, Instituto Português de Oncologia do Porto*

**Introduction:** Penile cancer is an aggressive type of cancer that continues to suffer from a late diagnosis. It represents one of the less frequent types of genitourinary cancers in men. As such, studies regarding optimal staging, treatment modalities and prognosis depend on retrospective analysis of large cohorts.

**Goal:** Retrospective analysis of all cases of penile cancer treated at the hospital “Instituto Português de Oncologia do Porto” (IPO) from January 2000 to July 2019.

**Methods:** Electronic medical records of all cases of penile cancer diagnosed or referred for treatment at IPO from January 2000 to July 2019 were analysed regarding district of residence, age at diagnosis, location and histology of primary lesion and date of death. A complete analysis concerning diagnosis and treatment outcomes was only possible in a subset of patients diagnosed from 2013 on-

wards, due to lack of electronic records. Statistical analysis was carried out in Excel 2021. **Results:** 186 patients were identified with penile cancer during the 20-year analysis. An average of 9+/- 4 patients were included per year, ranging from 5 to 19. Average age at diagnosis was 65+/-13 (range: 33-93). Time from first symptoms to diagnosis was on average 11 months +/-20 (range: 1-129 months). Time from diagnosis to death was 26 months+/- 34 (range: 0-170 months). Regarding district of origin, most patients came from Porto (45%), Braga (12%) and Aveiro (11%). Regarding primary lesion location (N = 121), 54% were located on the glans, 31% on the prepuce, 8% on glans and prepuce and 7% on the penile corpora. Squamous cell carcinoma was the most prevalent histology (84%), 7% were carcinoma in situ, while adenocarcinoma, verrucous carcinoma and melanoma represented each less than 5%. As for staging (N = 154), 8% were pTis ou pTa, 32% pT1, 29% pT2, 29% pT3 and 4% pT4. Of the 72% of patients (133/186) who had reported nodal staging, 59% were pN0, 13% pN1, 16% pN2 and 12% pN3. Only 12 patients (8%) had metastatic disease at diagnosis.

Of the 56 patients diagnosed from 2013 to 2019, 7 (13%) had previous circumcision, 13 (23%) had phimosis and 17 (30%) had a history of tabaco use. Twenty-four patients (43%) had a previous penile biopsy, of which all except two were positive for squamous cell penile carcinoma. Forty-eight patients had surgery, most of which (73%) were partial or total penectomies. Only 3 patients had localized disease (pTis, pTa or T1a). All patients with invasive disease had invasive nodal staging except 10, due to advanced disease and one patient refusal. Regarding nodal staging, most patients (16) had dynamic sentinel node biopsy, while the 11 patients with palpable lymph nodes had almost exclusively modified

inguinal lymph node dissection. During the follow-up (average 2.7 +/- 2.2 years, range 5 months to 8.4 years), 15 patients had at least one recurrence (5 local, 6 lymph node and 4 distant metastasis), with an average time to recurrence of 14 months. All patients with local recurrence and two patients with lymph node recurrence had surgery while the rest had either chemotherapy or palliative care. From the cohort 28 patients have died, at least 15 were attributed to penile cancer.

**Conclusion:** Penile cancer is a rare and understudied disease. While level one evidence is lacking, analysing large retrospective cohorts like the one described is important for evaluating treatment outcomes and prognosis.

#### PO 109

### CARCINOMA DE PEQUENAS CÉLULAS DE UM DIVERTÍCULO DA BEXIGA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

João Aragão Vital; Pedro Fernandes; Alexandre Gromicho; Duarte Saunders; Mariana Fernandes; Jorge Lima Fernandes; Artur Real; João Faria Nunes; Ferdinando Pereira; Manuel Serrão  
*Hospital Dr. Nélio Mendonça/ Hospital Central do Funchal*

**Introdução:** O carcinoma de pequenas células da bexiga é uma neoplasia neuroendócrina pouco diferenciada, de incidência rara, representando menos de 1% dos tumores da bexiga. É diagnosticado, habitualmente, em idades avançadas, com hematúria como principal sintoma. É comum a coexistência de outros tipos histológicos de tumor da bexiga. Tem um comportamento altamente agressivo com mau prognóstico.

**Caso clínico:** Homem de 61 anos, caucasiano, com antecedentes de Diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemia, ex-fumador (30 UMA), recorreu ao serviço de urgência por hematúria macroscópica, astenia e perda

ponderal. Realizou TC Tóraco-abdomino-pélvica com identificação de massa heterogênea, com origem num divertículo da parede esquerda vesical, com extensão ao polo renal inferior esquerdo, com 17 cm de maior eixo, com invasão do músculo psoas esquerdo, sem adenopatias nem metastização.

Ficou internado, tendo realizado biópsia de lesão sésil por cistoscopia flexível e biópsia percutânea: Carcinoma de pequenas células da bexiga. Em ressonância magnética subsequente foi identificada uma adenopatia pélvica esquerda.

Estadiado como cT4b N1 M0, foi decidido realizar 4 ciclos de quimioterapia com Ifosfamida/Doxorubicina alternado com Cisplatina/Etoposido. Nos exames de re-estadiamento, após 3 meses, houve evidência de resposta parcial significativa.

Foi submetido a cistoprostatectomia radical com linfadenectomia pélvica, com necessidade de sigmoidectomia com colostomia terminal, por suspeita de invasão do cólon sigmóide no intra-operatório. O resultado anatomo-patológico demonstrou carcinoma urotelial alto grau com componente de carcinoma de pequenas células, pT3b N0 R0.

Após re-estadiamento sistêmico, 3 meses após cirurgia, foi identificada recidiva ganglionar peri-ureteral esquerda, na sua região lombar, condicionando uretero-hidronefrose esquerda. Por pielonefrite esquerda, foi colocada nefrostomia percutânea e realizada antibioterapia com resolução do quadro clínico.

9 meses após o diagnóstico, dá entrada no SU por dor abdominal e, após realização de TC, foram observadas múltiplas adenopatias tóraco-abdomino-pélvicas. Ficou internado e iniciou QT com Carboplatina/Etoposido e Pembrolizumab.

**Discussão:** O diagnóstico de carcinoma de pequenas células da bexiga é geralmente realizado em estadios avançados. Este caso

retrata esse facto, com doença cirurgicamente irresssecável, em que o tratamento recomendado é quimioterapia. Sendo um doente com ECOG 0, foi utilizado o esquema de quimioterapia supracitado, com atividade nos tumores de pequenas células e de células de transição, apresentando uma resposta parcial surpreendente. Após discussão multidisciplinar foi decidida realização de cistectomia radical paliativa.

Como na maioria dos estudos de tumores irresssecáveis submetidos a cirurgia radical, existiu recidiva no primeiro ano de follow-up.

**Conclusão:** O carcinoma de pequenas células da bexiga é um tumor raro e agressivo, com mau prognóstico. Estas características fazem com que existam poucos estudos realizados, ainda sem certezas quanto ao seu melhor tratamento. Na doença cirurgicamente ressecável ( $\leq$ T1-4a N0M0) deve ser seguida uma abordagem multimodal com quimioterapia neoadjuvante seguida de cistectomia radical. Na doença cirurgicamente irresssecável ( $\geq$  cT4bN+M+), quimioterapia é o tratamento atualmente recomendado.

## PO 110

### REED SYNDROME (HEREDITARY CUTANEOUS AND UTERINE LEIOMYOMATOSIS ASSOCIATED WITH KIDNEY CANCER): A CLINICAL CASE

Ana Isabel Ferrer López;  
Miguel Armando Rodríguez Romero;  
Joaq Bernardo Lopes Alves Pinto de Almeida;  
Jaquob Meir Benguigui Benadiva;  
Jose Luis Rodríguez Elena; Javier Aranda Pérez;  
Pablo Roldán Santos; Daniel García Amorós  
*Hospital Universitario de Cáceres*

**Introduction:** Reed's syndrome is a rare autosomal dominant inherited disease characterized by multiple cutaneous and uterine leiomyomas under 40 years of age. It is caused by the heterozygous mutation of the fumarate



hydratase gene (FH) that is a tumor suppressor gene. There is an variant of the syndrome (HLRCC) that is associated with renal cell carcinoma more aggressive and has a high metastatic tendency than the usual population. Exist less than 600 cases in literature of this syndrome and less than 10% it is associated with renal tumor.

**Objectives:** We present a clinical case of Reed Sd with renal carcinoma associated in a young woman to increase the incidence of this association in the literature.

**Discussion:** The leiomyomas of Reed's Syndrome are benign lesions derived from the proliferation of smooth muscle. It is a disease of clinical diagnosis with the presence of leiomyomas but it is confirmed by histopathological diagnosis. It requires dermatological follow-up given the recurrence of the lesions and urological follow-up due to the increased incidence of renal carcinoma. In the skin, the most frequent lesion are piloleiomyomas. They are usually multiple, slow-growing lesions that appear in adolescence period. They mainly affect the spine and the extensor part of the extremities. Histologically they are characterized by bundles of smooth muscle fibers intertwined with collagen in the dermis. In case of symptoms, its removal is considered. Uterine leiomyoma appear early before the fourth decade. They usually require hysterectomy due to bleeding.

In the HLRCC variant, the incidence of renal carcinoma increases from 2% to 16%. The most common type of renal cancer is papillary type II. It could have aggressive course in young women. It can metastasize in 50% of cases.

This syndrome is little known due to its low incidence. The question of follow-up and the role of urology when diagnosing cutaneous and uterine leiomyomatosis is a controversial issue in clinical guidelines. Periodic imaging

tests are recommended to assess its appearance of the renal tumor.

However, although the association of this syndrome with renal cancer has been demonstrated, screening is still a matter of controversy and currently there is no consensus on the imaging test and its time interval.

Given the aggressiveness of the associated renal tumor, we recommend searching for the tumor at the time of diagnosis of Reed Sd with CT and its follow-up throughout life.

## PO 111

### **SERIES OF CASES OF PRIAPISM ACCORDING TO DIFFERENT ETIOLOGIES AND THEIR MAIN DIFFERENCES; INTRACAVERNOUS INJECTION, CML AND MALIGNANT PRIAPISM.**

Ana Isabel Ferrer López;  
Miguel Armando Rodríguez Romero;  
Joao Bernardo Lopes Alves Pinto de Almeida;  
Jose Luis Rodríguez Elena; Javier Aranda Pérez;  
Pablo Roldán Santos; Daniel García Amorós  
*Hospital Universitario de Cáceres*

**Introduction:** Priapism is an involuntary, painful and persistent erection of more than 4 hours of evolution that is not related to sexual stimulation and does not resolve after ejaculation. It has an incidence of 1.5 per 100,000 men divided into 2 age peaks depending on the cause; between 5 and 10 years and between 20 and 50 years.

The most frequent cause in this second stage is idiopathic (64% of cases, the majority after ingestion or intracavernous injection of drugs) followed by hematological alterations (20%). Of these, the most frequent cause, 50% would be caused by different types of leukemias. As a rare cause, it can be secondary to neoplasms due to tumor infiltration or hematogenous or lymphatic metastasis.

We present a series of priapisms of different etiologies and their differences in treatment



and follow-up. The first case is a priapism after intracavenous injection, second case is a priapism as a debut of MCL in a 16 years old boy and the last one y a malignant priapism in a 78 years old man with unknown prostate cancer

**Objetivo:** With the presentation of these 3 cases, we want to insist on the importance of making a correct differential diagnosis of priapism in routine clinical practice

**Discusión:** Low-flow priapism is a urologic emergency that requires early treatment due to the possibility of tissue ischemia and secondary erectile dysfunction. In cases of iatrogenesis or intracavernous consumption / injection of substances, drainage of venous blood (either by aspiration or intraoperative distal shunt) is usually enough to resolve the condition. However, depending on the primary cause it may require additional treatment.

In the case of hematologic diseases such as CML, leukapheresis is an effective treatment to decrease the concentration of myelocytic cells and resolve the priapism. In cases where leukapheresis is not sufficient, it is necessary to resort to urgent surgical treatment. In the same way, he would begin with treatment for his underlying disease.

Malignant priapism secondary to metastasis is a rare condition that manifests with painful priapism, hematuria, swelling, and urinary retention. In the literature there are less than 600 reported cases. The most common primary tumor is the bladder (30.6%) followed by the prostate (29.6%) and the rectum (14%). There are three ways in which the primary cancer can spread to the penis: the retrograde vnois route due to the vast communication between the pelvic organs and the dorsal venous system, via retrograde lymphatic flow and direct invasion by contiguity. The last way ocur in our case in which the infiltration of malignant cells into the cavernous sinuses blocked blood drainage. These cases require a biopsy to confirm

the origin of the primary tumor and subsequent palliative treatment. The shunt surgery has limited success in these cases when they manifest with more than 48 hours of evolution.

**Final comments:** Sometimes priapism is not the disease but a symptom of it. We must take into account the differential diagnosis to diagnose the primary disease and thus offer a correct treatment without diminishing the importance of the early treatment of the entity itself. The goal of treatment is venous blood drainage since it has been shown to prevent erectile dysfunction secondary to tissue ischemia but there are concomitant treatments that can resolve priapism and we must know.

## PO 112

### REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA: EFICÁCIA DO SILDENAFIL NA DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA

João Cunha<sup>1</sup>; Joana Amaral<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central; <sup>2</sup>USF Amora Saudável

**Introdução:** A disfunção sexual feminina (DSF) caracteriza-se por sofrimento pessoal associado a quatro subtipos de disfunção: desejo, excitação, orgasmo ou dor. Trata-se de um problema multifactorial, cuja etiologia e fisiopatologia são ainda pouco compreendidas, exercendo um grande impacto na qualidade de vida da mulher. Embora prevalente (43%) é frequentemente sub-reconhecida e sub-diagnosticada, e apesar do interesse clínico e académico crescentes, os dados disponíveis para orientar intervenções são ainda limitados, tanto a nível de evidência, como de opções terapêuticas. A abordagem desta disfunção deve ser abrangente incluindo a paciente e o seu parceiro, e em casos seleccionados deve ser introduzida farmacoterapia individualizada. Atualmente não se encontra aprovada para venda em Portugal nenhuma terapêutica farmacológica para a DSF e tem sido estuda-

da a eventual utilização de fármacos previamente aprovados para outras patologias. O sildenafil é um inibidor da fosfodiesterase tipo 5 (PDE5), eficaz no tratamento da disfunção erétil. A PDE5 encontra-se também presente no clítoris, vagina e músculo liso dos pequenos lábios, tendo sido equacionado o aumento do fluxo sanguíneo destas áreas como mecanismo de ação na DSF. No entanto, e à semelhança de outros grupos farmacológicos, os resultados de ensaios clínicos têm sido inconsistentes quanto à sua eficácia e mecanismo de ação, tornando controversa a sua utilização em mulheres com este diagnóstico.

**Objectivos:** O objectivo desta revisão sistemática é determinar o nível de evidência da eficácia do sildenafil no tratamento da DSF.

**Metodologia:** Pesquisa bibliográfica de metanálises (MA), revisões sistemáticas (RS), ensaios clínicos aleatorizados e controlados (ECAC) e normas de orientação clínica (NOC) publicados na língua inglesa e portuguesa, entre Janeiro de 2011 e Outubro de 2021. Utilizou-se a metodologia MeSH nas bases de dados Medline e Cochrane Library, a metodologia PICO (P - Diagnóstico de DSF; I - Tratamento com Sildenafil; C - Placebo ou outras terapêuticas; O - Melhoria da função sexual) na TRIPdatabase e a pesquisa livre por termos MeSH (“Female Sexual Dysfunction” AND “sildenafil”) nas bases de dados National Institute for Health and Care Excellence (NICE) e DARE. Para atribuição de níveis de evidência e força de recomendação foi utilizada a taxonomia “Strength of Recommendation Taxonomy” (SORT), por parte dos 2 autores, de forma independente.

