



Associação
Portuguesa
de Urologia

CONGRESSO APU | 2019

Madeira

FUNCHAL

27 a 29 de setembro

Centro de Congressos
do Vidamar Hotel

imagem ad médico

Programa | **Científico**

Versão Digital

Consulte a versão digital
do programa com resumos



Presidente do Congresso

Luís Abranches Monteiro

Presidente da Associação Portuguesa de Urologia



Associação
Portuguesa
de Urologia

Presidente da Comissão Organizadora

Ferdinando Pereira

Diretor do Serviço de Urologia

Hospital Dr. Nélio Mendonça – Funchal, Madeira

Intervenientes no Programa

André Silva	João Silva	Paulo Temido
Aníbal Coutinho	Joaquim Lindoro	Pedro Monteiro
António Sarmento	Jorge Oliveira	Pedro Nunes
Arnaldo Figueiredo	José Dias	Pedro Peralta
Arnulf Stenzl	José Manuel Oliveira	Pedro Vendeira
Avelino Fraga	José Pedro Cadilhe	Pepe Cardoso
Belmiro Parada	Karl Pummer	Peter Kronenberg
Bruno Pereira	Kurt Miller	Ricardo Leão
Cardoso de Oliveira	Luís Abranches Monteiro	Rui Pinto
Carlos Rabaça	Luís Campos Pinheiro	Rui Sousa
Carlos Silva	Manuel Serrão	Salvador Arlandis
Duarte Saunders	Mário Frederico	Sérgio Santos
Estêvão Lima	Miguel Carvalho	Steven Joniau
Fortunato Barros	Miguel Ramirez Backhaus	Teixeira de Sousa
Garção Nunes	Miguel Ramos	Tiago Lopes
Igor Vaz	Palma dos Reis	Tito Leitão
João Cabral	Paulo Azinhais	Tomé Lopes
João Henriques	Paulo Dinis	Vanessa Vilas-Boas
João Lopes Dias	Paulo Mota	Vitor Cavadas
João Magalhães Pina	Paulo Príncipe	

CONGRESSO APU | 2019

Quinta-feira | **26 de setembro**

CURSOS PRÉ-CONGRESSO (EM SIMULTÂNEO)

- 15:30h Abertura do Secretariado
- 16:30-19:30h **CURSO 1 Workshop de RM-mp da próstata, biópsia prostática de fusão e terapêutica focal (*Hands-on*)**
Coordenador: João Magalhães Pina
- 16:30-17:00h **SESSÃO TEÓRICA**
1. Ressonância magnética multiparamétrica da próstata
João Lopes Dias
- a. Introdução
 - b. RM multiparamétrica da próstata – Evidência
 - c. Pi-RADS V2.1
 - d. *Pitfalls* em RM prostática
- 17:00-17:30h **2. Biópsia prostática de fusão**
João Magalhães Pina
- a. Introdução
 - b. Quem e quando biopsar. *Timing* da RM
 - c. PiRADS 3? Biópsia ou vigilância?
 - d. Técnicas de fusão
 - e. Transrectal vs. transperineal
- 17:30-18:00h **3. Terapêutica focal para o carcinoma da próstata**
Pedro Peralta
- a. Selecção do doente ideal
 - b. Que tipo de biópsia deve ser realizada antes do tratamento focal
 - c. Tipos de energia
 - d. Como seguir o doente



18:00-18:15h Pausa para café

SESSÃO PRÁTICA

João Magalhães Pina, João Lopes Dias e Pedro Peralta

18:15-18:45h

1. Casos clínicos

18:45-19:15h

2. *Workflow* de biópsia de fusão

- a. Marcação da próstata e das lesões em *software*
- b. Criação de modelo 3D pronto para a fusão
- c. *Setup* de biópsia transperineal
- d. Aquisição da imagem por ecografia
- e. Sobreposição do modelo criado com base na RM nas imagens de ecografia
- f. Biópsia em modelo

19:15-19:30h

3. Tips & Tricks

CONGRESSO APU | 2019

Sexta-feira | 27 de setembro

07:00h	Abertura do Secretariado
08:00-11:00h	CURSO 3 Imuno-oncologia em urologia – Aspectos práticos Coordenadores: Arnaldo Figueiredo e Pedro Nunes
08:00-08:05h	Introdução Arnaldo Figueiredo
08:05-08:20h	Ciência básica da imuno-oncologia e imunoterapia Pedro Nunes
08:20-08:35h	Indicações e contraindicações – Estudo prévio à instituição da imunoterapia Paulo Azinhais
08:35-08:50h	Avaliação da resposta André Silva
08:50-09:10h	Toxicidade e segurança Paulo Azinhais
09:10-09:30h	Estado da arte da imunoterapia no carcinoma urotelial Belmiro Parada
09:30-09:50h	Pausa para café
09:50-10:10h	Estado da arte da imunoterapia no cancro do rim André Silva
10:10-10:50h	Aspectos práticos e Casos Clínicos Arnaldo Figueiredo, Pedro Nunes, Paulo Azinhais, André Silva e Belmiro Parada
10:50-11:00h	Conclusões Arnaldo Figueiredo



- 10:00-11:00h **SIMPÓSIO Simpósio da ALU – Associação Lusófona de Urologia**
Moderadores: Mário Frederico e Avelino Fraga
- 10:00-10:15h **Terapêutica da incontinência urinária pós-parto em África**
Igor Vaz
- 10:15-10:30h **Circuncisão e IST's (Infecções Sexualmente Transmissíveis)**
Bruno Pereira
- 10:30-10:45h **Desafios da oncologia pélvica em África**
Fortunato Barros
- 11:00-11:15h Pausa para café
- 11:15-12:30h **MESA-REDONDA O que há de novo na doença oncológica avançada**
Coordenadores: Carlos Silva e Luís Campos Pinheiro
- 11:15-11:35h **Próstata**
Miguel Ramirez Backhaus
- 11:35-11:55h **Urotélio**
Arnulf Stenzl
- 11:55-12:15h **Carcinoma de células renais**
Tito Leitão
- 12:15-12:30h **Discussão**
- 12:30-13:00h **Sessão de Abertura**
Convidados:
Presidente do Governo Regional da Madeira – Dr. Miguel Albuquerque
Secretário Regional da Saúde – Dr. Pedro Ramos
Presidente do IASAÚDE – Dr. Herberto de Jesus
Presidente do Conselho Regional da Ordem dos Médicos – Dr. Gonçalo Faro da Silva
Presidente do Cons. Administração Hospital do Funchal – Dra. Tomásia Alves
Diretora Clínica Hospital do Funchal – Dra. Regina Rodrigues
Presidente da SPA – Prof. Doutor Pedro Vendeira
Presidente da APNUG – Dr. Paulo Temido
Presidente da Comissão Organizadora – Dr. Ferdinando Pereira
Presidente da APU – Dr. Luís Abranches Monteiro

CONGRESSO APU | 2019

13:00-14:30h Almoço

14:30-15:20h **SESSÃO PATROCINADA/SIMPÓSIO JANSSEN**

Câncer da Próstata Avançado – Traduzir a evidência para a prática clínica no tratamento do câncer da próstata avançado

Moderador: Carlos Rabaça

14:30-14:45h **O Papel do Urologista no Câncer da Próstata não metastático**

Miguel Ramirez Backhaus

14:45-15:00h **O Papel do Urologista no Câncer da Próstata hormônio-sensível**

Kurt Miller

15:00-15:20h **Discussão**

15:20-15:50h **CONFERÊNCIA SINUG Disfunções miccionais femininas**

Presidente: Paulo Temido

Palestrante: Salvador Arlandis

15:50-16:35h **MESA-REDONDA Disfunção miccional**

Coordenadores: Paulo Dinis e Paulo Temido

15:50-16:05h **Bexiga hipo-ativa: das bases moleculares à clínica**

Tiago Lopes

16:05-16:20h **Avanços na cirurgia da HBP – *Resum e aquablation***

João Cabral

16:20-16:35h **Discussão**

16:35-17:00h **CONFERÊNCIA Superbugs – as infecções do Século XXI**

Presidente: Tomé Lopes

Conferencista: António Sarmiento

17:00-17:30h Pausa para café



- 17:30-18:30h **SESSÃO Vídeos I** (Ver página 139 – Programa versão online)
Moderadores: Cardoso de Oliveira e Manuel Serrão
Comissão Científica: Luís Campos Pinheiro e Belmiro Parada
- Nº: 2** *Nefrolitotomia percutânea em rim pélvico por abordagem anterior*
- Nº: 3** *Laparoscopic level 2 vena cava thrombectomy and radical nephrectomy – Step by step technical description*
- Nº: 4** *Surgical repair of a vesicorectal fistula after a trans-perineal prostatectomy and two failed tentative of perineal repair*
- Nº: 5** *Radical cystectomy with orthotopic neobladder: Pure laparoscopic technique*
- Nº: 6** *Linfadenectomia retroperitoneal esquerda nerve-sparing laparoscópica no tumor do testículo*
- 18:30-18:50h **SESSÃO Colégio de Urologia**
- 18:50-19:40h **SESSÃO Núcleo de Internos da APU**
- Final das Sessões
- 20:30h Jantar de palestrantes

CONGRESSO APU | 2019

Sábado | **28 de setembro**

08:00h Abertura do Secretariado

08:30-09:30h **SESSÃO Cartazes I** (Ver página 17 – Programa versão online)

Moderadores: Duarte Saunders, Aníbal Coutinho e José Pedro Cadilhe
Comissão Científica: Palma dos Reis e Carlos Silva

Nº: 1 Ensino pré-graduado de urologia: *Quo vadis?*

Nº: 2 *Kidney transplantation from non-heart-beating donors (NHBD) after extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) – Outcomes from a longitudinal assessment with three years of experience*

Nº: 3 *Nitregic function is lost but endothelial function is preserved in the corpus cavernosum and penile resistance arteries of men after radical prostatectomy*

Nº: 4 *L-cysteine / Hydrogen sulphide (H2S) pathway induces cGMP-dependent relaxation of corpus cavernosum and penile arteries from patients with erectile dysfunction and relaxation of human bladder and prostate*

Nº: 5 *Transperineal ultrasound in the evaluation of stress urinary incontinence: What can it add?*

Nº: 6 Cistectomia radical: Volume cirúrgico e tempo de internamento nos hospitais públicos portugueses

Nº: 7 Fatores preditivos de sucesso na colheita cirúrgica de espermatozoides na azoospermia não-obstrutiva

Nº: 8 Enucleação endoscópica da próstata – Experiência inicial do Centro Hospitalar Universitário do Porto

Nº: 9 *Is cold atmospheric plasma an option for bladder cancer treatment? In vitro studies*

Nº: 10 Linfadenectomia inguinal vídeo-assistida bilateral simultânea: A melhor solução?