**Resultados:** A pesquisa resultou na identificação de 138 artigos tendo sido excluídos 135. Foram incluídos: 1 MA e 2 ECAC. O Sildenafil mostrou ser globalmente eficaz e ter perfil de segurança aceitável no tratamento da DSF. A dose mais frequentemente utilizada foi de

50mg, tomado aproximadamente 1 hora antes da atividade sexual, com melhoria em 3 subtipos de DSF: disfunção do desejo, excitação e orgasmo. Os efeitos adversos descritos foram considerados aceitáveis e consistentes com o perfil de segurança já conhecido do fármaco.

**Conclusões:** Ao contrário do tratamento da disfunção sexual masculina, na disfunção sexual feminina deparamo-nos com significativa escassez de terapias medicamentosas. Atualmente em Portugal, e à semelhança de outros países europeus, não se encontra aprovado para venda qualquer medicamento com indicação formal para a DSF. Atendendo à nova evidência disponível, o Sildenafil na dose de 50mg, uma hora antes da relação sexual, apresenta eficácia maioritariamente significativa no tratamento da DSF quando comparado com placebo ou outras intervenções terapêuticas (Força de recomendação B), nomeadamente ao nível do desejo, excitação, orgasmo e satisfação sexual, com perfil de segurança aceitável.

### PO 113

#### **AValiação DO RISCO DE UPGRADING DO SCORE DE GLEASON NA PEÇA DE PROSTATECTOMIA RADICAL EM DOENTES SUBMETIDOS A BIÓPSIA TRANSRECTAL ECOGUIADA EM DUPLO SEXTANTE VS. BIÓPSIA DE FUSÃO**

Thiago Guimarães; João Cunha; Miguel Gil; João Guerra; Mariana Medeiros; Vanessa Andrade; Rui Bernardino; Gil Falcão; Francisco Fernandes; Pedro Baltazar; Hugo Pinheiro; João Pina; Frederico Ferronha; Rui Farinha; Luis Severo; José Paulo Patena Forte; José Pedro Cabrita Carneiro; Nelson Menezes; Luis Campos Pinheiro  
*Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central*

**Introdução:** O Score de Gleason da biópsia e o da peça de prostatectomia radical por vezes é discordante. Historicamente, o Score de

Gleason é subestimado em 43% dos doentes submetidos a biópsia. Como resultado pode haver implicação direta no adequado tratamento do doente.

**Objetivos:** Verificar se existe upgrading no Score de Gleason da biópsia e da peça de prostatectomia radical em doentes submetidos a biópsia ecoguiada transretal em duplo sextante vs. biópsia de fusão.

**Materiais e métodos:** 134 doentes submetidos a prostatectomia radical assistida por robot entre 10/2019 e 07/2021, foram divididos em 2 grupos quanto ao tipo de biópsia realizada para diagnóstico de cancro da próstata: biópsia ecoguiada transretal em duplo sextante ou biópsia de fusão. Foi avaliada a correlação entre o Score de Gleason da biópsia e da peça de prostatectomia radical para cada um dos grupos e avaliado para cada grupo a taxa de upgrading do Score de Gleason entre a biópsia e a histopatologia da peça operatória.

**Resultados:** 134 doentes submetidos a prostatectomia radical assistida por robot entre 10/2019 e 07/2021 foram divididos em 2 grupos: aqueles submetidos previamente a biópsia ecoguiada transretal em duplo sextante (n:83) para diagnóstico e aqueles submetidos a biópsia de fusão (n:51). A idade média do grupo de biópsia transretal ecoguiada em duplo sextante foi de  $64,67 \pm 0,66$  e PSA-T inicial de  $17,96\text{ng/ml} \pm 6,35$ . No grupo de biópsia de fusão a idade média foi de  $68,53 \pm 0,52$  e PSA-T inicial de  $10,24 \pm 1,58$ .

A biópsia ecoguiada transretal em duplo sextante identificou 8 (9,6%) doentes com Score de Gleason 6 (3+3), 49 (59%) com Score de Gleason 7 (3+4), 18 (21,7%) com Score de Gleason 7 (4+3), 5(6,0%) com Score de Gleason 8 (4+4 ou 5+3 ou 3+5), 2 (2,4%) com Score de Gleason 9 (4+5) e 1 (1,2%) com Score de Gleason 9 (5+4). A biópsia de fusão identificou 7 (13,7%) doentes com Score de Gleason 6 (3+3), 17 (33,3%) com Score de

Gleason 7 (3+4), 20 (39,2%) com Score de Gleason 7 (4+3), 5 (9,8%) com Score de Gleason 8 (4+4 ou 5+3 ou 3+5), 2 (3,9%) com Score de Gleason 9 (4+5).

Houve 35 (42%) doentes diagnosticados por biópsia transretal ecoguiada em duplo sextante que sofreram upgrading no Score de Gleason da peça de prostatectomia radical assistida por robot enquanto que houve upgrading em 21% no grupo de doentes submetidos a biópsia de fusão (p value =0,015 - teste chi-quadrado). O upgrading também foi maior quando considerada peças de prostatectomias radicais entre os 21g-60g para ambos os grupos.

Quando analisado o upgrading por Score de Gleason constatou-se que no grupo de biópsia ecoguiada transretal em duplo sextante houve 5 (62,5%) doentes com Score de Gleason 6 (3+3) que sofreram upgrading, assim como 26 (53,1%) com Score de Gleason 7 (3+4), 3 (16,7%) com Score de Gleason 7 (4+3), 1 (20%) com Score de Gleason 8 (4+4 ou 5+3 ou 3+5). No grupo de doentes submetidos a biópsia de fusão, houve upgrading em 4 (23,5%) dos doentes com Score de Gleason 6 (3+3), 2 (40%) com Score de Gleason 7 (4+3) e 1 (50%) com Score de Gleason 9 (4+5).

**Discussão/Conclusão:** No estudo efetuado, verificou-se maior upgrading do Score de Gleason entre a biópsia e a histopatologia final da peça operatória em doentes submetidos previamente a biópsia prostática transretal ecoguiada em duplo sextante vs. biópsia de fusão, sendo mais evidente quando a biópsia inicial revelava Score de Gleason 6 (3+3) e 7 (3+4) neste grupo. Não obstante a menor incidência de upgrading nos doentes submetidos a biópsia de fusão, esta não é desprezível.



## RAZÃO CUBILINA/MIELOPEROXIDADE: NOVO BIOMARCADOR DE PROGNÓSTICO NO CARCINOMA UROTELIAL PT1 DE ALTO GRAU

Mariana Medeiros<sup>1,3</sup>; Luís B. Carvalho<sup>2</sup>;  
José Luís Capelo Martinez<sup>2</sup>; Carlos Lodeiro<sup>2</sup>;  
Hugo Santos<sup>2</sup>; Luís Campos Pinheiro<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>CRI Urologia Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central; <sup>2</sup>BIOSCOPE Group, Departamento de Química da Faculdade de Ciências e Tecnologias da Universidade Nova de Lisboa; <sup>3</sup>Nova Medical School da Universidade Nova de Lisboa

**Introdução:** Cerca de 8% dos tumores T1 são reclassificados em T2 aquando a segunda RTU-V de estadiamento e até 15% destes progridem para T2 em 5 anos. Nesta circunstância o prognóstico é considerado mais grave que nas situações em que os tumores músculo invasivos são primários. Por isso, muitos autores defendem a realização de cistectomia radical mais precoce em doentes com tumores T1 alto grau pouco diferenciados.

**Efetivamente, existe uma clara carência de fatores de prognóstico que nos permitam identificar e diferenciar este grupo de doentes pT1 mais agressivos e letais.**

A análise do proteoma urinário tem ocupado um importante papel na compreensão da carcinogénese envolvida no carcinoma da bexiga e as proteínas colhidas na urina têm sido investigadas como potenciais biomarcadores.

Num estudo prévio, que está na base deste trabalho, caracterizamos o proteoma urinário de 50 doentes com carcinoma urotelial e definimos um painel de biomarcadores proteicos característicos de cada estadio com base na análise de amostras de urina por espetrometria de massa.

Destes doentes, um subgrupo de 5 doentes com carcinoma urotelial T1 destacou-se pelo aumento da sobreexpressão da proteína Mieloperoxidase (MPO). Este subgrupo apresentou maior taxa de progressão e associa-

damente menor sobrevida, pelo que acreditamos que esta proteína seja um biomarcador de mau prognóstico nos doentes com T1.

Por outro lado, o subgrupo dos doentes T1 que mostraram menor agressividade, nomeadamente menor taxa de recorrência/progressão e maior sobrevida, apresentaram a sobreexpressão da proteína cubilina (CUB).

Assim, teorizou-se que a relação cubilina/mieloperoxidase poderá ter valor prognóstico em doentes com carcinoma urotelial T1.

**Objetivos:** Este trabalho pretende avaliar a relação da expressão CUB/MPO em amostras de urina, recorrendo a espetrometria de massa de alta resolução, como fator de prognóstico nos doentes com carcinoma urotelial não músculo invasivo pT1 de alto grau.

**Material e métodos:** Foram recolhidas amostras de urina de doentes com carcinoma urotelial submetidos a RTU-V de junho de 2015 a dezembro de 2020. O proteoma urinário de 31 doentes com carcinoma urotelial pT1 de alto grau foi analisado com recurso a espetrometria de massa de alta resolução.

Posteriormente, a utilizou-se o programa IBM SPSS na avaliação das características clínicas da população estudada.

Foi analisada a taxa de recorrência e progressão, tempo de sobrevida livre de recorrência e progressão, presença de tumor na segunda RTU-V de estadiamento assim como presença de tumor  $\geq$  pT1 na segunda RTU-V.

**Resultados:** As características demográficas da população estão ilustradas na tabela 1.

A média de seguimento dos doentes foi de  $31,2 \pm 4,07$  meses. A RTU-V foi completa em 26 doentes (83,9%) e houve muscular própria interessada na amostra de RTU-V em 27 doentes (87,1%).

Cerca de 52% dos doentes foram submetidos a segunda RTU-V de re-estadiamento e destes, 44% apresentaram tumor residual.

A maioria dos doentes fez tratamento intra-



vesical com BCG (32,3% dos doentes fizeram apenas tratamento de indução e 41,9% tratamento de manutenção), dois doentes fizeram tratamento com mitomicina (6,5%) e um doente fez tratamento intravesical com epirubicina (3,2%).

A média da razão CUB/MPO foi inferior no grupo de doentes que sofreram recorrência da doença ( $0,98 \pm 0,05$  vs  $1,25 \pm 0,03$ ) ( $p < 0,001$ ) e no grupo de doentes que sofreram progressão ( $0,89 \pm 0,07$  vs  $1,20 \pm 0,34$ ) ( $p < 0,001$ ) em comparação com o grupo de doentes que não recorreu nem progrediu, respetivamente.

Além disso, houve associação estatisticamente significativa entre a menor razão CUB/MPO e a presença de tumor pT1 e pT2 na segunda RTU-V de estadiamento ( $p < 0,001$ ).

**Discussão/Conclusões:** A razão CUB/MPO mostrou valor prognóstico no carcinoma urotelial pT1 de alto grau e poderá ser um biomarcador útil na identificação do subgrupo de doentes com tumores mais agressivos com maior capacidade de progressão.

### PO 115

#### NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA NA PANDEMIA COVID19

Ngnete Veloso; Mariana Medeiros; Pedro Baltazar  
*Cri Urologia - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central*

**Introdução:** A litíase renal complexa é uma patologia renal frequente na prática urológica, encontrando-se associada à perda de qualidade de vida, infeções urinárias de repetição e agravamento da função renal.

A nefrolitotomia percutânea é uma das opções terapêuticas menos invasivas e com reconhecidas vantagens nos casos de litíase coraliforme e litíase renal de grande volume, encontrando-se associada a excelentes resultados cirúrgicos, baixa taxa de complicações e elevados índices de satisfação.

**Objetivos:** 1) Revisitar e descrever os aspectos mais importantes na execução desta técnica cirúrgica; 2) Realizar uma breve revisão bibliográfica das indicações cirúrgicas, procedimentos associados e possíveis complicações da nefrolitotomia percutânea; 3) Reportar a casuística de nefrolitotomias percutâneas realizadas durante a pandemia Covid19 Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Central. 4) Caracterizar a morbilidade pós-operatória verificada e a sua relação com factores de risco identificados.

**Material e métodos:** Foram analisados os processos clínicos dos doentes submetidos a nefrolitotomia percutânea desde março de 2020 a julho de 2021, coincidindo com a pandemia COVID SARS COV 2.

A carga litíase foi avaliada em função do número, tamanho e posição dos cálculos. Os resultados cirúrgicos foram avaliados através da taxa de “stone free”, complicações verificadas, tempo de internamento, agravamento da função renal e necessidade de intervenções posteriores.

As características demográficas da população encontram-se sistematizadas na figura 1.

**Resultados:** Foram submetidos a nefrolitotomia percutânea 20 doentes com uma média de idades de 51,2 anos.

A taxa de complicações intraoperatórias foi de 5% e a taxa de stone free de 65% que aumentou para 80% após tratamento adjuvante com RIRs. A média de internamento foi de 3,2 dias.

**Conclusão:** A nefrolitotomia percutânea é um procedimento minimamente invasivo e uma opção terapêutica válida no tratamento da litíase renal coraliforme ou de grande volume. Encontra-se associada a baixos índices de morbilidade, baixo tempo de internamento, uma elevada taxa de “stone-free” e uma taxa de complicações aceitável.

## PO 116

**PEMBROLIZUMAB NO TRATAMENTO DE NEOPLASIA VESICAL METASTIZADA – UM CASO DE SUCESSO**

Rui Miguel Pedrosa<sup>1</sup>; Paulo Azinhais<sup>2</sup>; Paulo Temido<sup>2</sup>; Arnaldo Figueiredo<sup>3</sup>

*1Interno de formação específica de Urologia no serviço de Urologia e Transplantação renal no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2Assistente hospitalar no serviço de Urologia e Transplantação renal no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 3Diretor de serviço de Urologia e Transplantação renal no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** Os tumores vesicais são os tumores do urotélio mais comuns. Nas formas metastizadas, o tratamento baseia-se fundamentalmente em terapêutica sistémica com quimioterapia ou imunoterapia, sendo esta última uma terapêutica recente. No que toca à imunoterapia, o pembrolizumab trata-se de um anticorpo monoclonal que inibe os recetores PD-1, podendo ser utilizado como primeira ou segunda linha de tratamento.

**Objetivos:** Descrever caso clínico de um doente com neoplasia vesical metastizada que apresentou resposta completa ao pembrolizumab.

**Materiais e métodos:** Colheita da informação a partir do processo clínico do doente

**Resultados/Caso clínico:** Homem de 72 anos, com ECOG PS 0 e com antecedentes de doença renal crónica, foi referenciado à consulta por hematúria macroscópica. Em janeiro de 2018, por neoplasia vesical, o doente foi submetido a RTU-V com ressecção macroscopicamente incompleta com o seguinte estudo anatomopatológico: “pT1bG2 de alto grau”. Passados dois meses, com o objetivo de re-estadiar o tumor foi realizada re-RTU-V que apresentou o mesmo resultado (pT1bG2). Pelos achados nos exames imagiológicos de estadiamento realizados, com uro-TC a descrever volumoso tumor vesical, e PET 18-FDG a

identificar adenopatias hipermetabólicas suspeitas de metástases ganglionares pélvicas direitas, e por doença renal crónica terminal (encontrando-se o doente já em hemodiálise), foi proposto para cistoprostatectomia radical com linfadenectomia e nefroureterectomia bilateral, realizada em Fevereiro de 2019. Intraoperatoriamente constatada a presença de adenopatias ilíacas direitas irressecáveis, pelo que foi realizada uma linfadenectomia incompleta. O estudo anatomopatológico e imunohistoquímico revelou um carcinoma urotelial infiltrativo de alto grau, moderadamente diferenciado (G2), pT3bNxMxR2, e uma expressão negativa de PD-L1. Entre maio e agosto de 2019, foi submetido a tratamento adjuvante com quatro ciclos de quimioterapia com cisplatina e gemcitabina. Apesar destes tratamentos, constatou-se progressão da doença, nomeadamente em TC-TAP, realizada em setembro de 2019, que descrevia gânglios mediastínicos e lesões hepáticas, compatíveis com lesões metastáticas. Além disso, observou-se um importante agravamento do estado clínico do doente (ECOG PS 2). Foi então decidido iniciar em novembro de 2019 terapêutica sistémica de segunda linha com pembrolizumab. Com a introdução desta terapêutica foi possível observar uma franca melhoria do estado clínico do doente, bem como uma resposta imagiológica favorável, com TC-TAP de Junho de 2020 a relatar uma redução do número e dimensões das lesões à distância. Atualmente, encontra-se no 45º tratamento com pembrolizumab com uma boa evolução clínica (ECOG PS 0). Na última TC-TAP realizada em agosto de 2021, não foram evidenciadas lesões ganglionares, hepáticas ou pulmonares, estando portanto o doente a responder de forma completa e prolongada a esta terapêutica

**Conclusão:** Trata-se de um caso clínico com algumas particularidades, entre elas o facto

se ter submetido um doente anéfrico em hemodiálise a tratamento adjuvante com quimioterapia, sendo isto apenas possível porque o doente realizou estas sessões em dias alternados com a hemodiálise. Outro aspeto a destacar é que apesar do tumor ter mostrado uma expressão negativa para recetores PD-1, o doente apresentou uma resposta clínica e imagiológica completa a este tratamento.

Sabe-se que apenas 20-25% dos doentes apresentam qualquer tipo de resposta a esta terapêutica, não sendo neste caso em particular conhecidos os fatores preditivos de resposta.

Pode-se então concluir que se trata de um caso de sucesso terapêutico do pembrolizumab como agente de imunoterapia no tratamento deste tumor vesical metastizado. Quanto ao futuro, algumas questões que podem surgir são: Tratando-se de uma resposta completa prolongada, deve-se alterar o esquema de imunoterapia ou manter o atual? E em caso de falência terapêutica, qual seria o próximo passo?

### PO 117

#### ABORDAGEM CIRÚRGICA DA SUPRARRENAL – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO CLÍNICO

Débora Araújo<sup>1</sup>; Carolina Marramaque<sup>1</sup>;  
Daniela Pereira<sup>1</sup>, Alexandre Gromicho<sup>2</sup>;  
Samuel Bastos<sup>1</sup>; Vitor Oliveira<sup>1</sup>; Jorge Dias<sup>1</sup>;  
Luís Ferraz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CHVN Gaia/Espinho; <sup>2</sup>Hospital Central do Funchal

**Introdução:** A abordagem da patologia da suprarrenal é complexa e na maioria das vezes requer uma abordagem multidisciplinar com envolvimento da endocrinologia face aos distúrbios endócrinos associados aos nódulos funcionantes. A abordagem laparoscópica tem sido atualmente a preferida, sendo realizada nos dias de hoje tanto pela urologia como pela cirurgia geral. Um estudo adequado e uma preparação cuidada são fundamentais para a segurança da intervenção cirúrgica.

**Objetivos:** Análise descritiva da intervenção cirúrgica da patologia da suprarrenal no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.

**Material e métodos:** Realizado um estudo retrospectivo de todos os doentes submetidos a adrenalectomia no nosso centro clínico durante o período de 1-1-2005 a 31-12-2020. A informação foi colhida informaticamente com recurso a dados do serviço de urgência, internamento e consulta externa.

**Resultados:** Nos últimos 15 anos foram realizadas no nosso centro clínico 46 adrenalectomias – 69,6% dos doentes operados pela cirurgia geral e 30,4% por urologia. Foram excluídos 2 doentes por ausência de registos clínicos informáticos. 97,7% dos doentes foram submetidos a adrenalectomia unilateral (mais frequentemente à direita em 67,4%). Houve apenas um caso de adrenalectomia bilateral num doente portador de um adenoma produtor de ACTH e antecedentes de hipofisectomia transfenoidal e radioterapia da sela turca. A intervenção foi mais frequente no sexo feminino (61,4%) e numa média de idades de 52,7 anos. A abordagem laparoscópica foi a mais realizada (72,7%) e em todos os casos por via transperitoneal. Houve 2 casos em que foi necessário conversão para laparotomia. A via aberta foi preferida em massas de grandes dimensões e/ou com sinais de invasão local. O motivo de intervenção foi em 56,8% dos casos a presença de um nódulo funcionante, em 36,4% incidentalomas com dimensões superiores a 4cm e em 6,8% por suspeita de metastização. Todos os doentes tiveram apoio da endocrinologia no internamento e peri-operatório. Em 72,7% dos casos não ocorreram complicações cirúrgicas. Labilidade tensional no pós-operatório, crises hipertensivas, hemorragia intraoperatória, lesão de estruturas vasculares, coleções infetadas, infeção de ferida operatória e pneumonia nosocomial foram as complicações cirúrgicas observa-



das. O feocromocitoma foi a histologia mais frequente, em 36,4% dos casos, e um destes doentes necessitou de radioterapia local adjuvante por sinais de invasão capsular. A presença de adenomas do córtex da suprarrenal foi observada em 27,3% dos casos. Clínica de hiperaldosteronismo primário, síndrome de Cushing e síndrome de Cohn foi identificada em 33,3%, 25% e 8,3% dos casos, respetivamente. Em 9,1% dos casos foi confirmada a presença de carcinoma da suprarrenal; destes, em 50% dos casos os doentes apresentaram clínica de hipercortisolismo. Dois doentes com carcinoma da suprarrenal tiveram progressão da doença, um com recidiva local e metastização pulmonar aos 5 meses de follow-up e outro com sinais de metastização pulmonar e hepática aos 21 meses. O mitotano foi a quimioterapia instituída em ambos os doentes. Foi descrito um óbito associado a neoplasia da suprarrenal. Quisto endotelial vascular, mielolipoma e hiperplasia nodular bilateral foram as histologias encontradas em 6,8%, 4,5% e 2,3%, respetivamente. Em 6,8% dos casos foi observada metastização suprarrenal de tumores primários do colón, pulmão e mama. Num dos casos foi descrito invasão local da suprarrenal por tumor neuroendócrino do pâncreas.

**Discussão/Conclusão:** A patologia das suprarrenais é muito diversa e na grande parte dos casos pode necessitar de tratamento cirúrgico. Atualmente a abordagem laparoscópica é o gold standard, mas é crucial um estudo pré-operatório adequado de forma a garantir a segurança do procedimento. A abordagem multidisciplinar é fundamental nestes doentes.

## PO 118

### LIPOSSARCOMA DO CORDÃO ESPERMÁTICO: NEM SEMPRE O QUE PARECE?

Débora Araújo<sup>1</sup>; Carolina Marramaque<sup>1</sup>; Daniela Pereira<sup>1</sup>; Alexandre Gromicho<sup>2</sup>; Samuel Bastos<sup>1</sup>; Ana Paula Torre<sup>1</sup>; Jorge Dias<sup>1</sup>; Luís Ferraz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CHVN Gaia/Espinho; <sup>2</sup>Hospital Central do Funchal

**Introdução:** As massas paratesticulares são geralmente benignas, sendo o envolvimento neoplásico extremamente raro em adultos. O lipossarcoma escrotal representa cerca de 7% dos sarcomas paratesticulares. Na maioria dos casos, uma história clínica cuidada, exame físico adequado e ecografia são suficientes para o diagnóstico clínico. Em casos duvidosos, a ressonância magnética pode ser importante, mas por vezes, o diagnóstico definitivo pode ser apenas feito após exploração cirúrgica e confirmação histológica.

**Objetivos:** Expôr um caso clínico de lipossarcoma do cordão espermático, destacando a abordagem terapêutica.

**Material e métodos:** Realizada uma análise descritiva de um caso clínico de lipossarcoma do cordão espermático observado no nosso centro clínico.

**Resultados:** Homem caucasiano com 59 anos de idade e antecedentes pessoais de cardiopatia valvular, hipertensão arterial e fibrilação auricular, medicado com varfarina, perindopril, bisoprolol, furosemida e espirolactona observado em consulta externa por tumefação escrotal à direita com 2 anos de evolução que dificultava a marcha. Sem noção de agravamento com o esforço. Ao exame objetivo, tumefação escrotal acentuada sem sinais inflamatórios sugestivos de escroto agudo ou hérnias inguinais palpáveis. Sem adenopatias palpáveis. Foi realizada ecografia de partes moles para estudo de lesão com identificação de formação nodular com cerca de 38x24x32mm, bem delimitada, na região



inguinal esquerda, superficial à artéria e veia ilíaca externa com ausência de vascularização ao estudo Doppler. Realizada ressonância magnética escrotal com identificação de estrutura ovóide bem delimitada de 16cm de maior eixo longitudinal, por 7x6cm, intensidade de sinal semelhante da restante gordura do tecido celular subcutâneo, com planos de clivagem com os vasos ilíacos, testículo direito e pênis. Achados sugestivos de lipoma. Doente proposto para exérese cirúrgica. Pós-operatório complicado com hematoma local com necessidade de exploração cirúrgica. Quanto à análise histológica, formação nodular com cerca de 1426g, microscopicamente constituída por adipócitos maioritariamente maduros com septos fibroedematosos espessos e áreas focais de citoesteatonecrose com histiócitos espumosos e células gigantes multinucleadas. Identificada lesão de limites mal definidos, envolvendo o tecido muscular. Confirmada a presença de neoplasia lipomatosa do cordão espermático que tendo em conta o tamanho, localização e características citomorfológicas enquadra-se em diagnóstico de lipossarcoma bem diferenciado de baixo grau com margens cirúrgicas negativas. Doente foi orientado para centro de referência de patologia de sarcoma.

**Discussão/conclusão:** O diagnóstico de lipossarcoma do cordão espermático é uma entidade rara, clinicamente inespecífica, em que o diagnóstico definitivo apenas é feito após excisão cirúrgica e confirmação histológica. É fundamental a realização de uma história clínica e um exame físico minucioso na abordagem da patologia inguino-escrotal.

## PO 119

### AN ACTIVE SURVEILLANCE PROTOCOL FOR MEN WITH CLINICALLY LOCALIZED PROSTATE CANCER

Pedro Miguel Baltazar; Nguete Veloso; Fernando Calais da Silva; Luís Campos Pinheiro  
*Centro de Responsabilidade Integrado de Urologia do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E.*

**Background:** The last decade has witnessed a true paradigm change for the management of prostate cancer: after many years of overtreatment, active surveillance evolve rapidly to the preferred standard of care for low-risk disease endorsed by multiple international guidelines. However, substantial variation persists across practice settings and clinical definitions, and the optimal criteria for patient's eligibility and predictors of disease progression while on active surveillance are still on debate. The objective of this work is to present an "active surveillance protocol for men with clinically localized prostate cancer" based in current recommendations for active surveillance in prostate cancer. The presented protocol is already implemented in the authors' Urology Department.

**Methods:** Electronic searches were conducted in PubMed. The authors focused on prospective studies reported in the literature and international guidelines on active surveillance for men with prostate cancer to design a clinical protocol on active surveillance for men with clinically localized prostate cancer addressing patient selection/inclusion criteria, monitoring/follow-up and triggers for intervention/reclassification criteria.

**Results:** Based on the existing literature and international guidelines, the authors designed an "active surveillance protocol for men with clinically localized prostate cancer" focusing: i) patient selection, ii) monitoring and iii) triggers for intervention. This protocol has

been implemented in the authors' Urology Department and has completed one year of follow-up.

**Conclusions:** Active surveillance is an important strategy to reduce prostate cancer over-treatment. Combining existing evidence the authors present a complete protocol for active surveillance in prostate cancer, that respect and aggregate the existing literature and that can be replicated in all national urology departments.

### References:

- Mottet N., et al.: EAU-EANM-ESTRO-ESUR-SIOG Guidelines on Prostate Cancer-2020 Update. Part 1: Screening, Diagnosis, and Local Treatment with Curative Intent. *Eur. Urol.* 2021, 79, 243–262.
- Sanda MG, et al.: Clinically Localized Prostate Cancer: AUA/ASTRO/SUO Guideline. Part II: Recommended Approaches and Details of Specific Care Options. *J Urol.* 2018 Apr;199(4):990-997.
- Merriell SWD; et al.: Best practice in Active Surveillance for men with prostate cancer: A Prostate Cancer UK consensus statement. *BJU Int*, 2019
- Chen RC, et al.: Active Surveillance for the Management of Localized Prostate Cancer (Cancer Care Ontario Guideline): American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Endorsement. *J Clin Oncol*, 34: 2182, 2016.
- Bokhorst LP, et al.: PRIAS study group. A Decade of Active Surveillance in the PRIAS Study: An Update and Evaluation of the Criteria Used to Recommend a Switch to Active Treatment. *Eur Urol.* 2016 Dec;70(6):954-960.
- Kalapara AA, et al.: Movember Foundation's Global Action Plan Prostate Cancer Active Surveillance (GAP3) Consortium. Adherence to Active Surveillance Protocols for Low-risk Prostate Cancer: Results of the Movember Foundation's Global Action Plan Prostate Cancer Active Surveillance Initiative. *Eur Urol Oncol.* 2020 Feb;3(1):80-91.
- Klotz L. Active surveillance in intermediate-risk prostate cancer. *BJU Int.* 2020 Mar;125(3):346-354.
- Lam TBL, et al.: EAU-EANM-ESTRO-ESUR-SIOG Prostate Cancer Guideline Panel Consensus Statements for Deferred Treatment with Curative Intent for Localised Prostate Cancer from an International Collaborative Study (DETECTIVE Study). *Eur Urol.* 2019 Dec;76(6):790-813.
- Cedars B, et al.: An electronic registry to improve adherence to active surveillance monitoring among men with prostate cancer at a safety-net hospital: protocol for a pilot study. *Pilot Feasibility Stud.* 2019 Aug 14;5:101.
- Stavrindes V, et al.: When no treatment is the best treatment: Active surveillance strategies for low-risk prostate cancers. *Cancer Treat Rev.* 2017 Jul;58:14-21.

## PO 120

### PIELONEFRITE XANTOGRANULOMATOSA – UMA COMPLICAÇÃO RARA DE LITÍASE EM PEDIATRIA

Joana Patena Forte; Ema Santos; Aline Vaz da Silva; Dinorah Cardoso; Vanda Pratas Vital; Fátima Alves  
*Hospital Dona Estefânia*

**Introdução:** A pielonefrite xantogranulomatosa é uma patologia rara em pediatria, associada a litíase renal obstrutiva e a infecção do tracto urinário (ITU). Caracteriza-se por uma destruição do parênquima renal que é substituído por macrófagos xantomatosos e áreas de supuração. Estas alterações histológicas podem ser focais, mas mais frequentemente afectam o rim de forma difusa.

O seu diagnóstico é difícil pela sintomatologia vaga e alterações laboratoriais e imagiológicas inespecíficas.

A nefrectomia parcial pode ser o tratamento da doença focal, mas na doença difusa, está indicada a nefrectomia radical com excisão de tecido peri-renal afectado.

Aqui apresentamos o mais recente caso tratado no nosso hospital, discutindo o seu diagnóstico e tratamento.