Nº: 11 Morbimortalidade no serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto – Análise de 1 ano de actividade cirúrgica

Nº: 12 *Infectious and Inflammatory Disorders of the Urinary Tract: Basic MR imaging semiology for Urologists*

Nº: 13 Endoscopia Urológica em Enfermagem

09:30-10:15h **MESA-REDONDA** **Transplante Renal – o papel central do Urologista**

Coordenadores: Miguel Carvalho e Paulo Príncipe

09:30-09:45h **Desafios cirúrgicos em transplante renal**

Pedro Nunes

09:45-10:00h **Estratégias para aumentar a doação**

João Silva

10:00-10:15h **Discussão**

10:15-10:45h **CONFERÊNCIA** ***Innovative surgical approaches to renal stones***

Presidente: Estêvão Lima

Conferencista: Peter Kronenberg

10:45-11:10h Pausa para café

11:10-12:00h **SESSÃO PATROCINADA/SIMPÓSIO** ASTELLAS

Dilemas no tratamento do cancro da próstata resistente à castração

Moderador: Luís Abranches Monteiro

11:10-11:25h **Novidades na imagiologia no contexto atual do CPRC**

José Manuel Oliveira

11:25-11:45h **Desafios no tratamento do CPRC: o valor da enzalutamida**

Karl Pummer

CONGRESSO APU | 2019

12:00-13:00h **SESSÃO Vídeos II** (Ver página 143 – Programa versão online)

Moderadores: Teixeira de Sousa e Garção Nunes

Comissão Científica: Pedro Vendeira e Carlos Silva

Nº: 1 *Advanced reconstruction of vesicourethral support (arvus technique) during laparoscopic radical prostatectomy*

Nº: 7 Nefrectomia laparoscópica por porta única através de um acesso alternativo

Nº: 8 Prostatectomia radical: Anastomose vesico-uretral laparoscópica vs robótica

Nº: 9 Nefrectomia parcial laparoscópica de tumor endofítico para-hilar

Nº: 10 Uretroplastia de estenose da uretra peniana distal com inlay ventral transuretral de enxerto mucosa bucal

Nº: 11 Uretroplastia feminina com enxerto de mucosa vaginal:
Descrição de técnica cirúrgica

Nº: 12 *Posterior Retroperitoneoscopic Adrenalectomy: Surgical Technique*

13:00-14:30h Almoço

14:30-15:20h **SESSÃO Cartazes II** (Ver página 29 – Programa versão online)

Moderadores: Joaquim Lindoro e Jorge Oliveira

Comissão Científica: Estêvão Lima e Luís Campos Pinheiro

Nº: 14 Estaremos prontos para iniciar a via RMN no diagnóstico da neoplasia maligna da próstata?

Nº: 15 *TRUS prostate biopsies prophylaxis – If not Fluoroquinolones, what else?*

Nº: 16 Papel da 68Ga-PSMA PET/CT no futuro do estadiamento inicial do Carcinoma da Próstata de risco intermédio e elevado

Nº: 17 *Percutaneous nephrostomy vs ureteral stent for hydronephrosis secondary to ureteric calculi: Impact on spontaneous stone passage and health-related quality of life – A prospective study*



Nº: 18 Avaliação do impacto na sobrevida livre de recidiva bioquímica da radioterapia adjuvante ou de salvação em doentes pós-prostatectomia radical com margens cirúrgicas positivas

Nº: 19 *A novel urine test for non-muscle invasive bladder cancer recurrence detection – A Portuguese multicentric study*

Nº: 20 Pode a medição das espessuras do parênquima renal, gorduras peri-renal e subcutânea feitas por TAC prever a taxa de complicações da PCNL? Um estudo *single center* retrospectivo

Nº: 21 RMN multiparamétrica no diagnóstico de cancro da próstata: Deveremos ainda utilizar outras avaliações de risco na selecção de doentes?

Nº: 22 Biópsia guiada por fusão entre as imagens de ressonância magnética multiparamétrica e ecografia prostática transretal – Falsos positivos de lesões classificadas como PI-RADS 4 e 5

Nº: 23 *Endoscopic Combined Intrarenal surgery (ECIRS)* – Um novo paradigma no tratamento da litíase renal complexa?

Nº: 24 *Radium-223 in metastatic prostate cancer: Comparison of 2D and 3D cultures*

15:20-16:20h **MESA-REDONDA Diagnóstico molecular na prática clínica**

Coordenadores: Rui Pinto e Belmiro Parada

15:20-15:35h **Biópsias líquidas no cancro do testículo**

Ricardo Leão

15:35-15:50h **Mutações germinativas no cancro da próstata**

Steven Joniau

15:50-16:05h **Aconselhamento genético no cancro do rim**

André Silva

16:05-16:20h **Discussão**

CONGRESSO APU | 2019

16:20-16:50h Pausa para café

16:50-17:50h **MESA-REDONDA Andrologia e medicina sexual**

Coordenadores: Vanessa Vilas-Boas e Pedro Vendeira

16:50-17:05h **Oncofertilidade no masculino: normas de criopreservação e consequências da extração de gâmetas**

Bruno Pereira

17:05-17:20h **Reabilitação peniana (sexual) após cirurgia radical pélvica: quando iniciar?**

Pepe Cardoso

17:20-17:35h **Ejaculação prematura em contexto oncológico: etiologia e abordagem dirigida**

Sérgio Santos

17:35-17:50h **Discussão**

17:50-18:10h **Apresentação Projecto uro.pt**

Registo eletrónico do tumor renal

Miguel Ramos e Carlos Silva

18:15-19:15h **Assembleia Geral e Eleitoral da APU**

20:30h Jantar oficial



Domingo | 29 de setembro

- 08:00h Abertura do Secretariado
- 08:30-09:30h **MESA-REDONDA Endourologia**
Coordenadores: Pedro Monteiro e José Dias
- 08:30-08:45h **Laser e litíase**
Peter Kronenberg
- 08:45-09:00h **Cirurgia laparoscópica na litíase**
Paulo Mota
- 09:00-09:15h **Tratamento conservador nos carcinomas do urotélio superior**
Vitor Cavadas
- 09:15-09:30h **Discussão**
- 09:30-09:45h Pausa para café
- 09:45-11:00h **MESA-REDONDA Desafios na cirurgia radical**
Coordenadores: Miguel Ramos e Rui Sousa
- 09:45-10:05h **Novas perspetivas sobre a linfadenectomia no cancro da próstata**
Steven Joniau
- 10:05-10:25h **Nefrectomia citoredutora em 2019**
Arnaldo Figueiredo
- 10:25-10:45h **Cistectomia no indivíduo jovem**
Arnulf Stenzl
- 10:45-11:00h **Discussão**
- 11:00-12:00h **Sessão de Encerramento do Congresso e entrega de Prémios e Bolsas**
Dr. Miguel Guimarães, Bastonário da Ordem dos Médicos
Dr. Luis Abranches Monteiro, Presidente da APU
Dr. Ferdinando Pereira, Presidente da Comissão Organizadora do Congresso
Dr. Francisco Rolo, Presidente da Comissão Científica da APU

CONGRESSO APU | 2019

Resumos dos Trabalhos

Cartazes I Apresentação em sala – 28 de setembro	17
08:30-09:30h Nº 1 – 13	
Cartazes II Apresentação em sala – 28 de setembro	29
14:30-15:20h Nº 14 – 24	
Cartazes Exposição	41
Nº 25 – 126	
Vídeos I Apresentação em sala – 27 de setembro	139
17:30-18:30h Nº 2 – 6	
Vídeos II Apresentação em sala – 28 de setembro	143
12:00-13:00h Nº 1, 7 – 12	
Vídeos Exposição	148
Nº 13 – 28	

Nº: 1

ENSINO PRÉ-GRADUADO DE UROLOGIA: QUO VADIS?

Diogo Pereira; Vasco Rodrigues; Raquel Catarino;
Frederico Carmo-Reis; Carlos Silva

*Unidade Local de Saúde de Matosinhos - Hospital
Pedro Hispano Centro Hospitalar; Universitário de
São João Faculdade de Medicina da Universidade
do Porto*

Introdução: O ensino pré-graduado de Urologia não é uniforme nas várias escolas médicas europeias e inclusive ausente em algumas delas, apesar da ampla adopção do plano de convergência de Bolonha, que advoga uma padronização e harmonização do ensino médico

Objetivos: Avaliar a percepção dos estudantes de Medicina sobre o ensino pré-graduado de Urologia e a exposição à especialidade de Urologia no ensino pré-graduado nas escolas médicas portuguesas.

Material e métodos: Um questionário foi enviado por email para todos os médicos que se inscreveram pela primeira vez na Ordem dos Médicos nos anos 2017 e 2018. O questionário consistia em várias perguntas acerca da exposição à especialidade, patologia e gestos básicos urológicos. Foi criada uma base de dados para análise estatística que foi realizada com recurso ao IBM *Statistical Package for Social Science*® (IBM SPSS versão 25.0).

Resultados: Foram consideradas válidas 186 respostas. Apesar de quase todos os inquiridos atribuírem importância à especialidade de Urologia, a maioria considera inadequada a sua exposição à patologia urológica e a atos básicos urológicos no geral. A litíase urinária e os sintomas do trato urinário inferior são os temas em que os médicos se sentem

mais preparados após a conclusão do curso. Curiosamente, 62,4% dos médicos considera que o ensino que teve na faculdade foi preponderante na escolha da sua especialidade. **Discussão/Conclusões:** O ensino de Urologia nas Escolas Médicas Portuguesas é considerado pelos alunos como inadequado, não reflectindo a importância da especialidade na prática clínica dos futuros médicos. Impõe-se uma reflexão e consequente mudança de paradigma do ensino, nomeadamente ao nível do ensino prático.

Nº: 2

KIDNEY TRANSPLANTATION FROM NON-HEART-BEATING DONORS (NHBD) AFTER EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXYGENATION (ECMO) – OUTCOMES FROM A LONGITUDINAL ASSESSMENT WITH THREE YEARS OF EXPERIENCE

Margarida Manso; Luís Pacheco-Figueiredo;
Tiago Antunes-Lopes; João Silva; Gerardo Oliveira;
Francisco Cruz; Paulo Dinis-Oliveira
*Centro Hospitalar Universitário São João - Faculdade
Medicina da Universidade do Porto*

Introduction: Longer life expectancy and less restrictive inclusion criteria for patients with chronic kidney disease to enter the transplant waiting list have increased the organ demand for kidney transplantation. For this reason, non-heart-beating donors (NHBD) have emerged as a new source of available kidneys through several countries. In contrast to brain-dead donors, in whom only cold ischemia time matters, among NHBD warm ischemia may lead to a suboptimal graft function, eventually reduced by strategies of organ preservation.

Objective: We described the outcomes of a center performing renal transplantation from NHBD after using extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) and assessed the potential determinants of graft function during 12 months of follow-up.

Materials and methods: From January 2016 to December 2018, 58 kidneys were implanted from NHBD (Maastricht classes IIa and IIb) after using extracorporeal membrane oxygenation (ECMO). We performed a prospective study, assessing 1-, 3-, 6- and 12-months graft function, using an estimated glomerular filtration rate (eGFR) computed with the CKD-EPI formula. Regression coefficients (β) and 95% confidence intervals (CI) were calculated using a multiple linear regression analysis, in order to evaluate the potential determinants of eGFR, considering age and gender of the donor and recipient, and warm and cold ischemia times.