**Caso clínico:** Criança do sexo masculino, de 4 anos, com antecedentes de ITU aos 7 meses e litíase renal, a aguardar nefrectomia por rim com 5% de função diferencial, foi levado ao serviço de urgência por febre alta com 48 horas de evolução, referindo ainda queixas de anorexia, perda de peso e palidez nos 2 meses anteriores. Analiticamente apresentava anemia, e elevações dos parâmetros inflamatórios. Do exame sumário da urina destacava-se leucocitúria, sem isolamento de agente bacteriano. A ecografia foi diagnóstica de pielonefrite xantogranulomatosa.

Duas semanas após estabilização do quadro séptico com antibioterapia e drenagem do abscesso intraparenquimatoso, foi submetido a nefrectomia radical, sem intercorrências,

tendo tido alta ao 3º dia de pós-operatório. Ao corte, a peça operatória apresentava litíase pielocalicical e parênquima sem diferenciação córtico-medular e com múltiplas áreas abecedadas, a análise histológica confirmou o diagnóstico de pielonefrite xantogranulomatosa.

**Discussão/Conclusões:** A pielonefrite xantogranulomatosa pode apresentar-se com sintomas subagudos e inespecíficos. Queixas urinárias são raras apesar da obstrução urinária ser a causa subjacente. Este é um diagnóstico difícil, uma vez que alterações clínicas e imagiológicas podem ser confundidas com neoplasia e doenças inflamatórias.

O seguimento e o tratamento atempados dos doentes com litíase renal são essenciais para evitar perda de função e complicações como a pielonefrite xantogranulomatosa.

A literatura indica a nefrectomia radical como tratamento da forma difusa desta entidade nosológica. Porém, o tratamento conservador com antibioterapia dirigida e drenagem de abscesso intra/peri-renal pode permitir controlar o processo séptico e uma cirurgia com menos riscos e complicações.

## PO 121

### REVISÃO DOS RESULTADOS ANATOMO-PATOLÓGICOS DE 39 DOENTES SUBMETIDOS A PROSTATECTOMIA RADICAL NUM HOSPITAL PERIFÉRICO

Thiago Guimarães; João Guerra; Pedro Baltazar; Ana Cebola; Sofia Lopes; Fortunato Barros  
*Centro Hospitalar do Oeste - Hospital de Torres Vedras*

**Introdução:** O cancro da próstata constitui um problema de saúde pública devido a sua elevada incidência e prevalência na população em geral.

**Objetivo:** Revisar os resultados anatómo-patológicos das peças de prostatectomias radicais dos doentes operados num hospital periférico com pouco volume de cirurgias oncológicas.

**Materiais e métodos:** Dados clínicos colhidos através do diário clínico dos doentes e dos relatórios de anatomia patológica das peças de prostatectomia radical. Foram avaliados o tipo e o subtipo histológico de cancro da próstata, a idade, o PSA-T inicial, o peso da peça de prostatectomia radical, o Score de Gleason (SG) da biópsia e da peça de prostatectomia radical, as margens cirúrgicas, a presença de invasão neural ou linfovascular, o estadiopatológico e presença de características agressivas como por exemplo carcinoma intraductal ou padrão cribiforme. A análise da amostra foi realizada com recurso ao SPSS.

**Resultados:** Desde janeiro de 2017 a setembro de 2021 foram operados por via aberta, 39 doentes com cancro da próstata. Em todos o diagnóstico histológico revelou Adenocarcinoma da Próstata, subtipo acinar. A média de idade dos doentes foi de  $66,21 \pm 0,853$  anos. O PSA-T inicial médio foi de  $8,92 \pm 4,573$  ng/mL, (entre 5ng/mL-20ng/mL). O peso da peça de prostatectomia radical médio foi de  $49,43 \pm 3,745$  gramas (IC 95% 41,85-57,02). Foram realizadas 39 biópsias prostáticas transretais ecoguiada em duplo sextante. Os SG das biópsias prostáticas dos doentes foram: SG 6 (3+3) em 9 (23,1%), SG 7 (3+4) em 17 (43,6%), SG7 (4+3) em 10 (25,6%), SG 8 (4+4) em 1 (2,6%), SG 9 (4+5) em 1 (2,6%) e SG 9 (5+4) em 1 (2,6%) doentes. Quando avaliados os SG das peças de prostatectomia radical obtivemos: SG 6 (3+3) em 4 (10,3%), SG 7 (3+4) em 15 (38,5%), SG7 (4+3) em 15 (38,5%), SG 8 (4+4) em 2 (5,1%), SG 9 (4+5) em 2 (5,1%) e SG9 (5+4) em 1 (2,6%) doentes. Foram operados maioritariamente doentes pT2 (n:27 – 69,2%). A doença era multifocal em 27 doentes (69,2%). As margens cirúrgicas foram positivas em 12 doentes (30,8%). A ocorrência de invasão neural foi de 74,4% (n:29). A ocorrência de invasão linfovascular foi de 20,5% (n:8). A presença de PIN de alto



grau foi observado em 15 doentes (38,5%). A presença de carcinoma intraductal foi observada em apenas 1 doente.

**Conclusão:** Foram obtidos resultados anatomo-patológicos consistentes quanto a efetividade da prostatectomia radical aberta no tratamento do cancro da próstata. Apesar do pequeno volume de doentes operados nos últimos 4 anos, enfatiza-se a importância da disponibilidade do tratamento do cancro da próstata também em regiões periféricas.

## PO 122

### DISSEÇÃO TRAUMÁTICA DA ARTÉRIA RENAL TRATADA POR VIA ENDOVASCULAR – UM CASO CLÍNICO

Ana Sofia Araújo; Sara Anacleto; Ricardo Rodrigues; Catarina Tinoco; Andreia Cardoso; Carlos Oliveira; Ricardo Leão; Mário Cerqueira Alves  
*Hospital de Braga, Braga, Portugal*

**Introdução:** A disseção traumática da artéria renal é uma complicação rara do trauma abdominal contuso. Esta disseção pode ocorrer devido à súbita aceleração-desaceleração ou devido à compressão direta da artéria renal contra a coluna vertebral. O tratamento depende da estabilidade hemodinâmica do paciente, da função renal e da vascularização da artéria. O tratamento de escolha pode ser conservador, endovascular ou cirúrgico.

**Objetivos:** O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico de disseção traumática da artéria renal esquerda tratada por via endovascular.

**Material/Métodos e Resultados:** Doente do sexo masculino, 17 anos, recorreu ao serviço de urgência por acidente de bicicleta. Na admissão referiu dor lombar à esquerda. Sem outras queixas. De referir ligeira hipotensão (105/62mmHg), estando de resto hemodinamicamente estável. Foi realizada uma Tomografia Computorizada (TC) Abdomino-Pélvica (AP) que demonstrou laceração esplénica

de grau IV e ausência de captação de contraste pelo rim esquerdo. Foi submetido a laparotomia exploradora com esplenectomia. Intra-operatoriamente, verificou-se preenchimento da veia renal e pulsabilidade da artéria renal esquerda e por isso o rim esquerdo não foi cirurgicamente manipulado. De seguida, repetiu-se o TC AP onde se verificou manutenção da isquemia renal esquerda. Por isso, foi realizado angio-TC com evidência de disseção da artéria renal esquerda. Foi realizada angioplastia com balão 30x5mm com permeabilidade de todo o trajeto da artéria renal esquerda no final do procedimento. Durante o internamento, esteve sempre hemodinamicamente estável, normotenso, com um aumento da creatinina de 1,0mg/dL para 1,4mg/dL. Repetiu também ecografia com estudo Doppler que mostrou fluxo preservado para o rim esquerdo.

**Discussão/conclusão:** O trauma contuso da artéria renal é uma entidade rara como já referido. A abordagem da disseção continua a ser controversa. Os objetivos são preservar ou re-estabelecer o fluxo o mais precocemente possível, limitar a extensão da disseção e prevenir a rutura da artéria. Com base na literatura, a revascularização cirúrgica ou endovascular é possível em até 24h após o trauma e está indicada quando existe alteração da perfusão renal e da função renal. Tendo em conta as últimas recomendações, a abordagem endovascular é a terapêutica de primeira linha para as lesões da artéria renal.



**PO 123 Trabalho retirado.****PO 124****TUMORES UROTELIAIS DE ALTO RISCO:  
UMA NOVA ABORDAGEM**

Miguel Gil; Francisco Fernandes; Rui Bernardino; Thiago Guimarães; Mariana Medeiros; Vanessa Andrade; João Guerra; Nguete Veloso; João Cunha; Luís Campos Pinheiro  
*Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central*

**Introdução:** O cancro da bexiga é a 10<sup>a</sup> neoplasia com maior incidência, encontrando-se em 75% dos casos confinado à mucosa/submucosa. Este grupo, denominado cancro da bexiga não-músculo-invasivo, apresenta geralmente bom prognóstico e sobrevida consideravelmente superior ao cancro da bexiga músculo-invasivo. No entanto, existe um subgrupo de doentes - doença não músculo-invasiva de alto risco - com risco de recorrência e de progressão significativamente superiores e cuja abordagem é complexa. Com vista à optimização da prestação dos cuidados a este subgrupo de doentes, foi criada em Fevereiro de 2021 no nosso hospital uma nova consulta - Consulta de Tumor Urotelial de Alto Risco - de modo a reunir estes doentes, garantir o melhor tratamento para cada doente individualmente e tornar os processos de follow-up mais eficientes.

**Objectivo:** Este trabalho tem como principal objectivo descrever a casuística e resultados da Consulta de Tumor Urotelial de Alto Risco no nosso centro hospitalar.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo e descritivo da casuística da Consulta de Tumor Urotelial de Alto Risco no nosso centro hospitalar. Foram incluídos todos os doentes com tumores não-músculo-invasivos de alto risco avaliados nesta consulta de Fevereiro de 2021 (data da criação da consulta) até Setembro de 2021. Foi usada a definição de tumor não-músculo-invasivo de alto risco e de muito

alto risco das guidelines de 2021 da European Association of Urology, tendo estes 2 grupos sido avaliados em conjunto. Os dados foram obtidos da revisão do processo electrónico de cada doente.

**Resultados:** Nos primeiros 8 meses da Consulta de Tumor Urotelial de Alto Risco foram avaliados 54 doentes com cancro da bexiga não-músculo-invasivo de alto risco, recém-diagnosticados ou que já se encontravam sob quimioterapia/imunoterapia intravesical, num total de 126 consultas. A maioria dos doentes (45) foi diagnosticada com tumor não-músculo-invasivo de alto risco aquando da sua primeira RTU-V. Apenas 9 doentes tinham sido submetidos a RTU-Vs no passado (com diagnóstico prévio de tumor de baixo risco). Dos 54 doentes, 37 foram submetidos a re-RTU-V após o diagnóstico de tumor não-músculo-invasivo de alto risco para detecção de doença residual e/ou re-estadiamento. Em sensivelmente metade dos doentes verificou-se detecção de doença residual (18 doentes). No entanto, não se verificou upstaging para doença músculo-invasiva em nenhum doente. Todos os doentes realizaram ou encontram-se ainda a realizar à data de hoje imunoterapia intravesical com BCG ou quimioterapia intravesical (por ausência de stock ou intolerância à primeira). Verificaram-se até ao momento 8 recidivas sob imunoterapia/quimioterapia intravesical: 1 doente foi submetido a cistectomia radical; em 5 doentes, após discussão das várias opções, optou-se por re-RTU-V; e 2 doentes com recidivas recentes encontraram-se a aguardar exame de imagem de estadiamento e decisão dos doentes.

**Discussão e Conclusões:** A gestão clínica deste subgrupo de doentes com cancro da bexiga não-músculo-invasivo de alto risco é complexa, apresentando estes doentes elevadas taxas de persistência de doença e de recidiva. Existem múltiplas opções de tratamento dispo-

níveis mas que apresentam importantes efeitos secundários e diminuição significativa da qualidade de vida. Estes doentes necessitam de acompanhamento regular e cuidados de saúde altamente diferenciados, tendo a criação da Consulta de Tumores Uroteliais de Alto Risco demonstrado ser uma opção viável e eficiente.

## VIDEOS WITH PRESENTATION IN ROOM

NOVEMBER 28, SUNDAY | 09:00-10:00h

### V 01

#### ROBOT-ASSISTED RADICAL NEPHROURETERECTOMY WITH EXTRAVESICAL EXCISION OF THE INTRAMURAL SEGMENT OF THE URETER

Miguel Miranda; Tito Leitão; Kris Maes  
*Hospital da Luz Lisboa*

**Introduction and objectives:** Radical nephroureterectomy with bladder cuff excision (BCE) is the gold standard treatment for high risk upper tract urothelial carcinoma. BCE is an important step due to high risk of local recurrence. The removal of the bladder cuff can be performed by an intravesical, extravesical or transurethral incision, either by open, laparoscopic or endoscopic access. However, the optimal technique is yet to be defined, especially in the setting of minimally invasive approaches. We present a robot-assisted radical nephroureterectomy (RARNU) with extravesical excision of the intramural segment of the ureter and ureteral meatus without opening of the bladder mucosa with the aim of minimizing the risk of tumor cell spillage.

**Material and methods:** An 80 years old male patient was referenced with a 13mm contrast-enhancing incidental solid endoluminal mass on the left renal pelvis. Staging showed a cNOMO tumor. Cystoscopy showed no suspicious bladder lesions and a bulky prostate middle lobe with protrusion to the bladder. Due to proximal location of the urothelial tu-

mor and the extensive mucosal oedema and mucosal venous ectasia in the trigone, the patient was proposed for a RARNU with extravesical BCE.

**Results:** The patient was positioned in a left lateral decubitus and four 8mm ports were placed in the midclavicular line in a slightly oblique fashion with the lower port more medial. This obviated the need for dual docking since it allowed a better distal ureter access. The nephrectomy was performed first. Three renal veins and one renal artery were isolated and clipped. Ureter dissection proceeded distally until the identification of the ureterovesical junction. The intramural tunnel dissection was carried through the Waldeyer's sheath while countertraction with a fenestrated grasper was applied. The distal ureter was ligated with a clip to isolate the upper tract urine. The bladder mucosa dome was exposed with extravesical identification of the ureteral meatus and a cerclage suture was placed while around the latter. A second transfixing suture was placed to reinforce the bladder mucosa closure distal to the meatus. The ureter was transected and the specimen was extracted en bloc with an endobag. The detrusor and adventitia were closed with a multifilament absorbable running suture. A Blake drain was placed.

**Conclusions:** The surgical approach to BCE is yet to be standardized. A totally extravesical complete BCE is possible with RARNU, allowing zero urine spillage and complete control

of the dissection limits. Robotic assistance overcomes the technical limitation of this extravesical approach which is technically challenging due to the reduced work space. Robotic surgery also allows better vision, and instrument stability and precision. This technique permits an en bloc excision of the specimen without urine extravasation, less morbidity, and without compromising oncological outcomes.

## V 02

### NEOBEXIGA DE “BORDÉUS” TOTALMENTE INTRACORPÓREA VIA LAPAROSCÓPICA

Antônio Modesto Pinheiro; Sara Duarte; André Barcelos; Sônia Ramos; Ricardo Cruz; Manuel Ferreira Coelho; Fernando Ribeiro; João Varregoso; Fernando Ferrito  
*Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*

**Introdução:** A neoplasia da bexiga é a décima neoplasia mais diagnosticada no mundo, sendo a décima terceira causa de mortalidade oncológica mundialmente. O tratamento da neoplasia da bexiga musculo-invasiva tem como gold-standard a cistectomia radical com linfadenectomia pélvica e a realização de uma derivação urinária. Globalmente as derivações urinárias dividem-se em derivações urinárias cutâneas, incluindo nesta o conduto ileal, derivações urinárias uretrais, chamadas habitualmente de neobexigas e derivações urinárias colônicas.