Results: The median follow-up time was 23 months. The population of donors was constituted by 42 (72.4%) men and 16 (27.6%) women, with a median age of 51 years (percentile 25-percentile 75: 42.0-55.0). Donors had a median serum creatinine at death of 1.1 mg/dL (0.8-1.3). The median warm ischemia time until cannulation with ECMO was 90 minutes (60.0-110.0), being the median time in ECMO of 3 hours (2.5-3.5). After kidney harvest, the median cold ischemic time was 14 hours (12.0-17.0). Surgeries were performed without any clinical relevant intercurrent. The recipients were 40 (69%) men and 18 (31%) women, with a median age of 56 years (47.0-62.0). Delayed graft function was evident in 40 patients (69%), with a median serum creatinine one month after transplantation of 1.8 mg/dL and one year of 1.3 mg/dL, corresponding to eGFR of 38.5 mL/min/1.73 m² (20.5-47.3) and 57.5 mL/min/1.73 m² (47.0-67.0), respectively. An early allograft removal was performed among 8 patients (13.8%), being those excluded from the subsequent analyses. A higher donor age was a statistically significant predictor of poorer graft function at 3 (β = -0.63, 95%CI -1.12; -0.12) and 12 months (β =

0.89, 95% CI -1.47; -0.32). Warm and cold ischemia times were not statistically significant predictors of eGFR; nevertheless, all cases of early allograft nephrectomy occurred in recipients with more than 12 hours of cold ischemia time.

Discussion and conclusion: Despite the expectable high rate of delayed graft function, in accordance with the literature, our series suggests that renal transplantation from NHBD is a valuable option, allowing an improvement in the balance between patients waiting for transplant and available kidneys.

Nº: 3

NITRERGIC FUNCTION IS LOST BUT ENDOTHELIAL FUNCTION IS PRESERVED IN THE CORPUS CAVERNOSUM AND PENILE RESISTANCE ARTERIES OF MEN AFTER RADICAL PROSTATECTOMY

La Fuente J.M.¹; Martínez-Salamanca J.I.²; Fernández A.³; Martínez-Salamanca E.³; Pepe-Cardoso A.J.⁴; Carballido J.³; Angulo J.³

¹Serviço de Urologia, Hospital Santo Antonio, Porto, Portugal; ²Serviço de Urologia, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, Spain; ³Unidad de Investigación Traslacional en Cardiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Spain; ⁴Serviço de Urologia, Hospital Amadora-Sintra, Lisboa, Portugal

Introduction: Radical prostatectomy (RP) frequently results in erectile dysfunction (ED). It has been hypothesized that alterations of cavernosal tissue subsequent to RP contribute to ED but functional evaluation of the impact of RP on human erectile structures is lacking. **Aim:** This study aims to evaluate endothelial function of human corpus cavernosum (HCC) and human penile resistance arteries (HPRA) and neurogenic responses of HCC from patients with ED secondary to RP (ED-RP).

Material and methods: HCC strips and HPRA were obtained from organ donors without history of ED (No-ED) and patients with ED who were segregated depending on ED

etiology: ED RP or vasculogenic (ED-VASC). Functional evaluation of HCC and HPRA was performed in organ chambers and wire myographs, respectively. Histological evaluation of cavernosal tissue consisted of trichrome staining for fibrosis quantification and TUNEL assay for determination of apoptosis.

Main Outcome Measures: Endothelium-dependent and endothelium-independent relaxation, electrical field stimulation (EFS)-induced neurogenic contraction and relaxation, and cavernosal fibrosis and apoptosis.

Results: Endothelium-dependent relaxations were significantly impaired in HCC and HPRA from ED-VASC patients while these responses in ED-RP patients were not different to No-ED. Similarly, sildenafil-induced relaxations were reduced in HCC and HPRA from ED-VASC but were preserved in ED-RP. Adrenergic contractions induced by EFS in HCC were potentiated in both ED-RP and ED-VASC. EFS-induced nitrgenic relaxation was significantly reduced in HCC from ED-VASC but was almost abolished in ED-RP. Fibrous tissue content and cavernosal apoptosis in HCC from ED-RP were not significantly different from No-ED.

Conclusions: Endothelial function and cavernosal sensitivity to phosphodiesterase type 5 inhibitors are preserved in erectile tissue from ED-RP while a marked imbalance in neurogenic modulation of cavernosal tone favoring adrenergic contractile responses over nitrgenic relaxation is manifested. Fibrotic and apoptotic processes in cavernosal tissue are not specifically associated to ED-RP. These evidences could help to retarget therapeutic strategies in the management of ED after RP.

Nº: 4

L-CYSTEINE / HYDROGEN SULPHIDE (H2S) PATHWAY INDUCES cGMP-DEPENDENT RELAXATION OF CORPUS CAVERNOSUM AND PENILE ARTERIES FROM PATIENTS WITH ERECTILE DYSFUNCTION AND RELAXATION OF HUMAN BLADDER AND PROSTATE

La Fuente J. M.¹; Nuno L.¹; Martinez Salamanca J. I.²; Cuevas P.³; Fernandez A.³; Rolo F.⁴; Angulo J.³

¹Hospital Santo Antonio, Porto, Portugal; ²Hospital Puerta de Hierro, Madrid, Spain; ³Hospital Ramon y Cajal, Histologia-Investigacion, Madrid, Spain;

⁴Hospital Universidade de Coimbra, Portugal

Introduction: Inadequate relaxation of corpus cavernosum and vasodilation of penile arteries lead to erectile dysfunction (ED). Although NO/cGMP pathway is key for relaxation of penile vascular structures, hydrogen sulfide (H2S) has been proposed to contribute. We evaluated and characterized H2S-induced relaxation of human corpus cavernosum (HCC) and penile resistance arteries (HPRA) from patients with ED. Human bladder (HB) and prostate (HP) specimens were also obtained from organ donors and HBP patients for comparison.

NaHS consistently relaxed HB, HP, HPRA and HCC with the potency order HC-C>HPRA>HP>HB. Exogenous and endogenous H2S relaxes HCC and HPRA from ED patients through cGMP and cAMP accumulation supporting the therapeutic potential of modulating H2S pathway in ED and relaxation the detrusor and prostate improving lower urinary tract symptoms, but that needs further confirmation.

Aims: Characterize relaxation caused by H2S/L-cysteine pathway in human corpus cavernosum (HCC), penile resistance arteries (HPRA), bladder (HB), prostate (HP) and to determine the influence of enhancing H2S production on endothelium- and PDE 5 inhibition-mediated relaxation in these tissues.

Material and methods: HCC and HPRA were obtained from organ donors without ED and patients with ED, who gave informed consent at the time of penile prosthesis insertion. Strips of corpus cavernosum tissue (3 x 3 x 7 mm) were immersed in 8 ml organ chambers containing physiological salt solution (PSS) and relaxation responses were evaluated by cumulative additions of compounds to the chambers.

Helicine arteries (lumen diameter 150-400 μ m), which are the terminal branches of deep penile arteries, were dissected by carefully and arterial ring segments (2 mm long) were mounted on two myographs for isometric tension recordings. The vessels were allowed to equilibrate for 30 min in PSS at 37° C.

Bladder detrusor and prostate specimens were obtained from organ donors at the time of organ collection for transplantation and from patients with benign prostate hyperplasia undergoing open prostatectomy. The average age of these subjects was 56.6 $\pm$ 4.9 years.

Protocols were approved by the Ethics Committees at the Hospitals where the tissues were collected

Results: Relaxation caused by exposure of HCC to the stable donor of H₂S, NaSH (300 μ M) (87.4 $\pm$ 2.2%) was unaffected by the treatment with the KATP channel inhibitor, glibenclamide (10 μ M) or the NO synthase inhibitor, L-NAME (100 μ M). Depolarization contraction with high K⁺ or inhibition of Na⁺ / K-ATPase with ouabain (1 μ M) inhibited NaSH-induced relaxation (38.2 $\pm$ 4.1% and 44.1 $\pm$ 3.3%, respectively). However, inhibition of soluble guanylyl cyclase (sGC) with ODQ (20 μ M) also reduced relaxation to NaSH (47.6 $\pm$ 9.5%).

ODQ also inhibited relaxation caused by the precursor of H₂S, L-cysteine (300 μ M), in HCC (16.7 $\pm$ 1.8%) vs 43.6 $\pm$ 4.7%). Inhibition

of sGC also reduced vasodilatation to both NaSH (30.6 $\pm$ 8.2% vs 65.4 $\pm$ 4.4%) and L-cysteine (17.5 $\pm$ 4.7% vs 48.2 $\pm$ 9.8%) in HPRA. Removal of the endothelium did not change maximal relaxation to L-cysteine (11.4 $\pm$ 6.2% vs 69.2 $\pm$ 9.9%).

Pretreatment with L-cysteine (30 μ M) caused potentiation of relaxation to acetylcholine (EC₅₀ 0.07 $\pm$ 0.06 vs 0.74 $\pm$ 0.52 μ M) and sildenafil (EC₅₀ 0.59 $\pm$ 0.36 vs 11.43 $\pm$ 4.69 M) in HPRA.

Conclusions: We have confirmed the relaxant ability of H₂S in human corpus cavernosum (HCC), penile resistance arteries (HPRA) bladder (HB) and prostate (HP) by H₂S.

In any case, the involvement of cGMP pathway in H₂S-induced relaxation of penile vascular structures is further supported by the present evidences.

The present study evaluates tissues corresponding to the pathological situation to be considered for therapeutic intervention, and thus, represents a further step in the context of a potential relevance inferred to H₂S pathway manipulation in ED and LUTS.

Nº: 5

TRANSPERINEAL ULTRASOUND IN THE EVALUATION OF STRESS URINARY INCONTINENCE: WHAT CAN IT ADD?

Ramos, S.; Varregoso, J.; Ferrito, F.

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introduction: Although the diagnosis of stress urinary incontinence (SUI) is suggested from the clinical history and patient examination, some groups recommend further investigations prior to considering a surgical approach. Also, the choice of the sling should be based on urethral mobility, as transobturator midurethral slings (TO-MUS) have proven less efficient in patients with limited urethral hypermobility. Transperineal ultrasound (TPUS) allows a simple and non-inva-

sive dynamic assessment of the pelvic floor anatomy during Valsalva manoeuvres, which can be useful in these patients' examination. **Objectives:** To support the utility of TPUS in the evaluation of SUI patients.

Materials and methods: Retrospective analysis of data and images from TPUS performed between 2013 and 2016, in patients with clinical history of pure SUI. Exclusion criteria were previous anti-incontinence surgery, and with concomitant pelvic floor prolapse $\geq$ grade 2 (POP-Q system).

A 2-5mHz microconvex probe (GE Ultrasound Voluson 730) was used, placed in the interlabial region of the vulva in a sagittal orientation, with the patient in lithotomy position with a full bladder. Evaluated parameters, at rest and Valsalva, were: bladder neck (BN) status (open or closed), distance from BN to the most inferior point of the symphysis pubis (BN-SP), the α -angle (between BN-SP line and the central axis of the SP), and the posterior urethrovesical β -angle (between the urethral axis and the bladder base). We then calculated the variation of these parameters during Valsalva comparing to rest (V-R).

Results: Thirty eight ($n=38$) TPUS were reviewed, from patients with a mean age of $55,8 \pm 11,7$ years old, median of two pregnancies and using 3 pads per day in average. The mean values of the α -angle, β -angle and BN-SP at rest were $88.6 \pm 24^\circ$, $134.2 \pm 14.9^\circ$ and $2.3 \pm 1.5\text{cm}$, respectively, and the variation of these measures during Valsalva manoeuvres (V-R) were $28.3 \pm 14.7^\circ$, $21.3 \pm 13.1^\circ$ and $-0.3 \pm 0.8\text{cm}$. An open bladder neck was detected in 15 (40.5%) patients at rest and 18 (48,75%) during Valsalva. These patients had a lower degree of rotation of both α and β angles comparing to those with a closed bladder neck ($p > 0.05$), and 6 of them had a negative Q-tip test on examination. Conversely, 41.7% ($n=5$) of patients

with a negative Q-tip test had an open bladder neck in Valsalva.