A escolha da derivação urinária utilizada tem uma grande importância para o doente pois está associada a complicações que podem ser graves, nomeadamente metabólicas e infecciosas, entre outras, a necessidade de cuidados determinados pós-operatórios, tais como auto-algália e a importantes perturbações da imagem corporal. Tradicionalmente as derivações urinárias continentais estão associadas a um nível superior de complicações. Com o advento da cirurgia minimamente in-

vasiva, com a laparoscopia e laparoscópica assistida por robot, foram realizadas as mesmas derivações que pela via aberta com o intuito de diminuir a morbidade associada a esta via, com menos dor, menos hemorragia e mantendo os resultados funcionais. Contudo a nível de tempo operatório este poderá ser superior recorrendo a este tipo de cirurgia.

**Objetivos:** Apresentação de um vídeo da realização de uma neobexiga de “Bordéus” totalmente intracorpórea via laparoscópica realizada na nossa instituição.

**Material e métodos:** Este vídeo foi gravado utilizando abordagem laparoscópica com visão 2D.

**Resultados:** Doente do sexo masculino, 75 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, foi encaminhado para a consulta de Urologia por hematúria e por lesão vesical suspeita com 4 cm na parede lateral esquerda. Foi submetido a RTU-V que identificou tumor urotelial de alto grau musculo-invasivo – pT2. Nos exames de estadiamento com TC, não havia evidência de envolvimento metastático à distância nem envolvimento ganglionar.

Foram abordadas as opções terapêuticas e optou por cistectomia radical com linfadenectomia com neobexiga via laparoscópica, que decorreu sem intercorrências.

O pós-operatório foi na Unidade de cuidados intensivos e teve complicações. A destacar a extrusão da algália, com necessidade de recolocação de algália com cistoscopia flexível, no qual se identificou falso trajecto de provável etiologia traumática na face posterior da anastomose uretro-ileal. Por manter leak urinário mesmo após recolocação da algália, houve necessidade de colocar nefrostomias bilaterais. Após 3 semanas foram removidas, com resolução do leak urinário.

**Discussão/Conclusões:** A neobexiga totalmente intracorpórea via laparoscópica é uma opção válida e factível por esta via. Contudo tal



como as neobexigas realizadas por via aberta, as complicações pós-operatórias não são negligenciáveis e a sua correta abordagem é muito importante na morbidade e mortalidade associadas ao procedimento.

### V 03

## LAPAROSCOPIC RADICAL NEPHRECTOMY WITH INFERIOR VENA CAVA THROMBECTOMY

Catarina Laranjo Tinoco<sup>1</sup>; Andreia Cardoso<sup>1</sup>; Ricardo Matos Rodrigues<sup>1</sup>; Sara Anacleto<sup>1</sup>; Ana Sofia Araújo<sup>1</sup>; Mário Cerqueira Alves<sup>1</sup>; Emanuel Carvalho-Dias<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Braga, Portugal; <sup>2</sup>University of Minho – School of Medicine, Braga, Portugal

**Introduction and objective:** Renal cell carcinoma (RCC) presents with inferior vena cava (IVC) thrombus in 4-10% of the patients. Radical nephrectomy with IVC thrombectomy is the mainstay of treatment.<sup>1</sup> Our objective is to show the first case laparoscopic management of these patients in our hospital.

**Material and methods:** In this educational video we present the case of 69-year-old male with a diagnosis of renal cell carcinoma with a tumor thrombus in one renal vein and protruding to the inferior vena cava. We describe our surgical technique of laparoscopic radical right nephrectomy with IVC thrombectomy.

**Results:** This patient was a man with 69 years and various comorbidities: arterial hypertension, diabetes mellitus, benign prostatic hyperplasia, a history of gastric ulcer and recent COVID-19. He was admitted to our Urology department due to persistent fever with the diagnosis of a prostatic abscess. During its workup, a right renal mass was incidentally identified in the computed tomography (CT) scans. A contrasted CT was performed and revealed “a nodular lesion in the posterior aspect of the right kidney with at least 4x2.5cm suggestive of renal neoplasm, with some

calcifications. There is a large thrombus in the renal vein that prolongs to the inferior vena cava (IVC), admittedly a tumoral tissue thrombus because of its contrast enhancement. There is no complete occlusion of the IVC”. The staging exams showed no enlarged regional lymph nodes or distant metastasis. We performed a laparoscopic radical nephrectomy with inferior vena cava thrombectomy as reported in the literature<sup>1</sup>. Some of the critical steps of the surgery are the liver retraction and Kocher maneuver, to facilitate the optimal exposure of the IVC. Early clamping of the renal artery is essential to prevent bleeding. The IVC was clamped using vascular loops and hem-o-locks. After its clamping, the renal vein was sectioned close to the IVC, revealing a protruding tumor thrombus. The thrombus was completely excised with the renal vein and sent to pathology with the nephrectomy specimen. The pathology report revealed a renal cell carcinoma (clear cell RCC, G2), with a maximum length of 6.5cm, invasion of the renal sinus and a tumor thrombus in the renal vein - pT3a G2 Nx. The thrombus extremity, however, was inside the IVC (level I tumor thrombus). The patient was discharged after 5 days without complications and remains under surveillance with no evidence of recurrence.

**Discussion:** Laparoscopic radical nephrectomy with IVC thrombectomy is a challenging procedure but it has all the advantages of a minimally invasive surgery. Cases like the one we described, a level I tumor thrombus not adherent to the IVC walls, are probably the main indication for this technique.

## V 04

### LAPAROSCOPIC BILATERAL RETROPERITONEAL LYMPH NODE DISSECTION

Sara Anacleto; Catarina Tinoco; Andreia Cardoso; Ricardo Rodrigues; Sofia Araújo; Ricardo Leão; Miguel Mendes; Mário Alves; Emanuel Carvalho-Dias  
*Hospital de Braga*

**Introduction:** Retroperitoneal lymph node dissection is a complex surgery indicated in some cases of testicular cancer, namely in patients with non-seminomatous germ cell tumours who have residual retroperitoneal masses after chemotherapy. The laparoscopic technique, initially described in 1992, is particularly challenging. However, it offers advantages compared to the open approach, since it is less invasive and is associated with reduced overall complication rates and shorter length of hospital stay with equal cancer control results.

**Objectives:** In this video, we report a case of a laparoscopic bilateral retroperitoneal lymph node dissection performed in a 21-year-old male with residual retroperitoneal masses after chemotherapy for mixed germ cell tumour.

**Materials and methods:** The patient was placed in supine position with moderate Trendelenburg and a urethral catheter and a nasogastric tube were placed. The first infra-umbilical 11mm port was introduced under direct visualization. Thereafter, two 5mm ports were placed in each side of the abdomen.

**Results:** Firstly, the cecum was identified and the right colon, small intestine and duodenum were mobilized. Sutures were used to tack the incised peritoneal edge of the intestine to the abdominal wall. The retroperitoneum was then exposed and the lymph node dissection initiated. The bilateral lymph node dissection template was bordered by the ureters laterally, the renal vessels superiorly and the common iliac arteries inferiorly. Initially,

the paracaval space was dissected, followed by the paraaortic and interaortocaval spaces. The left colon was also mobilized. After that, the lymph nodes were removed in the same sequence, with ligation of the left gonadal vein with hem-o-lok.

Patient was discharged on postoperative day 14. Histology report showed 31 lymph nodes without metastases and with alterations compatible with previous chemotherapy.

**Conclusion:** Laparoscopy is an effective approach for retroperitoneal lymph node dissection, with similar oncological outcomes and inferior patient burden compared to the open approach.

## V 05

### COMPLETE STAGHORN CALCULUS: ONE STAGE PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY WITH TRILOGY® DEVICE AS THE ENERGY SOURCE

Sofia Mesquita; Vítor Cavadas; Avelino Fraga  
*Centro Hospitalar Universitário do Porto*

**Introduction and objectives:** Staghorn calculi remain a challenge. Percutaneous nephrolithotomy (PCNL) is the preferred treatment for the management of large or complex calculi. Clearance of stone with PCNL requires some form of energy source to break the stone. The Trilogy is a dual-energy lithotripter, using electromagnetic and ultrasonic energy for stone fragmentation with suction which facilitates the evacuation of stone fragments.

We present a clinical case where we used Trilogy® as the energy source for the treatment of a complete staghorn calculus in a one stage procedure.

**Materials and methods:** A 76 years old female patient presents with an incidental staghorn calculus on a thoracic CT.

The uro-CT confirmed a complete staghorn calculus and showed a reduction in renal parenchymal thickness. The estimated stone

volume was 80.322cm<sup>3</sup>.

The Tc-99m DTPA renal scintigraphy revealed a left kidney function of 42% (glomerular filtration rate of 32ml/min) and a right kidney function of 58% (glomerular filtration rate of 44ml/min).

The patient was proposed for a percutaneous nephrolithotomy.

**Results:** The procedure was done in Galdakao position. Upper, middle and lower calyces were punctured under fluoroscopic guidance and a hydrophilic angled guide wire was passed through the access needle.

Initially, upper and lower access tracts were dilated and a 17.5F sheath was placed. A 12F nephroscope was used and fragmentation of the most distal portion of the calculus was performed with pneumatic lithotripter (3F probe). The stone fragments were removed through vacuum cleaner effect. Subsequently, a balloon dilator was placed and was inflated to 18 atmospheres. An Amplatz 24F working sheath was secured. A 22F nephroscope was used and stone fragmentation was performed with Trilogy device (10.5F probe).

The stone fragmentation through the middle access tract was done with just the pneumatic lithotripter. A residual stone in the anterior middle calyx was left in view of the prolonged procedure time.

A 6Fr double-J stent was placed retrogradely. A 12F malecot nephrostomy catheter was placed through the middle calyceal access.

The procedure lasted 210 minutes.

*Proteus mirabilis* was isolated in the biofilm and stone culture.

The 12F Malecot nephrostomy catheter was removed on the 4th post-operative day. The patient was discharged on the 6th post-operative day with stable renal function and hemoglobin levels. The 6F double-J stent was removed on the 26th post-operative day.

Stone analysis revealed 75% calcium phosphate

and 25% magnesium ammonium phosphate.

The patient is currently asymptomatic.

**Conclusion:** The trifecta of ultrasonic and electromagnetic impactor energy with suction is efficient and safe in clearing larger and complex stone bulk in a one stage procedure, that seems impractical with the stand-alone energy sources available

## V 06

### NEFROURETERECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA 3D EM DOENTE COM URETEROILEOSTOMIA CUTÂNEA (BRICKER)

José Alberto Pereira; Duarte Vieira-Brito; Mário Lourenço; Paulo Conceição; Ricardo Godinho; Bruno Jorge Pereira; Carlos Rabaça  
*Serviço de Urologia, Instituto Português de Oncologia, Coimbra*

**Introdução:** O aparelho urinário superior é o local mais comum de recorrência tardia após cistectomia radical, sendo que os doentes com tumores não musculo-invasivos da bexiga tem o dobro do risco de desenvolver recorrências no urotélio alto comparativamente a doentes com tumores musculo-invasivos.

A nefroureterectomia radical é considerada a cirurgia standard em doente com tumores primários e localizados do urotélio alto. No entanto, não existem orientações claras sobre o tratamento das recorrências no aparelho urinário superior após tratamento de tumores da bexiga.

**Objetivo:** Apresentar um vídeo de uma nefroureterectomia total laparoscópica por recorrência no urotélio alto de neoplasia urotelial, em doente já previamente submetido a cistectomia radical com ureteroileostomia tipo Bricker.

**Material e métodos:** Vídeo de nefroureterectomia direita laparoscópica em doente portador de ureteroileostomia cutânea.

**Caso clínico:** Doente com 71 anos, sexo masculino com antecedentes de adenocarcinoma



da próstata, submetido a prostatectomia radical com linfadenectomia pélvica bilateral e radioterapia adjuvante em 2015. Em 2019, foi submetido a ressecção transuretral da bexiga por pT1 de alto grau multifocal com carcinoma in situ. Apresentava ainda lesões compatíveis com cistite rádica e uma bexiga de pequena capacidade e elevadas pressões que condicionavam ureterohidronefrose bilateral com impacto na função renal, para além de episódios recorrentes de hematuria. Foi, por isso, submetido a Cistectomia radical com ureteroileostomia cutânea. Em UroTC de seguimento 12 meses após cistectomia foi detetada uma massa de tecidos moles no rim direito com cerca de 27mm, com efeito de realce após contraste e restrição à difusão compatível com suspeita de malignidade, localizada no grupo calicial médio.

Foi submetido a nefroureterectomia total direita laparoscópica com laqueação do ureter terminal a nível da anastomose uretero-ileal com recurso ao sistema de agrafagem Signia. O tempo de cirurgia foi de 75 minutos e a hemorragia intra-operatória foi de 50mL. O pós-operatório decorreu sem intercorrências e o doente teve alta ao 3º dia. A histologia revelou a presença carcinoma urotelial papilar de alto grau multifocal, sem invasão do tecido conjuntivo subepitelial, da camada muscular ou da gordura, margens cirúrgicas negativas. Após 12 meses de seguimento mantém-se sem evidências de recidiva.

**Discussão/Conclusão:** Apesar do urotélio alto se tratar de um local comum de recorrência em doentes submetidos a terapêutica local de carcinoma da bexiga, não existem recomendações claras sobre o que fazer nestes casos. Diversos estudos demonstram a nefroureterectomia laparoscópica com resultados a nível oncológico não inferiores à cirurgia aberta, com vantagens na recuperação pós-operatória. A utilização do sistema de agrafagem Signia

permite realizar a cirurgia de forma rápida e segura podendo o equipamento ser utilizado tanto na laqueação do pedículo renal como na laqueação do ureter na sua anastomose uretero-ileal.

## V 07

### LAPAROSCOPIC TREATMENT OF ENTERO-NEOBLADDER FISTULA AFTER RADICAL CYSTECTOMY

Ana Sofia Araújo; Sara Anacleto; Catarina Laranjo-Tinoco; Andreia Cardoso; Nuno Morais; João Nuno Torres; Miguel Mendes; Ricardo Leão; Emanuel Carvalho-Dias  
*1Urology Department, Hospital de Braga, Braga, Portugal; 2School of Medicine, University of Minho, Braga, Portugal*

**Introduction:** Entero-neovesical fistula is a rare complication of orthotopic ileal neobladder after radical cystectomy occurring in less than 2% of cases. The most typical presentation is faecaluria, pneumaturia or recurrent urinary tract infections. Diagnosis is usually confirmed by contrast enhanced abdominopelvic computed tomography (CT). Surgical treatment is usually required and includes open resection of the affected bowel tract and reconstitution of bowel transit. Here we present a case of a laparoscopic treatment of entero-to-neobladder fistula 8 years after laparoscopic radical cystectomy.

**Objective:** To demonstrate the feasibility and safety of minimally-invasive laparoscopic treatment of entero-to-neobladder fistula after laparoscopic radical cystectomy.

**Material and Methods:** We performed a surgical correction of entero-to-neobladder fistula by laparoscopic approach 8 years after laparoscopic radical cystectomy. The patient was positioned in Trendelenburg position and 5 trocars were introduced in abdominal cavity. The first step, was to separate abdominal adhesions in the peritoneal cavity and



suspend the sigmoid colon. Second, the ileal loop in contact with the neobladder was isolated and the neobladder was separated from iliac vessels and the left ureter was safely exposed. Third, the ileal segment was cut proximally and distally with endoGYA. Fourth, the segment was carefully dissected from the neobladder. Fifth, multiple stones were removed from the opened neobladder. Sixth, the neobladder was closed with a running suture. Lastly, the ileal transit was reconstructed with endoGYA stapler.