Discussion/Conclusions: This undervalued exam, although subjective, assesses the functional integrity of the structures surrounding the urethra. It allows a real-time dynamic evaluation, which can add a lot of information to the basic examination and Q-tip test, whose sensitivity and specificity are low in the detection of urethral hypermobility. Although the reference values are not well defined in literature, α and β angle are good measures of urethral mobility. A limited urethral hypermobility together with an open bladder neck on US should be suspicious for intrinsic sphincter deficiency, and these patients might benefit from a retropubic sling rather than a TO-MUS, in case of surgical indication.

Nº: 6

CISTECTOMIA RADICAL: VOLUME CIRÚRGICO E TEMPO DE INTERNAMENTO NOS HOSPITAIS PÚBLICOS PORTUGUESES

Nuno Dias; Joselda Abreu; Luís Pacheco-Figueiredo; Paulo Dinis; Francisco Botelho
Centro Hospitalar e Universitário de São João
EPICURO; Centro Epidemiológico de Estudo de Doenças Urológicas, Universidade do Minho, Braga

Introdução: Há evidência crescente de que para intervenções urológicas complexas, como a cistectomia radical, o volume cirúrgico por hospital resulta numa diminuição da taxa de mortalidade, taxa de complicações e tempo de internamento associados ao procedimento. Em Portugal foram criados alguns centros de referência para algumas patologias (exemplos da neoplasia do testículo e transplante renal) com o objetivo de centralizar casos e melhorar resultados. No que diz respeito à neoplasia da bexiga não houve a criação de centros de referência para a patologia e as suas várias modalidades de tratamento continuam a praticar-se na grande

maioria dos hospitais públicos portugueses. A bibliografia existente é diversa e sugere números entre 8 e 50 cistectomias por centro por ano como o mínimo para se considerarem de centros de grande volume.

Objetivo: Esta é a primeira parte de um trabalho, pretendendo descrever o volume cirúrgico em cistectomia radical, entre 2000 e 2015, nos hospitais públicos portugueses pertencentes ao SNS e avaliar a associação entre o volume cirúrgico e o tempo de internamento hospitalar.

Métodos: Obtiveram-se dados da base de dados da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) relativos aos doentes submetidos a cistectomia radical entre os anos 2000 e 2015 nos 45 hospitais públicos portugueses pertencentes ao SNS. O volume cirúrgico por hospital calculou-se utilizando apenas os dados dos anos 2013 a 2015 e consideraram-se como centros de grande volume aqueles com um número de cistectomias radicais ≥ 20 /ano e de baixo volume se ≤ 5 /ano.

Resultados: Para os 16 anos analisados realizaram-se 3932 cistectomias radicais, com um aumento de 112% entre 2000 e 2015. Nos anos 2013-2015 realizaram-se 980 cistectomias radicais em 37 dos 45 (82%). Apenas 5 hospitais tiveram um grande volume e 12 hospitais tiveram um baixo volume de procedimentos realizados, resultando em apenas 356 (36.3%) das cistectomias radicais serem realizadas em centros de grande volume e 350 (35.7%) em centros de baixo volume. Houve uma associação inversa entre o volume cirúrgico por hospital e o tempo de internamento que foi estatística e clinicamente relevante ($r=-0.375$, $p=0.022$).

Conclusão: Em Portugal muitos doentes são submetidos a cistectomias radicais fora de centros de grande volume, o que de acordo com os nossos dados se associa a tempos de

internamento mais longos. Seria importante também conhecer outros dados, como a taxa de complicações e mortalidade pós-operatória bem como qualidade de vida e satisfação com os cuidados prestados por parte dos doentes.

A criação de centros de referência para as neoplasias da bexiga com efetiva centralização de doentes nessas instituições deverá ser equacionada.

Nº: 7

FATORES PREDITIVOS DE SUCESSO NA COLHEITA CIRÚRGICA DE ESPERMATOZOIDES NA AZOOSPERMIA NÃO-OBSTRUTIVA

Hélder Duarte; Nuno Louro; Pedro Oliveira; Carla Leal; Márcia Barreiro; La Fuente de Carvalho; Avelino Fraga

Centro Hospitalar Universitário do Porto; Centro Materno Infantil do Norte; Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Introdução: Em Portugal estima-se que a prevalência da infertilidade em casais com o elemento feminino entre os 25–44 anos de idade seja de 7,9%. Em termos globais, em 39% dos casais inférteis são encontradas causas para a infertilidade nos 2 elementos do casal, sendo que em 20% dos casais encontra-se a causa apenas no elemento masculino. A azoospermia é uma das causas de infertilidade masculina, podendo ser classificada em obstrutiva (AO) e não-obstrutiva (ANO), sendo esta última responsável por 60% dos casos de azoospermia. A extração testicular de espermatozoides (TESE) é uma técnica cirúrgica de extração de espermatozoides a nível testicular, que apresenta sucesso em cerca de 50% dos doentes com ANO. Esta cirurgia pode ter algumas complicações, particularmente a nível testicular e acarretar stress emocional/financeiro para os doentes. Por estas razões, seria importante conhecer fatores preditivos de sucesso

na TESE, havendo na literatura vários estudos que tentam relacionar o resultado desta técnica com fatores hormonais, anatómicos/ clínicos e genéticos.

Objetivos: O objetivo principal deste estudo é a identificação de parâmetros que possam funcionar como fatores preditivos de sucesso da TESE em doentes com ANO.

Materiais e métodos: Foi conduzido um estudo retrospectivo a 117 doentes com ANO que realizaram TESE no Centro Hospitalar Universitário do Porto entre 2010 e 2017. Foi avaliada a concentração sérica de FSH, de LH, de testosterona total (TT) e de estradiol (E2). Foi calculado o volume testicular médio, o índice de sensibilidade aos androgénios (LHxTT) e o rácio T/E. Foi analisada a presença de microdeleções no cromossoma Y, da síndrome de Klinefelter, a história de criptorquidia e de varicocele. A discriminação no sucesso da TESE foi avaliada pela curva ROC, tendo sido o valor de corte calculado pelo índice de Youden. A relação entre o sucesso da TESE e as variáveis idade, FSH, LH e o índice de sensibilidade aos androgénios (dicotomizadas de acordo com os resultados das curvas ROC) foi avaliada pelo modelo de regressão logística múltipla, usando um método de eliminação Backward, com o critério de Wald.

Resultados: A idade dos doentes foi em média (desvio padrão) de 33,61 (4,89) anos. A taxa de sucesso da colheita cirúrgica de espermatozoides foi de 41,88%. Foi encontrada uma associação significativa ($P < 0,05$) entre o sucesso da colheita e as seguintes variáveis: doentes mais velhos, com valor de corte (sensibilidade-especificidade) de 33,50 (0,71–0,57) anos; FSH baixa com valor de corte de 24,97 (0,80–0,45) mUI/mL; LH baixa com valor de corte de 9,50 (0,79–0,57) mUI/mL e índice de sensibilidade aos androgénios baixo com valor de corte de 43,42 (0,92–

0,36) mUIxng/mL2. A presença de síndrome de Klinefelter foi associada a insucesso na colheita.

Discussão/Conclusões: Este é o primeiro estudo realizado em Portugal, tanto quanto é do nosso conhecimento, que avalia possíveis fatores preditivos de sucesso da TESE em pacientes com ANO, sendo que, até à data, ainda não é possível prever o sucesso da TESE através de parâmetros não-invasivos. De acordo com os resultados deste estudo, a idade do doente, a concentração sérica de FSH, de LH e o índice de sensibilidade aos androgénios são possíveis fatores preditivos de sucesso na colheita cirurgia de espermatozoides na ANO. Não foi estabelecida uma associação significativa entre o resultado da TESE e alguns parâmetros hormonais como a TT, E2 e o rácio T/E nem com outros parâmetros, como o volume testicular médio, a história de criptorquidia, a presença de varicocele e as microdeleções no Y. Um dos fatores que tem sido mais estudado na literatura é a inibina-B, sendo uma limitação deste estudo, devido à sua natureza retrospectiva, a impossibilidade de análise da sua concentração sérica nestes doentes. A amostragem relativamente reduzida é outra limitação que pode ter dificultado o estabelecimento de associações significativas entre algumas das variáveis em estudo e o resultado da TESE.

Nº: 8

ENUCLEAÇÃO ENDOSCÓPICA DA PRÓSTATA – EXPERIÊNCIA INICIAL DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO PORTO

Jorge Correia; Alexandra Rocha; Bernardo Teixeira; Catarina Tavares; André Marques Pinto; Diogo Nunes-Carneiro; Avelino Fraga; Carlos Ferreira; Miguel Silva-Ramos; João Cabral
Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: A hiperplasia benigna da próstata é uma das doenças mais comuns em homens de idade avançada, associando-se

a obstrução infra-vesical e sintomas urinários baixos com impacto na qualidade de vida. A ressecção transuretral da próstata representa um tratamento cirúrgico bem-estabelecido, com melhorias substanciais nos parâmetros urodinâmicos funcionais, e é actualmente considerada o *gold standard*. Contudo a sua aplicação é limitada em doentes com grande volume prostático devido ao aumento da morbilidade peri e pós-operatória. Recentemente assistimos à utilização crescente da enucleação endoscópica da próstata (EEP) no tratamento destes doentes. A EEP permite reproduzir o plano de clivagem da prostatectomia aberta de uma forma minimamente invasiva por via transuretral, associada a excelentes resultados funcionais e baixa morbilidade operatória, independentemente do volume prostático.

Objetivos: Avaliação da série inicial de enucleações endoscópicas da próstata realizadas no Centro Hospitalar Universitário do Porto.

Material e métodos: Foi efetuada uma análise retrospectiva dos dados clínicos de todos os doentes submetidos a enucleação endoscópica prostática no nosso serviço, realizadas pelo mesmo cirurgião, entre Dezembro de 2017 e Julho de 2019, com descrição das características demográficas, resultados funcionais (fluxo urinário máximo [Qmax], resíduo pós-miccional [RPM], questionário IPSS [*International Prostate Symptom Score*], PSA e redução do volume prostático) e complicações.

A análise estatística foi realizada com recurso ao SPSS Statistics v24, utilizando o teste t de amostras emparelhadas, Mann Whitney e Wilcoxon.

Resultados: Foram intervencionados 20 doentes, com uma média de idade de $70,0 \pm 10,3$ anos [53-91], com um *follow-up* médio de $12,7 \pm 5,9$ meses. 12 doentes foram submetidos a enucleação com LASER Thulium (60%) e 8 com energia bipolar (40%).

O volume médio prostático pré-operatório foi de $72,8 \pm 13,4$ gramas, estando a maioria dos doentes medicada com uma terapêutica médica prévia (95%). 6 doentes (30%) encontravam-se algaliados há mais de 3 meses.