**Results:** We present here a case of a 77-year-old male with a previous muscle-invasive urothelial carcinoma of the bladder treated 8 years before with laparoscopic radical cystectomy with an open Studer neobladder. After surgery, the patient presented with recurrent urinary tract infections and in 2017 the patient developed faecaluria. CT-urogram revealed passage of contrast from the neobladder to a ileal loop and ascending colon making the diagnosis of ileal to neobladder fistula. A first conservative treatment was attempted but the fistula did not close and the patient maintained faecaluria. The CT scan before surgery revealed persistence of the fistula and multiple stones in the urinary bladder. We proposed the patient for minimally invasive laparoscopic repair of the fistula and removal of the stones. Immediate resolution of faecaluria was observed and the post-operative period was uneventful.

**Discussion:** We demonstrate here the feasibility of the minimally invasive repair of an entero-neobladder fistula after radical cystectomy. With the development of minimally invasive (laparoscopic or robotic) cystectomy the rare cases of entero-neobladder fistula could also be surgically treated with a minimally invasive approach.

## VIDEOS IN DISPLAY

V 08

### NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA: TUMOR DA FACE POSTERIOR DO RIM DIREITO COM UTILIZAÇÃO DE TACHOSIL

Rui Duarte Abreu; David Castelo; Helena Gomes;  
Luis Costa

*Hospital Distrital de Santarém*

**Introdução:** A nefrectomia parcial é o tratamento recomendado para tumores localizados de pequenas dimensões. Esta técnica permite a preservação de nefrónios. A abordagem laparoscópica é uma via menos invasiva com morbilidade e resultados oncológicos comparáveis à via clássica. Uma das complicações mais frequentes desta abordagem é a hemorragia peri e pós-operatória. Devido ao espaço limitado e à dificuldade técnica de sutura várias formas de renorrafia foram desenvolvidas. Os agentes hemostáticos artificiais ( Surgicel, Floseal e Tachosil) foram também um passo importante no controle hemorrágico.

**Objectivos:** Este vídeo tem como objectivo mostrar os diversos passos da nefrectomia parcial, nomeadamente as dificuldades técnicas de um tumor profundo e na face posterior. Estes factos implicaram a dissecação de todo o rim de forma a ter acesso ao tumor bem como a utilização de várias suturas e agentes hemostáticos de forma a controlar a hemorragia.

**Material e métodos:** Doente de 63 anos de idade com antecedentes de tabagismo, enfarte agudo do miocárdio e dislipidemia. Incidentaloma do rim direito em TAC pedida pelo médico de família. Foi submetido a nefrectomia

parcial direita por laparoscópica 3-D.

**Resultados:** Neste vídeo consegue-se ver os diferentes passos da nefrectomia parcial: dissecação do hilo renal, dissecação do rim, deslocação do rim para a zona média, isolamento do tumor, clampagem da artéria renal, excisão do tumor, renorrafia com colocação de surgicel na loca, desclampagem da artéria renal, e sutura com utilização de Tachosil.

**Conclusões:** Nestes tumores profundos e com um acesso mais difícil a utilização de agentes hemostáticos poderão ser uteis no controle da hemorragia. É igualmente importante referir que com tumores profundos com uma loca mais extensa é muitas vezes necessário uma sutura mais extensa sacrificando algum tempo de clampagem.

V 09

### MCANINCH PENILE CIRCULAR SKIN FLAP URETHROPLASTY IN A RELAPSING COMPLEX ANTERIOR URETHRAL STRICTURE

Miguel Miranda; Anatoliy Sandul; Miguel Fernandes;  
Filipe Lopes; Afonso Castro; João Gomes;  
Carolina Ponte; Pedro Oliveira; Tito Leitão;  
Francisco Martins; José Palma Reis  
*Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa,  
Portugal*

**Introduction and objectives:** Urethral strictures are a common urological problem, being bulbar urethra most frequently affected. Long strictures are usually not amenable to excision and primary anastomosis, therefore requiring either grafts or flaps procedures. Currently, a preferred approach is yet to be consensually

determined considering that the patency rates and post-operative morbidity are comparable. We present a 1-stage penile circular fasciocutaneous skin flap urethroplasty technique, previously described by McAninch, as a treatment option for a relapsing anterior complex urethral stricture.

**Material and methods:** We present a case of a 38-year-old male with an idiopathic urethral stricture, previously submitted to an direct vision internal urethrotomy in 2008 and an oral mucosal graft (OMG) dorsal onlay bulbar and dorsal inlay penile urethroplasty in 2011. In 2018 he developed acute urinary retention with subsequent need for suprapubic cystostomy. Retrograde urethrogram showed an 8cm penobulbar urethral stricture. Patient was unable to perform a voiding cystourethrography. Due to length and relapsing nature of the stricture, despite previous attempts with free grafts, a McAninch penile skin flap urethroplasty was proposed between the two.

**Results:** The patient was positioned in lithotomy and a perineal incision was performed followed by dissection of the bulbar urethra. Extensive fibrotic periurethral tissue was found and removed. Sharp transection of the urethra was performed proximally and distally in a total length of approximately 8cm. The foreskin was used as a circular fascial nonhirsute skin flap. The flap was split dorsally and mobilized on the dartos fascia through perineal dissection. Tubularization was done over a 16Ch foley catheter followed by the proximal and distal anastomosis with 3-0 absorbable monofilament individual sutures. Finally, the flap was secured to adjacent tissues and a Jackson-Pratt drain was placed. Bladder catheter was removed at 4 weeks post-operative and cystostomy catheter at 6 weeks. Urethrogram before catheter removal did not show contrast extravasation. Urofluxometry at 8 weeks revealed a max peak flow rate of

12mL/s for a voiding volume of 150mL and a post-void residual (PVR) volume of 30mL. Currently the patient has resumed sexual activity with good erectile function, nonetheless reporting post-void dribbling and retrograde ejaculation, most likely due to perineal muscle and nerve injury during dissection.

**Conclusions:** Penile circular skin flap urethroplasty is a safe and effective procedure. The single-stage procedure has a higher patency rate compared to staged techniques and offers a better quality of life, especially in younger patients. Furthermore, it is a particularly useful technique in relapsing complex urethral strictures, namely in patients with poor oral health or who lack mucosa donor sites. There is no consensus regarding the optimal technique, in what concerns the native tissue (graft vs flap), the nature or the shape of the flap tissue, therefore the preferred approach should take in consideration the center's surgical practice and expertise of the surgeon.

## V 10

### ABORDAGEM ROBÓTICA NO SÍNDROME DE ZINNER

João Ferreira Guerra; João Magalhães Pina; Vanessa Andrade; Mariana Medeiros; Rui Bernardino; Thiago Guimarães; Miguel Gil; João Cunha; Nguete Veloso; Luís Campos Pinheiro  
*Hospital de São José, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central*

**Caso clínico:** Homem de 22 anos Sem história pregressa de relevo. Encaminhado em 2021 a consulta de Urologia por quadro de dor perineal com uns meses de evolução, agravada com ejaculação. Referia ainda polaquiúria e sensação de esvaziamento incompleto.

Ao exame objetivo a referir próstata tensa com desconforto ao toque, sem outras alterações. Ecografia vesical e próstática revelou estrutura quística junto ao pavimento da bexiga:

divertículo vs quisto das vesículas seminais.

**RM:** “Rim direito não visualizado por provável agenesia. Dilatação quística da vesícula seminal direita. Concomitantemente verifica-se dilatação do ducto deferente direito. Observa-se conteúdo com hipersinal T1 espontâneo ao nível do ducto deferente direito (até a região do epidídimo) e vesícula seminal (inclui quisto) por provável elevado conteúdo proteico. Próstata normodimensionada (14 cc), com heterogeneidade de sinal periférica sobressaindo área de hipossinal T2 difuso a direita com hiper-realce arterial, sem washout aparente, de provável natureza inflamatória.” Posteriormente foi pedido espermograma com evidência de azoospermia.

Verificado ainda varicocele à direita.

Proposto para excisão da vesícula seminal direita + cura de varicocele por via robótica. Síndrome de Zinner.

Condição rara associada a anomalia embriológica que se desenvolve na porção distal do ducto mesonéfrico entre a 4ª e 13ª semana de gestação.

Tríade que inclui agenesia renal unilateral com obstrução do ducto ejaculador e quisto da vesícula seminal ipsilateral.

A clínica é variada e inespecífica, incluindo sintomas do trato urinário inferior, hematúria, hematospermia, dor perineal, infecções recorrentes e dor na ejaculação. Em 45% está ainda associada infertilidade.

É habitualmente descoberta de forma incidental entre a 2ª e 4ª décadas de vida, período de maior atividade sexual e reprodutiva.

Reportados menos de 200 casos na literatura. Cirurgia.

Lise de aderências do cólon à parede abdominal.

Incisão do fundo de saco de Douglas a nível da vesícula seminal.

Identificação do ducto deferente direito e dissecção.

Laqueação do ducto deferente.

Identificação da vesícula seminal direita e dissecção.

Identificação do ureter remanescente.

Laqueação do ureter remanescente.

Continuação de dissecção da vesícula seminal direita.

Remoção de vesícula seminal direita.

Encerramento de brecha peritoneal.

Correção de varicocele direito.

## V 11

### PLACEMENT OF AN INFLATABLE PENILE PROSTHESIS IN A NEOPHALLUM WITH A PREVIOUS FAILED SEMI-RIGID PROTHESIS

Ramos P; Morgado A; Dinis P; Pacheco-Figueiredo L  
*Centro Hospitalar Universitário de São João*

**Introduction:** Phalloplasty has become a key part of gender-affirming surgery for transgender men. Erectile rigidity is amongst the most commonly reported goals of phalloplasty. This is not often achieved by phalloplasty alone, instead, penile prostheses (PP) are typically placed inside the neophallus. In the present work we report the first inflatable three component implantation in patient who had undergone prior phalloplasty and semi-rigid prosthesis placement.

**Methods:** This patient is a 38 year-old transgender male who had received previous phalloplasty with a two cylinder semi-rigid penile which had subsequent mechanical failure and migration out of the neocorpora cavernosa, causing severe perineal discomfort and incapacitating sexual intercourse. We decided to implant a single cylinder inflatable PP, following these steps:

- The procedure was performed in a supine position;
- An urethral Foley catheter was placed;
- A lateral infra-pubic incision was made near each neocorpora and both semi-rigid cylinders were removed;



- Progressive dilation of the right neocorpora was performed using Hegar dilators;
- A rifampicin soaked polytetrafluoroethylene (PTFE) vascular sheath was placed over the inflatable cylinder to prevent erosion, luxation and to facilitate fixation of the cylinder to the pubic symphysis;
- The cylinder was placed inside the right neocorpora and the proximal end was anchored to the pubic bone using Ethibond® stitches;
- Reservoir was placed in the right retroperitoneal space and the pump was implanted inside the neoscrotum.

**Results:** There were no significant interurrences and complications observed during post-operative period. The patient reported improvement in sexual function and overall quality of life. After 12 months of follow-up no significant late complications were identified.

**Conclusion:** Inflatable penile prosthesis placement is a viable option for obtaining erectile rigidity and to provide a preserved sexual function in transgender male patients with neophallus.

## V 12

### ADRENALECTOMIA DIREITA POR VIA LAPAROSCÓPICA POR METÁSTASE ÚNICA

Vanessa Andrade; João Cunha; Miguel Gil; João Guerra; Nguete Veloso; Mariana Medeiros; Thiago Guimarães; Rui Bernardino; Fernando Calais; Luís Campos Pinheiro  
 Centro Hospitalar Lisboa Central Centre Hospitalier EPICURA Hornu

**Introdução:** As supra-renais são um local frequente de metastização de outros tumores. As neoplasias primárias mais frequentes deste tipo de metastização são as neoplasias do pulmão, da mama e gastrointestinais.

**Objectivos:** Apresentação de vídeo de um caso de adrenalectomia direita.

**Material e métodos:** Este vídeo foi gravado utilizando uma abordagem laparoscópica com

visão 3 D. O vídeo foi editado de forma a apresentar os principais passos da cirurgia.

**Resultados:** Doente do sexo feminino com 73 anos com diagnóstico de carcinoma da mama direita em 2019, submetida a mastectomia radical, quimioterapia e radioterapia. Encontrava-se assintomática e sem alterações relevantes ao exame objectivo. Em TC de controlo constatou-se massa na supra renal direita com 55x43mm suspeita de metastização. A doente foi submetida a adrenalectomia direita por via laparoscópica, dificultada por se encontrar aderente aos grandes vasos. Não se registaram intercorrências nem complicações no pós operatório.

**Discussão/Conclusão:** A adrenalectomia é uma das opções de tratamento para as metástases solitárias da supra-renal. A via laparoscópica, quando exequível, é um procedimento seguro e com baixa taxa de complicações.

## V 13

### FULL URETHRAL PRESERVATION DURING LAPAROSCOPIC RADICAL PROSTATECTOMY (FUP-LRP)

Catarina Laranjo Tinoco<sup>1</sup>; Andreia Cardoso<sup>1</sup>; Ricardo Matos Rodrigues<sup>1</sup>; Sara Anacleto<sup>1</sup>; Ana Sofia Araújo<sup>1</sup>; Mário Cerqueira Alves<sup>1</sup>; Emanuel Carvalho-Dias<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Braga, Portugal; <sup>2</sup>University of Minho - School of Medicine, Braga, Portugal

**Introduction:** One of the main complications of radical prostatectomy remains urinary incontinence. Urethral length preservation is characterized in the urological literature as a main determinant of early continence.

**Objective:** To demonstrate the feasibility and safety of full urethral preservation during laparoscopic radical prostatectomy.

**Material and methods:** We demonstrate here our technique of laparoscopic radical prostatectomy with full urethral preservation. The usual steps of laparoscopic radical prosta-

tectomy were followed, diverging only when usually we divide the urethra. Instead, the urethra was preserved, and completely dissected from the prostate. After completing the dissection, the urethra was sectioned and sent with the prostatectomy specimen to histological analysis, to evaluate the oncologic safety of the procedure, and lastly we performed a vesicourethral anastomosis.

**Results:** We present the case of a 53-year-old male with EAU low-risk localized prostate cancer (PSA 4.28, cT1, Gleason score 6 (3+3)) which was submitted to a nerve-sparing laparoscopic radical prostatectomy. A novel technique of full urethral preservation was performed, in which the urethra was carefully dissected from the prostate. The patient had no post-operative complications and was discharged after 2 days. The urinary catheter was removed after 10 days. The pathologic report revealed a prostatic adenocarcinoma Gleason 6(3+3), with no urethral invasion by the tumour - pT2cNxMxR0. Post-prostatectomy PSA was <0.01 ng/mL. At last follow-up, the patient had full continence and good erectile function with daily tadalafil (5mg).

**Discussion:** Full urethral preservation is feasible during laparoscopic radical prostatectomy. However, its execution is technically difficult. Pathology of the urethra showed no tumoral invasion, showing its oncological safety as previous reported in the literature. Prospective studies are needed to evaluate the impact of this technique in continence maintenance.

1 - Paparel, P., Akin, O., Sandhu, J. S., Otero, J. R., Serio, A. M., Scardino, P. T., Hricak, H., & Guillonneau, B. (2009). Recovery of urinary continence after radical prostatectomy: Association with urethral length and urethral fibrosis measured by preoperative and postoperative endorectal magnetic resonance imaging. *European Urology*, 55(3), 629–639. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2008.08.057>

## V 14

### LAPAROSCOPIC MANAGEMENT OF PYELODUODENAL FISTULA IN XANTHOGRANULOMATOUS PYELONEPHRITIS

Catarina Laranjo Tinoco<sup>1</sup>; Andreia Cardoso<sup>1</sup>; Ricardo Matos Rodrigues<sup>1</sup>; Sara Anacleto<sup>1</sup>; Ana Sofia Araújo<sup>1</sup>; Mário Cerqueira Alves<sup>1</sup>; Emanuel Carvalho-Dias<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Braga, Portugal; <sup>2</sup>University of Minho – School of Medicine, Braga, Portugal

**Introduction and Objective:** Xanthogranulomatous pyelonephritis (XGPN) is a rare and destructive form of chronic pyelonephritis. There is frequent involvement of adjacent organs with abscesses and fistulas. We present a video of a laparoscopic nephrectomy due to xanthogranulomatous pyelonephritis, with the intraoperative diagnosis and repair of a pyeloduodenal fistula.

**Material and methods:** In this video we present a case of laparoscopic right nephrectomy of a pyelonephritic kidney and the laparoscopic management of a pyeloduodenal fistula.

**Results:** We report the case of a 51-year-old female with no comorbidities, who presented to the emergency department with flank pain and weight loss in the previous month. The physical examination revealed a right flank palpable mass. The blood work was remarkable for a high white blood cell count and C Reactive Protein, with normal creatinine. The computed tomography scan showed a large right kidney with important dilation and densification of the collecting system, caused by a 13mm stone in the lumbar ureter; the inflammatory process extends into the surrounding tissues, with a hepatic abscess and a psoas abscess; this indicates a chronic pyelonephritis compatible with a xanthogranulomatous process.

She was admitted to the Urology ward and started on a long course of antibiotics. The

initial treatment included ultrasound-guided percutaneous nephrostomy placement by the Urology team and hepatic drain placement by the Radiology team. The patient stayed in the hospital for 3 weeks and was discharged after removal of the drains. The definitive treatment of this condition is surgical with nephrectomy, drainage of concomitant abscesses and removal of the involved tissues. Our video presents this patient's surgery.

Initially, the patient was placed in lateral decubitus. The first trocar was inserted with an open technique. We placed 5 transperitoneal trocars, as we usually do for right sided nephrectomies (one with 12mm, one with 10mm and 3 with 5mm). The dissection was started by retraction of the very adherent liver and right colon. When the duodenum was being mobilized, a small fistula started to be evident, and we continued the dissection trying to adequately isolate the fistula. We used a vascular loop and hem-o-lock to reference the fistula. After its isolation, we continued the dissection on the renal lower pole, finding a duplicated ureter. Dissecting along the ureters we found that the fistula connected the duodenum to the renal pelvis. At this point, the fistulous tract was cut with cold scissors and its duodenal end was sutured with vicryl. The dissection continued and the liver was freed, revealing multiple subhepatic abscesses. There was also a important psoas abscess, which was cleaned. The hilum was sectioned with 6cm Endo GIA® and Hem-o-locks and the nephrectomy was completed. The specimen was removed in a retrieval bag. We secured the duodenal suture with an hemopatch® to protect it from the infected area. A multitubular drain was placed and the incisions were closed.

The patient remained on broad spectrum antibiotic therapy after the surgery. A nasogastric tube was in place for 3 days and the patient

remained with no food or fluids by mouth during that time. She started food ingestion on day 5 with great tolerance. The patient was discharged after a week with no complications and was therefore cured.

**Discussion:** Laparoscopic management of xanthogranulomatous pyelonephritis is challenging due to the loss of anatomical planes and densified tissues. In this case, inflammation extended to the liver with the formation of a hepatic abscess and to the duodenum with the creation of a pyeloduodenal fistula. The management of pyeloduodenal fistulas can also be made by laparoscopy, as demonstrated in our video.

## V 15

### **GASTRO-URO COLLABORATION: ENDOSCOPIC TREATMENT OF A LARGE IMPACTED GALLSTONE IN THE DUODENUM USING LASER LITHOTRIPSY, BOUVERET'S SYNDROME**

Miguel Fernandes; Carlos Noronha; Miguel Miranda; Afonso Castro; Tito Leitão; Sérgio Pereira; José Palma Reis  
*Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal*

**Introduction:** Bouveret's syndrome is classically defined as a gastric outlet obstruction secondary to impaction of a gallstone in the pylorus or proximal duodenum, secondary to an acquired cholecystoenteric or cholecystogastric fistula. Due to its rarity, the diagnosis of Bouveret's syndrome is often delayed and causes a high morbidity and mortality rate. Currently, a preferred approach is yet to be consensually determined.

**Objectives:** We describe the successful treatment of this entity using an endoscopic technique with LASER Lithotripsy and highlight the importance of interdisciplinary collaboration for the development and implementation of state of the art care in benefit of all patients, urologic or not.



**Material and methods:** A 78-year-old male patient presented in the emergency department with worsening diffuse abdominal pain, loss of appetite, vomiting and diarrhea for 3 days.

Blood analysis revealed an increased C-reactive protein of 11,5 md/dL (normal range <0.5 mg/dL ) with leukocytosis of 21,00 x10<sup>9</sup>/L (normal range 4.0-11.0). Alanine transaminase, aspartate transaminase, bilirubin and renal function were normal.

An abdominal CT scan showed a dilated duodenum with an image of calcic density measuring 34mm of highest diameter.

An endoscopy confirmed a cholecysto-bulbar fistula and occlusion of D2 duodenum by a voluminous stone. He was submitted to another endoscopy to try to fragment the stone with Argon plasma 80W/1L with minimal success.

**Results:** After multidisciplinary consultation between general surgery, gastroenterology and urology, endoscopic LASER lithotripsy of the impacted stone was planned under general anesthesia. A Dornier Lithotripsy 1000nm LASER fiber (12Hz, 1,5J) was used to fragment the stone into smaller pieces. Sizeable pieces were retrieved to the stomach with large forceps. Minor mucosal damage was seen in the duodenum, without any major complication. The total procedure time was approximately 3 hours.

Postoperatively, the patient has fully recovered.

**Conclusions:** Endoscopic LASER lithotripsy of an obstructed gallstone in the small intestine was performed in a safe and effective manner and should be considered as an option to treat Bouveret's syndrome in selected cases.

The role and utility of working through a multidisciplinary approach for improving clinical decision making and care for many and diverse pathologies is increasing globally and evidence exists of advantage to patients and

healthcare professionals.

We presented a remarkable example of collaborative work between different medical specialties with significant impact on the quality of care of this particular patient.

## V 16

### GLANS RE-SURFACING FOR THE TREATMENT OF LICHEN SCLEROSUS

Diogo Pereira; André Cardoso; Gabriel Costa; Raquel Catarino; Tiago Correia; Frederico Carmo Reis; Manuel Cerqueira; Isabel Guimarães; Rui Prisco  
*ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano*

**Introduction and objectives:** Lichen sclerosus is a chronic inflammatory and scarring dermatosis of unknown etiology that often affects the genitals, leading to phimosis and urethral strictures in males if left untreated. They can present with white penile lesions or plaques, itching, painful erections and voiding, and bleeding or ulceration with sexual intercourse. The treatment can include topical steroids or surgery.

Our aim is to show how one patient with severe disease was managed at our centre.

**Materials and methods:** A 57 year-old man underwent circumcision and meatoplasty. Anatomopathological report showed Lichen Sclerosus. Due to Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), an urethrography was done, showing a stenosis of the entire penile urethra and navicular fossa. A suprapubic catheter was placed, and the patient underwent a dorsal buccal mucosa graft urethroplasty – Kulkarni's technique. He had a recurrence few months after and a dorsal lingual mucosa graft urethroplasty (ASOPA technique) was performed. Despite the improvement of LUTS, the patient was concerned about pain in the glans with frequent peeling, itching and inflammation that did not resolve with steroids. A glans re-surfacing was proposed.

**Results:** The patient underwent a glans re-



-surfacing with skin from the thigh. After one year of follow-up since the last surgery, he is satisfied with the results. Although sensitivity has not yet fully recovered, he has no pain in the skin of glans and he can have satisfactory sexual intercourse.

**Conclusion:** Lichen Sclerosus can be a debilitating disease. The video demonstrates that glans re-surfacing can be an option for patients with severe symptoms with satisfactory results.

## V 17

### **CORPO ESTRANHO PENIANO – QUANDO A SOLUÇÃO VAI ALÉM DO UROLOGISTA**

Alberto Costa-Silva<sup>1</sup>; Pedro Abreu-Mendes<sup>1</sup>; José Pinhal<sup>2</sup>; Afonso Morgado<sup>1</sup>; Francisco Botelho<sup>1</sup>; Paulo Dinis<sup>1</sup>; Carlos Martins-Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário São João*; <sup>2</sup>*Serviço de Aprovisionamento, Centro Hospitalar Universitário São João*

**Introdução/Objetivos:** Os corpos estranhos penianos são uma causa rara de ida ao serviço de urgência. Podem causar encarceramento com edema subsequente, eventual lesão uretral e necrose.

**Material/Métodos:** Reporta-se um caso clínico de corpos estranhos penianos.

**Resultados:** Um homem de 58 anos dirigiu-se ao serviço de urgência por apresentar um corpo estranho peniano com 12 horas de evolução, não referindo o mecanismo etiológico. Queixava-se somente de dor na glande. Negava queixas urinárias, uso de fármacos e drogas potenciadoras sexuais e antecedentes médicos relevantes.

Ao exame objetivo apresentava um anel metálico a condicionar constrição da glande com edema extenso e objetos metálicos intra-prepúcio de difícil caracterização. Não apresentava globo vesical.

Após anestesia loco-regional na base do pénis, procedeu-se à aspiração de sangue da

glande e corpos cavernosos, demonstrando a vitalidade dos tecidos. Tentou-se o deslize do anel com lubrificação adequada e a destruição do anel peniano com recurso a alicates, ambas sem sucesso.

Encontrou-se um plano de clivagem entre o pénis e o anel com auxílio de uma pinça-mosquito e, guiados por esta, introduziu-se um farabeuf que conferiu uma superfície de proteção ao pénis.

Recorreu-se ao auxílio do serralheiro disponível no serviço de aprovisionamento e utilizou-se uma rebarbadora de forma a destruir o anel peniano. O processo decorreu com hidratação abundante da interface rebarbadora/farabeuf/pénis com soro de forma a evitar lesões térmicas.

Após remoção do anel, seguiu-se para a exploração do prepúcio com isolamento digitoguiado dos componentes metálicos, com necessidade de incisões milimétricas com bisturi para a sua remoção e respetiva hemostase com fio de sutura.

Após remoção de todos os componentes, o doente referiu alívio sintomático e urinou de forma espontânea.

Teve alta no próprio dia com analgesia e anti-bioterapia, tendo ficado inscrito para cirurgia reconstrutiva do pénis motivada pelos danos prepúciais causados pelos objetos metálicos.

**Discussão/Conclusões:** Os corpos estranhos penianos são uma causa rara de vinda ao serviço de urgência, contudo devemos estar preparados para utilizar todas as formas necessárias que permitam a preservação do órgão.

## GIANT BLADDER CALCULUS AND RECURRENT VESICOCUTANEOUS FISTULA IN A PATIENT WITH BLADDER EXSTROPHY

Thiago Guimarães; João Cunha; Miguel Gil; João Guerra; Mariana Medeiros; Vanessa Andrade; Rui Bernardino; Gil Falcão; Francisco Fernandes; Pedro Baltazar; Hugo Pinheiro; João Pina; Frederico Ferronha; Rui Farinha; Luis Severo; José Paulo Patena Forte; José Pedro Cabrita Carneiro; Fátima Alves; Nelson Menezes; Luis Campos Pinheiro

*Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central*

**Introduction:** Patients with congenital pelvic abnormalities of exstrophy submitted to repeated reconstructive surgeries are in risk for lithiasis formation and urinary fistula.

**Objective:** In this video, we present a case of a 31-year-old male with recurrent vesicocutaneous fistula and partial extrusion of the calculus in the lower abdomen.

**Material and methods:** Clinical data collected from the hospital diary of the patient and video record of the surgery.

**Results:** In the past, 16 years ago, the patient was submitted to Mitrofanoff continent catheterizable augmentation entero-cystoplasty with bladder closure.

The first episode of vesicocutaneous fistula and bladder lithiasis partial extrusion was in 2010. Stone removal and new bladder closure with coverage with tunica vaginalis flap of the right testis and partial flaps of rectus abdominis was performed under general anesthesia. Closure of the skin with scrotal rotation skin flap was performed at the same time. Good response and no recurrence of fistula and stone were achieved after 1-year of regular follow-up.

During the last four months in December of 2019, this patient presented with partial re-extrusion of a giant stone in lower abdomen, multiples urinary tract infections and Mitro-

fanoff stomal stenosis becoming impossible self-catheterization.

An incision under local anesthesia of stomal stenosis of Mitrofanoff to allow recanalization using a 10fr bladder catheter was performed with drainage of residual polymicrobial infected urine. Blood tests showed increasing of inflammatory biomarkers and mild renal disfunction. Early empirical broad-spectrum antimicrobial therapy was initiated.

In the CT-imaging patient present a bulky bilobed bladder calculus measuring 9.6 cm with partial extrusion (500UH) and disruption of the anterior wall of the bladder with densification of subcutaneous and prevesical fat, suggesting an infectious process, associated with marked bilateral hydronephrosis with renal atrophy, suggesting chronic obstruction.

With a GoPRO® 7 Hero intraoperative surgical recording he was operated under general anesthesia and antibiotic prophylaxis. Firstly, the bladder was explored to detach the calculus of the walls of the bladder to allow safe removal of the stone. Cleaning and washing of the bladder were performed and a 10fr bladder catheter was replaced into mitrofanoff and a stoma bag was adapted to the fistula. Patient discharged at 10th day after the surgery without complications.

**Conclusion:** No adherence to posterior follow-up recommendations, in the first episode probably related to demographic and psychosocial factors combined with the susceptibility of the patients related to repeated reconstructive surgeries, were involved in the recurrence and evolution of the vesicocutaneous fistula and growing of this giant stone. In this particular case a penile reconstruction and new bladder closure are now necessary. An option is aponeurotic muscle flap, taken from the thigh, to bridge the diastase of the abdominal rectum and prevent fistulization of the urinary reservoir.

## V 19

**URETHROPLASTY USING ORAL MUCOSA GRAFT OF EXTENSIVE PENILE URETHRAL STRICTURE – A CHALLENGING PROBLEM IN RECONSTRUCTIVE UROLOGY**

Thiago Guimarães; João Cunha; Miguel Gil; João Guerra; Mariana Medeiros; Vanessa Andrade; Rui Bernardino; Gil Falcão; Francisco Fernandes; Pedro Baltazar; Hugo Pinheiro; João Pina; Frederico Ferronha; Rui Farinha; Luis Severo; José Paulo Patena Forte; José Pedro Cabrita Carneiro; Nelson Menezes; Luis Campos Pinheiro  
*Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central*

**Introduction:** There are a number of controversies in the surgical reconstruction of penile stricture and the management of this condition is a challenging clinical problem in reconstructive urology. In general, there is a significant impact in patients' quality of life in both in urinary, sexual function and in mental health.

**Objective:** To report the surgical reconstruction of penile stricture in our department.

**Materials and methods:** Data collected from the hospital diary of patient and video record of surgery.

**Results:** We report a male of 54 years old, who was submitted, under prophylactic antibiotic therapy (cefotixin 2g) and general anesthesia to a urethroplasty. A rectangular oral mucosa graft from the left cheek was used considering the appropriate length, diameter, and depth, to repair penile urethral stricture. Pre-operative urinary flow rate was 5,4ml/s. Retrograde Urethrocytography showed a marked reduction in caliber in the anterior 2/3 of the penile urethra (in an extension of 4.5 cm and about 2 mm in caliber). Duration of surgery: 155 minutes. The patient was discharged 2 days after the procedure. Bladder catheter was removed at the 48th day. There were no intercurrents during the surgery or post-operative period. Urinary flow rate after 1-year follow-up was

12,5ml/s. Follow-up flexible urethrocytography showed a circular ring in the distal urethra without resistance to device. Improvement in quality of life was achieved and there was no recurrence of stricture after procedure.