A duração média da cirurgia foi de 87 ± 21 min, sem registo de complicações intra-operatórias. Não se observou relação entre o volume prostático e o tempo de cirurgia ($r=0,407$) ou a ocorrência de complicações pós-operatórias ($p=0,298$). De igual modo, as perdas sanguíneas não se correlacionaram com volumes prostáticos superiores ($p=0,492$) ou maior tempo operatório ($p=0,971$). Os tempos medianos de internamento e de algaliação foram ambos de 2 dias [IQR 2-3].

Observou-se uma melhoria significativa de 247% no Qmax ($6,7 \pm 4,8$ mL/seg para $23,1 \pm 11,3$ mL/seg; $p=0,001$) e uma redução de 86% do RPM (244,1 ml para 33,8 mL; $p=0,006$), em paralelo com uma redução do IPSS ($14,8 \pm 6,1$ para $1,8 \pm 0,8$; $p<0,001$). A redução média do volume prostático foi de 32,4% ($p<0,001$), com uma redução média do PSA de $3,64 \pm 2,63$ ng/mL ($p=0,02$).

O efeito adverso pós-operatório mais comum foi o aparecimento de sintomas irritativos (30%), na maioria dos casos transitório, e que não se associou a um aumento do tempo cirúrgico ($p=0,453$) ou do volume prostático ($p=0,772$). Este foi mais comum nos doentes submetidos a enucleação bipolar (37,5%) do que com a utilização de Thulium (25%), embora sem diferenças significativas ($p=0,560$). Um doente (5%) apresentou complicação $\geq$ grau III de Clavien-Dindo com necessidade de internamento, e houve ainda necessidade de re-internamento por hematúria em 1 doente antiagregado (taxa global de 10%). A taxa de estenose da uretra pós-operatória ao longo do *follow-up* foi de 5% ($n=1$).

Discussão/Conclusões: A introdução de uma nova técnica cirúrgica é um desafio que

acarreta sempre um risco acrescido de complicações durante a curva de aprendizagem. Os resultados obtidos nesta série inicial são encorajadores e devem conduzir à continuação do investimento tecnológico nesta área.

Nº: 9

IS COLD ATMOSPHERIC PLASMA AN OPTION FOR BLADDER CANCER TREATMENT? IN VITRO STUDIES

Edgar Tavares-da-Silva^{1,2,3,4}; Catarina Braz Guilherme¹; Ana Rita Neves¹; Ana Margarida Abrantes^{1,2,3}; Ana Salomé Pires^{1,2,3}; Miguel Eliseu⁴; Hugo Antunes⁴; Rafael Silva-Teixeira¹; Arnaldo Figueiredo^{1,2,3,4}; Maria Filomena Botelho^{1,2,3}

¹Biophysics Institute, Faculty of Medicine, University of Coimbra, Portugal; ²Institute for Clinical and Biomedical Research (iCBR) area of Environment Genetics and Oncobiology (CIMAGO), Faculty of Medicine, University of Coimbra, Portugal; ³CNC. IBLI, University of Coimbra, Portugal; ⁴Department of Urology and Transplantation, CHUC, Coimbra, Portugal

Introduction: Bladder cancer (BC) is the sixth highest incident tumor and the eighth one with the highest mortality in the world. Moreover, it is a solid tumor with high recurrence rates, which current therapies are unable to efficiently eradicate. In last years, plasma, one of the physical states of matter in which a certain portion of the particles is ionized, has been presented with potential for biomedical treatment in wound healing, coagulation and cancer treatment. Thus, our aim was to evaluate the effects of cold atmospheric plasma (CAP), in terms of cytotoxicity and oxidative stress, in human bladder cancer cell lines.

Materials and methods: An electronic device able to generate high output voltage was designed in our group in order to create CAP, that will be used to irradiate cells. Two BC cell lines, HT1376 (grade 3, carcinoma) and TC-CSUP (grade IV, transitional cell carcinoma), were cultured. Cells were seeded in 48 and

24-multiwell plates, at a density of 0.1×10^6 and 0.3×10^6 cells/mL, respectively, and left overnight. Then, both cell lines were submitted to CAP treatment. CAP was generated in open air, 2 mm above the surface of the cell cultures medium, during short periods of time (15s, 30s, 60s, 90s and 120s). Protein content was assessed by SRB assay and metabolic activity by MTT assay, performed 24, 48 and 72 hours after treatment. Also, reactive antioxidant and antioxidant defenses studies were performed 2, 6 and 24 hours after treatment.

Results and discussion: After CAP treatment, protein content of both cell lines decreased accordingly to the exposure time. By MTT assay, we observed a decreased metabolic activity, also for both cell lines. These results show that CAP treatment was able to induce a significant reduction of total protein content and metabolic activity even after short periods of exposure. In terms of oxidative stress, for TCCSUP cell line, results demonstrate a tendency to increased intracellular production of radical superoxide and a tendency to decreased intracellular production of peroxides. We observed similar tendencies for HT1376 cell line. Nevertheless, we could not observe a significant difference in expression of GSH levels for TCCSUP and HT1376. CAP can potentially offer a minimally-invasive option that allows specific cell removal without interfering with the whole tissue.

Nº: 10

LINFADENECTOMIA INGUINAL VÍDEO-ASSISTIDA BILATERAL SIMULTÂNEA: A MELHOR SOLUÇÃO?

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

Introdução: O tratamento dos doentes com carcinoma do pénis sem gânglios inguinais palpáveis tem evoluído para técnicas cada

vez menos agressivas e causadoras de morbilidade. A linfadenectomia inguinal modificada permite um estadiamento correto na maioria dos casos. Atualmente, é possível reproduzir a técnica cirúrgica clássica por via vídeo-assistida (LIMVA), com resultados oncológicos semelhantes e menor taxa de complicações.

Objetivos: Descrever a técnica de linfadenectomia inguinal modificada vídeo-assistida bilateral simultânea (LIMVABS).

Material e métodos: Descrição da técnica de LIMVABS através da descrição de dois casos sujeitos a cirurgia no último ano.

Resultados: Os passos cirúrgicos da LIVABS são: posicionamento do doente, colocação de trocates, disseção romba profundamente à faixa de Scarpa, identificação dos limites anatómicos da disseção (músculo longo adutor medialmente, músculo sartorius lateralmente, aponevrose do oblíquo externo superiormente e ápex do triângulo femoral inferiormente), identificação dos vasos femorais, identificação e isolamento da veia safena até a fossa ovalis, excisão dos gânglios e encerramento. Na LIVABS, duas equipas cirúrgicas trabalham em simultâneo em cada membro inferior. Em relação ao posicionamento de ambas as equipas cirúrgicas, os cirurgiões principais colocam-se lateralmente aos membros inferiores, enquanto os cirurgiões ajudantes se colocam em posição medial.

Caso clínico 1: carcinoma do pénis escamoso usual pT3N0M0; tempo de cirurgia: 115 minutos; número de gânglios removidos: 9 gânglios à esquerda e 8 gânglios à direita; tempo de internamento: 4 dias; sem complicações intraoperatórias, no internamento, < 30 dias ou ≥ 30 dias.

Caso clínico 2: carcinoma do pénis escamoso usual; pT2N0M0; tempo cirurgia: 155 minutos; número gânglios removidos: 8 gânglios à esquerda e 3 gânglios à direita; tempo

de internamento: 6 dias; sem complicações intraoperatórias ou no internamento, necessidade de drenagem de linfocelo esquerdo 3 semanas após cirurgia.

Discussão: A LIMVA apresenta resultados oncológicos semelhantes à técnica clássica, apresentando um número consideravelmente menor de complicações. O baixo número de complicações transformou possível o planeamento da cirurgia de forma bilateral simultânea (embora apenas um artigo faça referência à técnica na literatura consultada), sendo os casos descritos os primeiros realizados no nosso centro. As vantagens da LIMVABS são a redução da necessidade de realizar duas cirurgias em tempos operatórios diferentes ou reduzir para aproximadamente metade o tempo operatório de doentes operados bilateralmente em sequência. As desvantagens são a necessidade de formar duas equipas cirúrgicas distintas no procedimento (curvas de aprendizagens lentas dada a raridade do cancro do pénis) e a necessidade de dobrar o material cirúrgico utilizado.

Nº: 11

MORBIMORTALIDADE NO SERVIÇO DE UROLOGIA DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO PORTO – ANÁLISE DE 1 ANO DE ACTIVIDADE CIRÚRGICA

Bernardo L. Teixeira¹; João F. Cabral¹; André M. Pinto¹; Gonçalo G. Mendes¹; Jorge R. Correia¹; João N. Pereira²; Mariana Madanelo¹; Alexandra Rocha¹; Catarina Tavares¹; Diogo N. Carneiro¹; Avelino Fraga¹

¹Centro Hospitalar do Porto; ²Instituto Português Oncologia Porto

Introdução: A identificação e análise das complicações resultantes da actividade cirúrgica é fundamental para atingir a excelência na prestação de cuidados de saúde. No entanto, as reuniões de morbi-mortalidade são uma prática ainda muito pouco comum na nossa realidade. No serviço de Urologia

do Centro Hospitalar do Porto desde 2015 que se efectua o registo sistemático de todos os doentes internados, com identificação e classificação das complicações cirúrgicas segundo a tabela de Clavien Dindo, com apresentações e discussão dos resultados em reuniões mensais de morbi mortalidade.

Objetivos: Descrição das complicações cirúrgicas ocorridas durante 1 ano no Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto.

Materiais e métodos: Análise retrospectiva dos dados correspondentes a 12 meses de actividade cirúrgica em regime de internamento. Incluíram-se todas as complicações ocorridas no período de 30 dias após o procedimento e/ou até alta clínica após a cirurgia (nos casos de internamentos prolongados), classificadas de acordo com a gradação de Clavien Dindo modificada.

Resultados: Durante este período realizaram-se 1188 procedimentos cirúrgicos em regime de internamento. Destes, 14.6% foram realizados em contexto de urgência. Oitocentos e quarenta e um pacientes eram do sexo masculino (61.6%) e 347 (25.4%) do sexo feminino. A idade média dos doentes foi de 61.84 anos (mínimo 17, máx 97). A mediana de de dias de pós-operatório foi de 3 dias (intervalo interquartis 25-75 de 1-5; 1, máx 91) A distribuição dos procedimentos por unidade funcional foi a seguinte: Próstata (22.4%), Urotélio (21.6%), Rim 9.8%, Andrologia (5.2%), Urologia funcional e reconstrutiva 14.1%, Litiase 12.3%. Relativamente ao *score* de risco ASA, 7,3% foram classificados como ASA I, 59.6% ASA II, 30% ASA III e 3,1% ASA IV. No período em análise, registámos a ocorrência de 357 complicações (20.3%), distribuídas de acordo com a classificação de Clavien Dindo da seguinte forma: Complicações Grau I 6.6%, Grau II 9.5%, Grau IIIa 1.5%, Grau IIIb 1.5%, Grau IVa 1.2%, Grau IVb 0.6% e Grau V 0.3%. Re-

gistaram-se ainda 37 episódios de reinternamento, correspondendo a uma taxa de 3.1%. Dentro das complicações maior, definidas como uma classificação Clavien Dindo igual ou superior a 3, a maioria foi do tipo hemorrágico (23.7%), seguido de complicações infecciosas (22%). Observaram-se 9 (15.2%) complicações relacionadas com cateter de derivação urinaria (migração ou obstrução de JJ ou NPC), 6 complicações do tipo cardiopulmonar (10,2%) e 5 cardiovasculares (8.5%). O número de doentes com necessidade de reintervenção cirurgica por complicação foi de 30 (2,5%), com uma média de 1,2 procedimentos cirúrgicos por cada doente.