**Discussion / Conclusion:** Different techniques have been suggested for repair of penile urethral stricture. In our practice, urethroplasty using an oral mucosa graft is safe, effective and a useful technique for repairing a long and complicated penile stricture.

## V 20

**ABLAÇÃO ENDOSCÓPICA DE FOLÍCULOS CAPILARES NA URETRA - UM CASO CLÍNICO**

Daniela Pereira; Carolina Marramaque; Débora Araújo; Samuel Bastos; Luís Costa; Pedro Costa; Luís Ferraz  
*Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia*

**Introdução:** A presença de pêlos na uretra é uma complicação tardia, descrita após urethroplastia ou correção cirúrgica de hipospádias. O tratamento endoscópico com laser é uma opção terapêutica, ainda que raramente descrita na literatura, minimamente invasiva, para o tratamento de doentes sintomáticos devido à presença de pêlos na uretra.

O vídeo a seguir apresentado reporta o tratamento cirúrgico, através da ablação endoscópica de folículos capilares na uretra, com recurso a laser Holmium.

**Descrição do caso clínico:** Doente do género masculino, com 46 anos de idade, observado no serviço de urologia após quadro de dor uretral e retenção urinária aguda, com necessidade de algáliação.

Tinha antecedentes cirúrgicos de correção de um hipospádias congénito com retalho cutâneo na infância.

A cistoscopia realizada na consulta revelou a presença de uma área do lumen uretral obstruído por pêlos. Restante uretroscopia revelou adicionalmente a presença de duas



subestenoses da uretra bulbar, transponíveis com cistoscópio, aparentemente sem importância clínica.

Restante estudo urológico sem alterações.

Na sequência desta observação, foi realizada a ablação endoscópica dos folículos pilosos uretrais com recurso a laser holmium.

O doente ficou algaliado durante uma semana.

**Conclusões:** Na avaliação pós operatória, às 3 semanas, o doente referia melhoria dos sintomas miccionais, nomeadamente do jato urinário.

À data do presente trabalho não temos, no entanto, dados sobre os resultados deste tratamento a longo prazo.

## V 21

### LAPAROSCOPIC PUDENDAL NERVE RELEASE – STEP-BY STEP TECHNIQUE

Alexandre Gromicho<sup>1</sup>; Andreia Bilé Silva<sup>2</sup>; Renaud Bollens<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Central do Funchal; <sup>2</sup>Centro Hospitalar Lisboa Ocidental; <sup>3</sup>Centre Hospitalier de Wallonie picarde, Belgium

**Introduction and objectives:** Pudendal neuralgia caused by pudendal nerve entrapment is a chronic and severely incapacitating neuropathic pain syndrome. It is mostly underdiagnosed and causes significant impairment of quality of life. The pudendal nerve entrapment between the sacrospinous and sacrotuberous ligament is the most frequent aetiology of pudendal neuralgia. With the increasing use of laparoscopy in urology, laparoscopic pudendal nerve decompression is an optional treatment modality besides conservative options like analgesics, physiotherapy, pudendal nerve block, and open surgical nerve decompression. The aim of this study is to demonstrate the safety and feasibility of the laparoscopic approach to perform pudendal nerve release in a case of pudendal nerve entrapment syndrome.

**Materials & methods:** A video tutorial that highlights the laparoscopic steps to performing pudendal nerve release.

**Results:** A 54 years-old female patient with incapacitating chronic perineal pain and dyspareunia submitted to Laparoscopic Pudendal Nerve Release. The patient was discharge in the day after the surgery. At the first post-operative consultation, 6 weeks after the surgery, the patient reported significant improvement from previous symptoms.

**Conclusions:** This video demonstrates the safety, feasibility and reproducibility of laparoscopic pudendal nerve release from the sciatic spine through the Alcock's canal. It represents a validated minimally invasive approach to treat the pudendal nerve entrapment syndrome.

## V 22

### PARTIAL NEPHRECTOMY: THE RELEVANCE OF SURGICAL SKILLS FOR TECHNICAL FEASIBILITY

Lúisa Jerónimo Alves; Kris Maes  
Hospital Beatriz Ângelo Hospital da Luz Lisboa

**Introduction:** Renal cell carcinoma (RCC) accounts for approximately 3% of malignancies in adults. Nephron sparing surgery is nowadays the gold standard treatment for renal masses smaller than 7 cm. However, the feasibility of a partial nephrectomy is limited by patient anatomy, tumor features and surgeon's experience.

**Objectives:** Our aim is to present a video of a robotic partial nephrectomy for a cystic tumor where surgeon expertise has proven to be crucial to the feasibility of the surgery in an effective and safe way.

**Materials and methods:** A video recording of a robotic partial nephrectomy performed in March 2021 in our institution.

**Results:** A 59-year-old male, paraplegic, with a history of spinal cord injury (T10 level), was



incidentally diagnosed with a Bosniak IV cyst with 40 mm on the left kidney. He was refused for partial nephrectomy two other institutions. Pre-operative serum creatinine was 1.0 mg/dL. After discussion the potential benefits and risks of the surgery decision was made to proceed with a robotic partial nephrectomy. Warm ischemia time was 28 minutes and intraoperative bleeding registered was 100 mL. The postoperative course was uneventful. Histology confirmed an RCC, clear cell subtype, grade 4 (WHO/ISUP), with 10% of sarcomatoid pattern and 15% of tumor necrosis, pT1aR0. On first month post-operative creatinine was 1.1 mg/dL. He is on his 4th month of follow-up.

**Conclusion:** The best treatment approach to renal masses rely on patient and tumor characteristics and surgeon/hospital experience. Tumor anatomic complexity seems to be associated with a higher risk of peri-operative complications and should be taken into account when deciding upon a nephron-sparing surgery. Compared to conventional surgery, minimally invasive approaches, either laparoscopic or robotic, showed similar perioperative complication rates and shorter hospitalization. Additionally, robotic surgery registered less warm ischemia time versus laparoscopic approach. In our patient's case, surgeon expertise allowed to perform a robotic partial nephrectomy despite the high level of complexity, without prejudice of the oncological or functional results and without peri-operative complications registered.

**V 23****LAPAROSCOPIC PROMONTOFIXATION REDO - KEEP IT SIMPLE**

Carolina Borges da Ponte; Afonso Castro; Duarte Brito; José Palma dos Reis; Renaud Bollens  
*Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte*

The morbidity of mesh-related complications corrections has gained visibility in the recent years. This will be more evident in our near future. Often known as a surgeon "nightmare", it is important to remember to go back to basics and give it an opportunity.

**V 24****STAGED BUCCAL MUCOSA URETHROPLASTY IN URETHROCAVERNOUS FISTULA WITH PANURETHRAL STRICTURE**

Carolina Borges da Ponte; Anatoliy Sandul; Pedro Oliveira; Filipe Lopes; Afonso Castro; Francisco Martins; José Palma dos Reis  
*Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte*

Urethrocavernous fistula is a rare event whose diagnosis requires a high level of suspicion. We present a case that was managed with a staged of buccal mucosa urethroplasty.

**V 25****ADRENALECTOMIA POR RETROPERITONEOSCOPIA: UM CASO DE SUCESSO**

Mariana Madanelo; Fernando Vila; Pedro Valente; Hélder Castro; Cristina Vivas; Paulo Araújo; Joaquim Lindoro  
*Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa*

**Introdução:** A adrenalectomia laparoscópica pode ser feita por via transperitoneal ou retroperitoneal. Apesar da via transperitoneal ser mais utilizada, a abordagem retroperitoneal pode ser eleita, para evitar a entrada no peritoneu e, como tal, reduzir o risco de lesão de

órgãos intraperitoneais.

Uma revisão sistemática da Cochrane analisou 5 ensaios clínicos randomizados, com um total de 244 participantes, para comparar as duas abordagens. Apesar da escassez da evidência e de serem necessários mais estudos, o tempo necessário para iniciar dieta oral e deambulação no peri-operatório e a morbidade a longo prazo, mostraram ser inferiores nos doentes submetidos a cirurgia por via retroperitoneal.

Neste vídeo, é apresentada uma adrenalectomia esquerda laparoscópica por via retroperitoneal realizada no Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa.

**Descrição do caso clínico:** Doente do sexo feminino, de 79 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial mal controlada, com crises hipertensivas. Associadamente, apresenta queixas de ansiedade, palpitações, cefaleias e hipersudorese.

Foi enviada à consulta externa de Urologia por incidentaloma da suprarrenal esquerda (em Tomografia Computorizada) com 32x24mm com densidade espontânea superior a 10 unidades de Hounsfield, captante de contraste. As catecolaminas plasmáticas e urinárias estavam aumentadas: metanefrina plasmática de 3821 pmol/L e normetanefrina plasmática de 2481 pmol/L; adrenalina urinária de 1397 nmol/dia e noradrenalina urinária de 727 nmol/dia. Foi feito o diagnóstico de feocromocitoma e a doente iniciou bloqueio com fenoxibenzamina.

Foi submetida a adrenalectomia esquerda por retroperitoneoscopia no dia 13 de setembro de 2021.

Foi feita uma incisão subcostal (12ª costela) e dissecou-se a parede abdominal até ao espaço retroperitoneal. Foi criado o espaço de trabalho através da introdução de soro fisiológico em dedo de luva. Foram introduzidas mais 3 portas de trabalho sob visão (uma de 10mm

e duas de 5mm). Foi identificado o músculo psoas ilíaco e, posteriormente, a veia suprarrenal. Foi feita a sua clampagem com Hem-o-lock e a disseção da glândula suprarrenal. Após revisão da hemóstase, foi extraída a peça operatória, colocado dreno no espaço retroperitoneal e encerradas as portas de acesso. A cirurgia teve uma duração total de 2 horas, com perdas sanguíneas estimadas de 20 mL. A cirurgia e o período peri-operatório decorreram sem intercorrências.

O resultado anatomopatológico confirmou o diagnóstico de feocromocitoma, sem invasão da cápsula ou dos tecidos moles periadrenais e com margens cirúrgicas negativas.

**Conclusão:** A via retroperitoneal na adrenalectomia laparoscópica parece ser uma técnica adequada e segura no tratamento cirúrgico de tumores da suprarrenal.

## V 26

### LAPAROSCOPIC NEPHROURETERECTOMY OF A NON-FUNCTIONING PELVIC KIDNEY WITH AN ECTOPIC URETER

Bernardo Lobão Teixeira; Paulo Príncipe; Avelino Fraga  
*Centro Hospitalar e Universitário do Porto*

**Introduction:** Nephrectomy for pelvic kidneys represents a surgical challenge, owing to their anomalous anatomy and diverging from everyday, routine cases. We present one such case - a laparoscopic nephroureterectomy of a patient with a pelvic kidney and an ectopic ureter

**Objectives:** To describe the surgical steps of a laparoscopic nephroureterectomy of a pelvic kidney with an ectopic ureter.

**Methods:** A 31-year-old male with multiple interventions for congenital abnormalities is submitted to a nephroureterectomy of a non-functional pelvic kidney with an ectopic ureter, for the management of persistent bacteriuria with recurrent urinary tract infections. The

main surgical steps are highlighted in video format.

**Results:** A surgical video of a nephroureterectomy of a nonfunctional pelvic kidney with an ectopic ureter is presented. Attention is directed towards the importance of pre-operative planning and careful surgical dissection, to avoid iatrogenic injury in the face of non-familial anatomy.

**Conclusions:** Laparoscopic nephroureterectomy for pelvic kidneys is a safe procedure, with an easier recovery time for the patient and a short hospital stay. Pre-operative planning, namely for the identification of supra-nerary and anomalous vasculature is key for a good surgical outcome.

## V 27

### **KIDNEY RETAINED FRAGMENTED DOUBLE J STENT - A CHALLENGING PROBLEM FOR UROLOGIST WITH POTENTIAL MEDICO-LEGAL SERIOUS IMPLICATION**

Thiago Guimarães; João Cunha; João Guerra; Mariana Medeiros; Vanessa Andrade; Rui Bernardino; Gil Falcão; Francisco Fernandes; Pedro Baltazar; Hugo Pinheiro; João Pina; Frederico Ferronha; Rui Farinha; Luis Severo; José Paulo Patena Forte; José Pedro Cabrita Carneiro; Nelson Menezes; Luis Campos Pinheiro  
*Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central*

**Introduction:** Polyurethane double-J ureteral stents are widely used in Urology. Sometimes during a procedure, it is not possible to remove completely double-J ureteral stent and, forgotten ureteral stents, even a piece of them, is not only harmful for the patient but also a potential serious medico-legal problem for the urologist.

**Objectives:** To report an unusual case of calcified proximal ureteral stent pigtail removal by F-URS with Dormia.

**Materials and methods:** Surgery was recorded with a digital single-use flexible ureteros-

cope – EU-Scope™ Model:US31B-12 from Anqing Medical/Endotécnica and a digital Ureteroscope control unit. Real time video of fluoroscopy was recorded with a digital camera. Patient's clinical data was obtained from his clinical registry.

**Results:** A 66-year-old man underwent surgery to right ureteral double J stent 6ch/26cm (ROCAMED®) in 10/20 insertion, due to acute kidney injury caused by a ureteric stone, in 05/21. Fragmentation of bladder stone surrounding distal pigtail, fragmentation of right pelvic ureteric stone and partial fragmentation of proximal calcified ureteral stent was performed. During the procedure, there was a rupture of the stent at its proximal segment. The distal part of the double-J ureteral stent was removed and a new one was placed. The proximal calcified pigtail of previous stent wasn't removed and patient returned on 09/21 for surgical intervention. First, the previous ureteral stent 6ch/26cm was removed with a foreign body forceps. We performed catheterization, ascendant pyelography and placement of 180-cm, 0.035-inch straight-tip hydrophilic coated guidewire, (Glidewire, Terumo, USA) to access right renal collecting system, allowing a safe semirigid ureterorenoscopy. Using a semirigid ureteroscope and PulseLine™ 300 Holmium (Lumenis®) fiber, we fragmented obstructive ureteric stones to access the right kidney collecting system. With a F-URS we fragmentate the calculi in the right renal region surrounding the proximal part of the double-J ureteric stent. Proximal pigtail was removed with Dormia® No-Tip basket (Coloplast®). New right ureteral double J stent 6ch/26cm was placed. Time of surgery: 57min. The patient was discharged one day after surgery and safe removal of the double J stent 6ch/26cm was performed by cystoscopy 3 weeks after the procedure.

**Conclusion:** Removal of proximal fragmented

double-J ureteral stent can be frustrating and technically challenging, and may require ureteroscopic, percutaneous or open approach. Accidental rupture ureteral double J stent often occurs after loss of its strength, elasticity and flexibility. Longer indwelling time of the stent is associated with higher risk of crystallization and accidental rupture during its removal.



SPONSORS



DIGITAL VERSION



## ORGANIZATION

### ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE UROLOGIA

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central - Hospital de São José

**President of the Congress:** Luís Abranches Monteiro

**Chairman of the Organizing Committee:** Luís Campos Pinheiro

**Executive Secretary:** João Magalhães Pina

## SCIENTIFIC SECRETARIAT



Associação  
Portuguesa  
de Urologia

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

Tel.: +351 213 243 590

E-mail: [apu@apurologia.pt](mailto:apu@apurologia.pt)

Internet: [www.apurologia.pt](http://www.apurologia.pt)

## CONGRESS SECRETARIAT

**ad medic<sup>+</sup>**

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO  
DE EVENTOS

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

Tel.: 351 21 842 97 10

E-mail: [ana.montes@admedic.pt](mailto:ana.montes@admedic.pt)

Internet: [www.admedic.pt](http://www.admedic.pt)