O procedimento associado a maior número de complicações maior foi a cistectomia radical. As complicações maior (grau 3 ou superior) associadas a este procedimento foram as seguintes: 2 eviscerações com necessidade de reintervenção, 3 choques hemorrágicos, 1 choque cardiogénico por enfarte miocárdio; 2 abscessos intrabdominais com necessidade de drenagem percutânea, 2 migrações de cateter MonoJ, 1 infecção de ferida operatória, 1 deiscência de anastomose intestinal, 1 hérnia inguinal encarcerada e 1 AVC.

Discussão/Conclusões: Este trabalho salienta a importância da revisão sistemática e análise crítica dos resultados da actividade cirúrgica. Só conhecendo esta realidade é possível interpretar e melhorar a assistência prestada à população. Apesar de sabermos que quer os estudos retrospectivos quer os prospectivos têm tendência a subvalorizar as complicações cirúrgicas (sobretudo as de baixo grau), e da dificuldade de standardização/validação das complicações cirúrgicas do foro urológico, advogamos, à semelhança do que acontece já em outros países, a extensão desta prática a outros serviços, com análise periódica intra e inter-hospitalar e publicação dos resultados.

Nº: 12

INFECTIOUS AND INFLAMMATORY DISORDERS OF THE URINARY TRACT: BASIC MR IMAGING SEMIOLOGY FOR UROLOGISTS

Vanessa Metrogos; Nuno Ramos; Alexandre Macedo;
João Bastos; João Cruz; Miguel Carvalho
Hospital Garcia de Orta

Introduction: Imaging studies are often indicated for the evaluation of complicated urinary tract infections (UTI), in patients who are septic or not responsive to initial antimicrobial therapy, and in patients with recurrent UTI episodes or atypical clinical presentation or atypical laboratory results, to look for complications (eg, obstruction, abscess, or perirenal fluid collection) and to identify rare forms of pyelonephritis.

Despite Ultrasound and Computed Tomography (CT) being routinely used as first-line imaging methods, Magnetic Resonance Imaging (MRI) has been increasingly used in the evaluation of these conditions, especially due to its inherent advantages, namely its increased contrast resolution, the absence of ionizing radiation, or the use of Gadolinium-based contrast media instead of Iodinated contrast media, which is connected to higher rates of adverse reactions and contrast-induced nephrotoxicity.

Its increased contrast resolution over CT may even improve the distinction between fibrotic and active infectious foci, improving individual treatment.

Urologists should be familiar with basic MRI semiology in order to improve the diagnostic work-up of the pathologic conditions of the urinary tract and treat their patients more efficiently.

Objective: Review the role of MRI and basic MRI semiology in infections and inflammatory disorders of the urinary tract.

Material and methods: We retrospectively

reviewed MRI studies from our institution's picture archive system, which were compared to the most recent published data.

Results: With this work, we illustrate the most frequent infectious and inflammatory disorders from the upper and lower urinary tract, including examples of acute pyelonephritis, renal abscess, hydronephrosis and pyonephrosis, xantogranulomatous pyelonephritis, infected renal cyst, infectious and non-infectious cystitis, urachal conditions, prostatic abscess, granulomatous prostatitis and infection of urethral diverticulum.

Conclusion: With the increasingly use of MRI, urologists must be familiar with basic MRI semiology in order to improve their patient's management.

Nº: 13

ENDOSCOPIA UROLÓGICA EM ENFERMAGEM

Enfª Sofia Meireles; Enfª Paula Gonçalves;
Enfª Paula Magalhães; Enfª José Ribeiro;
Dr. Joaquim Lindoro
Serviço de Urologia Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução: Os profissionais de Enfermagem estiveram desde sempre ligados ao desenvolvimento da Urologia. A colaboração muito próxima e muito activa com os Médicos Especialistas aconteceu em todas as áreas de cuidados, como sendo: Internamento, Consulta Externa, Exames Diagnósticos e Bloco Operatório. Há alguns anos, a Endoscopia Urológica entrou na prática da Enfermagem em vários Países Anglo-Saxónicos. No Serviço de Urologia do CHTS, correspondendo a necessidade premente da Instituição e sempre em estrita colaboração com os Urologistas, iniciou-se em 07/03/2018 a remoção endoscópica de "stents" ureterais realizada por profissionais de Enfermagem.

Objetivo: Apresentar a experiência de ano e meio de actividade.

Material e métodos: Usaram-se cistoscópios

rígidos, flexíveis e dispositivos "Isíris" com as pinças adequadas. Foi realizada anestesia da uretra com gel, contendo lidocaína, durante o tempo adequado, variando este de homem para mulher. Foi administrada a todos os pacientes: antibioprolaxia oral e analgesia prescritas pelo Urologista.

Resultados: Foram removidos 173 "stents" ureterais em 163 pacientes. Não foi possível a remoção de 4 "stents" por calcificações marcadas do cateter. Não se registaram complicações significativas.

Discussão/Conclusões: A Endoscopia Urológica é uma técnica segura na mão de profissionais de Enfermagem treinados, trabalhando no enquadramento de um Serviço de Urologia, havendo ganhos inequívocos em competência, quer para a Instituição, quer para o SNS.

Cartazes II | Apresentação em sala

28 de setembro | 14:30-15:20h

Nº: 14

ESTAREMOS PRONTOS PARA INICIAR A VIA RMN NO DIAGNÓSTICO DA NEOPLASIA MALIGNA DA PRÓSTATA?

Rodrigues Fonseca R.¹; Lains Mota R.¹; Peyroteo I.²; Bilé Silva A.¹; Alpoim Lopes F.¹; Santos J.C.¹; Covita A.¹; Abranches Monteiro L.¹

¹Hospital de Egas Moniz - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; ²Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

Introdução: O diagnóstico do cancro da próstata pode ser desafiante e conjuga a avaliação do PSA com o toque rectal e a realização de biópsias prostáticas transrectais (BPTR) ecoguiadas. Contudo, ainda se diagnosticam demasiados casos de neoplasia maligna indolente. A ressonância magnética multiparamétrica (RMNmp), combinada em alguns casos com a BPTR dirigida para detectar neoplasias clinicamente significativas (CaPcs) é muito apelativa e

designada de "via da RMNmp". Recentemente, algumas entidades internacionais advogaram a realização de RMNmp previamente à possível biópsia prostática. Porém, esta abordagem é ainda controversa, principalmente pela sua reprodutibilidade e consequente capacidade de diminuir a realização de biópsias.

Objetivos: Avaliação da eficácia da RMNmp em prever CaPcs e a correlação entre lesões suspeitas identificadas em RMNmp e os relatórios histopatológicos providenciados por BPTR ecoguiadas randomizadas e dirigidas, na nossa amostra clínica.

Materiais e métodos: Avaliação retrospectiva dos resultados de BPTR e RMNmp em 83 doentes que se submeteram a RMNmp entre 01/01/2016 e 31/12/2017.

Identificação de dados demográficos e clínicos (PSA, idade, biópsia prévia, classificação PI-RADS e resultados histopatológicos).

Os exames imagiológicos foram realizados com um sistema 1,5 T e o *score* PI-RADSV2.0 foi utilizado em 70 de 83 exames.

Resultados: Metade (51,81%) dos exames (n=43) foram realizados com intuito diagnóstico, após uma BPTR prévia negativa em doentes com elevado grau de suspeição clínica de terem CaP (set A). Aproximadamente 25,30% (n=21) dos doentes nunca tinham sido submetidos a BPTR (set B). Os restantes exames (n=19) foram realizados para estadiamento (set C). Não houve diferença estatisticamente significativa relativamente aos valores de PSA e idade entre os sets A e B.

Considerando os doentes que realizaram estes exames para diagnóstico (sets A e B), 67,12% (n=43) tinham PI-RADS *score* ≥ 3 . Destes, 30 doentes foram submetidos a BPTR de fusão cognitiva ecoguiada. Em 30,23% (n=13) houve confirmação histológica da existência de cancro, com 8 casos de CaPcs (3 casos no set A e 5 casos no set B).

Um total de 39,53% (n=17) tiveram uma

BPTR subsequente negativa, compatível com hiperplasia benigna da próstata e/ou prostatite. Treze doentes não foram submetidos a BPTR subsequente devido a razões clínicas e/ou perda de *follow-up*. Nenhuma lesão classificada como PIRADS 1, 2 ou 3 se revelou maligna em biópsia subsequente ou *follow-up*. Dois doentes cujo relatório de RMNmp não respeitou o *score* PIRADsv2.0 foram submetidos a BPTR randomizada, com consequente diagnóstico de CaPcs.

Discussão/Conclusões: Neste trabalho foi avaliada a capacidade da RMNmp predizer a presença CaPcs na nossa amostra clínica e concluiu-se que uma elevada proporção de doentes tinham lesões suspeitas (PI-RADS *score* ≥ 3). Dos doentes que foram submetidos a BPTR subsequente, menos de um terço tinham CaPcs, o que se aproxima dos valores obtidos com a via diagnóstica tradicional. Esta diferença na taxa de concordância pode ser devida a uma falha na reprodutibilidade na interpretação da RMNmp, dado que na nossa instituição não existem imagiologistas e urologistas especializados na realização de RMNmp e biópsias dirigidas. Apesar de se tratar de um hospital terciário, o número de exames efectuados é baixo o que é importante considerar, pois os estudos que advogam a “via da RMNmp” foram realizados em instituições com elevado número de exames. Mais ainda, nenhuma lesão suspeita classificada como PIRADS 3 se revelou maligna, o que está em concordância com as recentes afirmações de que estas lesões não devem ser consideradas suspeitas.

Estes resultados alertam-nos para a necessidade de aumentar a precisão da interpretação da RMNmp e a realização de subsequente biópsia dirigida. Apenas assim se obterão resultados eficientes que permitam, no futuro, optar pela “via da RMNmp”, baseada numa estratégia individualizada de risco.

Nº: 15

TRUS PROSTATE BIOPSIES PROPHYLAXIS – IF NOT FLUOROQUINOLONES, WHAT ELSE?

Rodrigues Fonseca R.¹; Lains Mota R.¹; Peyroteo I.²; Bilé Silva A.¹; Alpoim Lopes F.¹; Santos J.C.¹; Dinis P.; Covita A.; Monteiro, P.; Canhoto A.; Nogueira R.; Abranches Monteiro L.¹

¹Hospital de Egas Moniz - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; ²Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

Introduction: *Randomized transrectal ultrasound-guided (TRUS) prostate biopsy is considered the gold-standard for the diagnosis of PCa. There has been a global increase in post-biopsy infections, namely, urinary tract infections (UTI) and severe sepsis, mainly due to E.coli. Although the original European Association of Urology guidelines of 2019 state that antimicrobial prophylaxis should include the use of fluoroquinolones as front line, there has been an increase in bacterial resistance, mainly due to changes in cellular permeability, efflux mechanisms and production of mutated topoisomerases or extended-spectrum beta-lactamase positive E.coli(ES-BL). Also, the medical community has been witnessing serious side effects associated with the use of fluoroquinolones antibiotics. It has also been stated that 11-22% of patients proposed to biopsy, already harbor resistant E. coli in their rectal flora. Currently, it's possible to monitor each's patient medical prescription and records through the National Electronic Health Record sharing-platform. We assessed the post TRUS prostate biopsy complication rate for one year at our institution.*

Materials and Methods: *We retrospectively reviewed the TRUS prostate biopsies performed at our hospital between 01/01/2017 and 31/12/2017 through the analysis of the National Electronic Health Record sharing-platform. Patients demographic and clinical issues were assessed (risk factors for UTI, antimicrobial prophylaxis, clinical diagnosis*

of UTI and the need for antibiotherapy and/or admission in ward).

Results: 193 exams were performed between 01/01/2017 and 31/12/2017. Our population had a considerable prevalence of risk factors, such as Diabetes Mellitus (19,69%), oncological disease (5,70%), immunosuppression (9,33) and active smoking (17,10%). About 95,85% (n=185) of patients were given antimicrobial prophylaxis. The most used antibiotics were fluoroquinolones (ciprofloxacin in 43,01%; prulifloxacin in 23,42%; levofloxacin in 14,51%; norfloxacin in 6,22%). Trimethoprim/sulphamethoxazole (5,70%) and cephalosporines (0,6%) were also used. About 5,70% (n=11) patients were diagnosed with post-biopsy UTI; an infectious agent was identified in only 3 patients (*S. aureus*, *E. coli*, *K. pneumoniae*). No resistant microorganisms were isolated. Four patients were admitted in ward for clinical reasons.

Conclusions: The indiscriminate use of antimicrobial agents has favored a rise in the prevalence of antibiotic resistance and subsequent complications associated-rate. So, the health authorities have proposed a careful adaptation of these agents to the local pattern of resistances and promoted the restrictive use of fluoroquinolones for prophylaxis in TRUS prostate biopsies. However, the post-biopsy infectious complication rate at our institution is similar to other reports in the medical community and no post-biopsy multi-drug resistant UTI was diagnosed in 2017. As such, the use of fluoroquinolones as antimicrobial prophylaxis was well adjusted to our population, even if our country has an alarming increasing resistance rate to these drugs. In the face of these new guidelines, different antibiotics must be chosen and well-adjusted to our microbial profile to keep this low-infection rate without contributing to increase multidrug resistant microorganisms.

Nº: 16

PAPEL DA 68Ga-PSMA PET/CT NO FUTURO DO ESTADIAMENTO INICIAL DO CARCINOMA DA PRÓSTATA DE RISCO INTERMÉDIO E ELEVADO

João Pedroso Lima; João Carvalho;
Vasco Quaresma; Edgar Tavares-da-Silva;
Rodolfo Silva; Paulo Azinhais; Gracinda Costa;
Arnaldo Figueiredo

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: As *guidelines* ainda advogam o uso de tomografia computadorizada (TC) ou cintigrafia óssea (CO) no estadiamento do carcinoma da próstata (CaP) de risco intermédio e elevado. Estes possuem, contudo, uma baixa sensibilidade. Em estudos recentes, a 68Ga-PSMA PET/CT (PET-PSMA) tem vindo a apresentar sensibilidades superiores na deteção de invasão ganglionar e óssea, assumindo-se hoje cada vez mais como um meio de diagnóstico importante no estadiamento inicial do CaP.

Objetivos: Realizar uma avaliação comparativa da sensibilidade do binómio TAC e CO com a PET-PSMA no estadiamento inicial do CaP e da importância clínica desta informação.

Métodos: Estudo transversal dos doentes que realizaram PET-PSMA no Serviço de Medicina Nuclear do CHUC, entre 01/01/16 e 31/05/2019, para estadiamento inicial de CaP. Foram excluídos os casos em que não foi realizada outra modalidade de exames de imagem prévios à PET-PSMA. Foram ainda colhidos os dados biográficos, clínicos, PSA inicial, histologia da biópsia de próstata e estratégia terapêutica utilizada.

Resultados: População composta por 30 doentes, com idade média de 72,13 $\pm$ 6,80 anos. Destes, 18 realizaram TC previamente à PET-PSMA, 26 realizaram CO e 14 realizaram ambos os exames.

Dos 18 casos que foram submetidos a TC, os resultados foram concordantes com a

PET em n=11 (61,11%), tendo ocorrido um exame negativo em TC com metastização demonstrada em PET-PSMA, e 6 (33,3%) doentes com adenomegalias suspeitas em TC sem captação na PET-PSMA.

Dos 26 doentes que realizaram CO, os resultados foram iguais à PET-PSMA em 11 casos (42,3%), tendo sido identificadas lesões suspeitas em 9 CO (34,6%) que não se confirmaram em PET-PSMA e 6 casos (23,1%) em que ocorreu o inverso, sem lesões no CO mas com lesões na PET-PSMA.

Nos 14 casos que foram realizadas tanto TC como CO, o resultado combinado de ambos os exames foi concordante com o estadiamento em PET-PSMA em 7 doentes (50,0%). No entanto, em outros 7 casos (50,0%) o resultado combinado do CO e TC mostrou imagens que a PET-PSMA não marcou.

Em termos de concordância global, não houve nenhum caso de CaP inicialmente estadiado como local em ambos os exames a ser reclassificado por PET-PSMA. Dos 30 doentes, o estadiamento em PET-PSMA foi concordante com o estadiamento no binómio TC ou CO em 14 (46,7%) doentes, e alterou o estadiamento em n=16 (53,3%).

Nos 16 doentes reclassificados pela PET-PSMA, em 12 (40,0%) a PET-PSMA revelou apenas doença local quando em TC ou CO a doença apresentava lesões secundárias (Grupo 1), e nos restantes 4 doentes (13,3%) a PET-PSMA marcou doença metastática que o CO ou TC não tinham identificadas (Grupo 2).

Dos 12 do Grupo 1, a suspeita de metastização tinha sido inicialmente levantada pela CO isoladamente em 6 (50,0%) doentes, pela TC isoladamente em 3 (25,0%) e por ambas a TC e CO em 3 (25,0%) doentes, não sendo confirmada por PET-PSMA. Foi possível realizar uma estratégia potencialmente curativa em 11 destes doentes: Prostatectomia radical (PR) em 8 (66,7%) doentes, radioterapia (RT)

em 2 (16,7%) e braquiterapia de alta dose (BT) em 1 (8,3%) doente. Num doente optou-se por terapêutica sistémica por suspeita clínica de metastização. Dos 8 doentes que realizaram PR, todos apresentaram um estadiamento ganglionar negativo na anatomia patológica e PSA indoseável pós-operatória. O caso que realizou BT apresentou também PSA indoseável pós-operatória. Os doentes em que se optou por RT encontram-se ainda a realizar o ciclo de tratamento.

Os 4 doentes do Grupo 2 foram todos submetidos a terapêutica sistémica.

Conclusões: Esta revisão vem apoiar o uso da PET-PSMA no estadiamento inicial do CaP de risco intermédio e alto. Em mais de 50% dos casos mudou o estadiamento por TC e CO, permitindo adoptar com maior segurança uma estratégia potencialmente curativa em doentes que antes teriam sido submetidos a terapêutica sistémica, assim como evitar agressões cirúrgicas em doentes com metastização, inicialmente classificados com doença local.

Nº: 17

PERCUTANEOUS NEPHROSTOMY VS URETERAL STENT FOR HYDRONEPHROSIS SECONDARY TO URETERIC CALCULI: IMPACT ON SPONTANEOUS STONE PASSAGE AND HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE – A PROSPECTIVE STUDY

Nuno Morais; José Pereira; Paulo Mota; Emanuel Dias; João Torres; Agostinho Cordeiro; Sara Anacleto; Carlos Oliveira; Estêvão Lima
Serviço de Urologia - Hospital de Braga

Introduction: *Ureteral calculi can be associated with urinary drainage blockage, requiring urinary diversion with percutaneous nephrostomy (PCN) or retrograde ureteral stent (RUS). Currently no evidence exists to support the superiority of one method over the other.*
Objectives: *This study proposes to compare*

both approaches regarding the probability of spontaneous stone passage (SSP) and its effect on patients quality of life (QoL).

Materials and methods: A prospective trial was carried out from July to October of 2017. 50 patients were selected with hydronephrosis secondary to ureteral stones requiring emergent urinary diversion and distributed in 2 groups according to diversion technique: PCN or RUS. The rate of SSP was evaluated with follow-up CT scan and the QoL assessed with questionnaires.

Results: A PCN group (18 patients) and a RUS group (32 patients) were set. Stone size was higher in PCN (median 92mm²) than RUS (median 47mm²) ($p=,012$) Table 1. The rate of SSP was 25% in RUS group and 38,9% in PCN. On the univariable analysis no statistical effect was found however, when adjusted for stone size, location, previous ureteral manipulation and expulsive therapy, PCN showed a significant higher chance of SSP than RUS ($OR=6,667$) Table 2. Besides, it was found that 30,2% ($n=13$) of stones had an upward displacement associated with retrograde endoscopy. A significant decrease between pre and post intervention QoL was found with RUS ($p<,001$), but not found with PCN ($p=,206$). Patients in RUS group experienced more urinary symptoms, mostly haematuria (68,7% vs 16,7% in PCN group $p<,001$) and dysuria (78,3% vs 16,7% in PCN group, $p<,001$).

Conclusions: PCN was associated to a higher rate of spontaneous stone passage when adjusted for stone size and location. Moreover, PCN was better tolerated and associated with fewer urinary symptoms when compared with RUS.

Nº: 18

AVALIAÇÃO DO IMPACTO NA SOBREVIVÊNCIA LIVRE DE RECIDIVA BIOQUÍMICA DA RADIOTERAPIA ADJUVANTE OU DE SALVAÇÃO EM DOENTES PÓS-PROSTATECTOMIA RADICAL COM MARGENS CIRÚRGICAS POSITIVAS

Inês Peyroteo; Renato Mota; Rita Fonseca; Andreia Silva; José Carlos Santos; Rodrigo Brito Ramos; Filipe Lopes; Pedro Monteiro; Luís Abranches Monteiro
Instituto Português de Oncologia de Lisboa; Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - Hospital de Egas Moniz

Introdução: A presença de margens cirúrgicas positivas é considerada um factor de mau prognóstico nos doentes submetidos a prostatectomia radical. Estes doentes podem ser submetidos a radioterapia adjuvante (até 6 meses pós-operatório) ou vigilância activa do PSA e radioterapia de salvação aquando da recidiva bioquímica. A altura exacta para submeter estes doentes a radioterapia permanece incerta.

Objetivos: Avaliar se há diferença na sobrevivência livre de recidiva bioquímica nos doentes submetidos a prostatectomia radical com margens cirúrgicas positivas que são submetidos a radioterapia (RT) adjuvante *versus* (vs) vigilância activa e radioterapia de salvação após recidiva bioquímica.

Material e métodos: Análise retrospectiva de todos os doentes submetidos a prostatectomia radical no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. - Hospital Egas Moniz entre 2009 e 2014 com margens cirúrgicas positivas. A amostra foi caracterizada de acordo com dados do doente e do tumor, nomeadamente PSA inicial, estadio tumoral e *score* de Gleason da peça operatória. Foi utilizado software de análise estatística (SPSS IBM) para avaliação da sobrevivência livre de recidiva bioquímica dos doentes submetidos a RT adjuvante ou vigilância activa.

Adicionalmente, analisou-se também a sobrevivência livre de recidiva bioquímica dos doentes submetidos a RT adjuvante *versus* RT de salvação.

Resultados: Dos 244 doentes submetidos a prostatectomia radical entre 2009 e 2014, 75 tiveram margens positivas (30.7%). Destes, 10 doentes perderam o seguimento, pelo que foram excluídos do estudo. Dos restantes 65 doentes, 14 doentes (21.5%) foram submetidos a radioterapia adjuvante e 51 doentes (78.5%) ficaram em vigilância bioquímica. Destes 51 doentes, 18 doentes (35.3%) foram submetidos a radioterapia de salvação. Com uma mediana de seguimento de 87 meses, a sobrevivência média livre de recidiva bioquímica nos doentes submetidos a radioterapia adjuvante foi de 110.3 meses (95%CI: 95.0-125.6) e de 89.5 meses (95%CI: 6.5-76.9) nos doentes em vigilância de PSA ($p>0.05$). Não houve diferença na sobrevivência global destes doentes.

Dos doentes que tiveram recidiva bioquímica ($n=32$), a sobrevivência média livre de recidiva bioquímica nos doentes submetidos a radioterapia adjuvante ($n=14$) foi de 107.7 meses (95%CI: 92.9-122.6) e de 30.9 meses (95%CI: 19.0-42.7) nos doentes submetidos a RT de salvação ($n=18$).

Discussão/Conclusões: Há uma tendência para uma maior sobrevivência livre de recidiva bioquímica nos doentes submetidos a radioterapia adjuvante em relação aos doentes que ficam em vigilância de PSA, embora não seja estatisticamente significativa.

Variáveis específicas como *score* de Gleason da peça operatória, valor de PSA inicial e estadió pós-cirúrgico podem ser úteis para identificar quais os doentes com margens cirúrgicas positivas que deverão fazer radioterapia adjuvante.

Há também um aumento estatisticamente significativo na sobrevivência livre de reci-

diva bioquímica nos doentes submetidos a radioterapia adjuvante em relação aos doentes submetidos a radioterapia de salvação reflectindo que outras variáveis devem ser provavelmente consideradas nesta decisão no seguimento do doente com neoplasia da próstata submetida a prostatectomia radical com margens cirúrgicas positivas.

Esta análise deverá ser promovida em termos de continuidade para ter uma verdadeira percepção da evolução dos doentes com neoplasia da próstata submetidos a terapêutica cirúrgica nesta instituição.

Nº: 19

A NOVEL URINE TEST FOR NON-MUSCLE INVASIVE BLADDER CANCER RECURRENCE DETECTION – A PORTUGUESE MULTICENTRIC STUDY

Rui Batista; Sara Anacleto; João Vinagre; Hugo Prazeres; David Gonçalves; Pedro Eufrásio; Paulo Azinhais; Frederico Furriel; Paulo Conceição; Pedro Peralta; Amílcar Sismeyro; Jorge Dias; Carlos Oliveira; Luis Ferraz; Estêvão Lima; Ricardo Leão; Valdemar Máximo; Paula Soares
i3S - Institute for Research and Innovation in Health, Porto; Institute of Molecular Pathology and Immunology of the University of Porto (IPATIMUP), Porto; U-Monitor Lda, Porto. Faculty of Medicine, Universidade do Porto, Porto; Hospital de Braga, Braga; Department of Pathology, Faculty of Medicine, University of Porto, Porto; Urology Service, Portuguese Institute of Oncology, Coimbra; Pathology Service, Portuguese Institute of Oncology, Coimbra; Escola de Medicina da Universidade do Minho, Braga; Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho, Vila Nova de Gaia; Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra; Hospital CUF Coimbra, Coimbra. IPO Coimbra

Introduction: Bladder cancer (BCa) is the 10th most common cancer in the world, with a worldwide incidence of 549,393 cases. Around 70-75% of all newly diagnosed patients with BCa present disease confined to the mucosa or submucosa, the non-mus-

cle invasive BCa (NMIBC) subtype. NMIBC are characterized by a high recurrence rate (70%) which prompt to an intensive follow-up program maintained throughout many years. Unfortunately, the current follow-up program (cystoscopy combined with cytology) is invasive, costly and has a major shortcoming in the form of low sensitivity (especially in patients with low-grade disease). Therefore, different approaches to develop a non-invasive assay (both based in serum and urine samples) have been developed in order to identify a biomarker with high accuracy for NMIBC recurrence detection. It is known that FGFR3 coding and TERT non-coding promoter hotspot mutations have a prevalence up to 80% and 85%, respectively, in BCa. These changes are not detected in benign bladder tissue. Consequently, we developed an ultra-sensitive, urine-based assay called Uromonitor®, capable of detecting trace amounts of TERT promoter (c.1-124C>T & c.1-146C>T) and FGFR3 (p.R248C & p.S249C) hotspot mutations, in tumor cells exfoliated in urine samples.

Objectives: In this study we aimed to evaluate the performance of our assay in identifying urothelial bladder tumor recurrence in previously diagnosed NMIBC patients during their follow-up.

Materials and methods: 100 urine samples from bladder cancer patients followed in three independent Portuguese Urology Departments were analyzed. Patients were also submitted to cystoscopy, urine cytology and if clinically justified were submitted to TUR-BT (transurethral resection of bladder tumor). Twenty-five (25%) patients recurred during the follow up. Molecularly, 54% of Uromonitor positive cases presented alterations only on TERTp, while 38% presented alterations only in FGFR3 hotspots. 8% presented of all positive cases presented at least one alteration

on both TERTp and FGFR3 hotspots.

Uromonitor test presented an exceptional detection rate on high-risk tumors, reaching 100% detection performance in high grade, pCis and pT1 tumors. On low risk tumors, particularly Ta staged tumors, detection rate was 78,6%, and on low-grade tumors over-all detection rate was 69,2%. When considering all samples, our results display an overall sensitivity of 80% (77,8%-100% between centers) and an-overall specificity of 94.7% (94,1%-95,5% between centers) an over-all specificity in the detection of disease recurrence in patients under Follow-up for NMIBC despite of tumor stage and grade. Our assay has an overall NPV of 93,4%.

Conclusions: Uromonitor establishes a clinically useful assay for NMIBC recurrence detection. The results obtained, confirmed across independent centers, unveil a new biomarker with higher accuracy than cytology. Our results suggest Uromonitor as an alternative marker for cytology and a hypothetical alternative for the costly and invasive cystoscopies when the result indicates absence of bladder tumor recurrence.

Nº: 20

PODE A MEDIÇÃO DAS ESPESSURAS DO PARÊNQUIMA RENAL, GORDURAS PERI-RENAL E SUBCUTÂNEA FEITAS POR TAC PREDIZER A TAXA DE COMPLICAÇÕES DA PCNL? UM ESTUDO SINGLE CENTER RETROSPECTIVO

Matos Rodrigues R.; Pimentel Torres J.; Gonçalves C.; Cordeiro A.; Morais N.; Anacleto S.; Leão R.; Lima E.; Mota P.
Hospital de Braga, Escola de Medicina da Universidade do Minho

Introdução: A nefrolitotomia percutânea (PCNL) está associada a várias complicações difíceis de prever. Na tentativa de identificar doentes mais suscetíveis a complicações, investigou-se se a espessura da gordura peri-

renal e da gordura subcutânea são fatores de risco para complicações associadas a PCNL.

Métodos: De janeiro de 2011 a junho de 2018, 322 doentes com nefrolitíase foram submetidos a PCNL num único centro. A taxa *stone-free* e a complicações intra e pós-operatórias (dor, náuseas/vómitos, febre, infecção, sépsis, hematúria, hemorragia, queda de hemoglobina, anemia e necessidade de transfusão) foram avaliadas. A taxa global de complicações foi classificada como menor ou maior pela escala Clavien-Dindo (0-2 e 3-5 respetivamente).

Uma TAC pré-cirúrgica foi usada para medir a espessura do parênquima renal (do cálculo à cápsula renal), espessura da gordura peri-renal (da cápsula renal ao músculo transverso do abdómen), espessura da gordura subcutânea (do músculo oblíquo abdominal externo à pele), espessura intra-abdominal (soma do parênquima e gordura perirenal) e espessura total da parede abdominal (do cálculo à pele). Estas medições foram feitas no plano inferior do cálculo usando o ângulo de picada desejado.

Resultados: Em relação à espessura do parênquima, verificou-se uma associação significativa entre espessuras menores e infeção ($p=0,012$). Verificou-se uma tendência para parênquimas menos espessos estarem associados a uma maior queda de hemoglobina ($p=0,058$) e complicações globais mais severas ($p=0,076$).

A espessura da gordura peri-renal não estava associada a complicações mais severas ($p=0,450$).

Verificou-se uma tendência para a associação entre menor espessura de gordura subcutânea e hemorragia e complicações mais severas ($p=0,078$ e $p=0,089$ respetivamente).

Houve uma associação significativa entre menor espessura intra-abdominal e infeção ($p=0,010$).

Finalmente, não se encontrou associação en-

tre espessura total da parede abdominal e a gravidade das complicações ($p=0,525$).

Conclusões: Neste estudo demonstrou-se que menor espessura do parênquima renal e menor espessura intra-abdominal parecem predispor a complicações mais severas depois da PCNL. São necessários mais estudos para confirmar estes resultados e para estabelecer risco pré-operatório e antecipar complicações.

Nº: 21

RMN MULTIPARAMÉTRICA NO DIAGNÓSTICO DE CANCRO DA PRÓSTATA: DEVEREMOS AINDA UTILIZAR OUTRAS AVALIAÇÕES DE RISCO NA SELECÇÃO DE DOENTES?

Jorge Correia; Mariana Madanelo; Alexandra Rocha; Bernardo Teixeira; Gonçalo Mendes; Catarina Tavares; André Marques Pinto; Diogo Nunes-Carneiro; Avelino Fraga; Frederico Teves; Miguel Silva-Ramos
Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: A ressonância magnética multiparamétrica (RMNmp) da próstata e a biópsia dirigida de lesões suspeitas permitiram aumentar a detecção de cancro da próstata (CaP) clinicamente significativo (CS) e, por outro lado, reduzir o número de biópsias e o diagnóstico de CaP clinicamente insignificante (cIS). Deste modo, foi recentemente introduzida como recomendação pelas guidelines da Associação Europeia de Urologia na avaliação diagnóstica de doentes sem biópsia prostática prévia. Apesar de demonstrar um reduzido número de falsos negativos, poderemos ainda estar a realizar demasiadas biópsias, baseado unicamente nos dados da RMNmp. A selecção de doentes por avaliação de risco pode ajudar a identificar selectivamente homens com CaP CS antes da biópsia e, assim, reduzir RMNmp desnecessárias.

Objectivos: Com este estudo pretendeu-se comparar a taxa de diagnóstico de CaP CS

realizada através de RMNmp e biópsia dirigida com uma estratégia de selecção de doentes utilizando a Calculadora de Risco de Cancro da Próstata de Roterdão (RPCRC, *Rotterdam Prostate Cancer Risk Calculator*).

Material e métodos: Foi efectuada uma análise retrospectiva de todos os homens submetidos a biópsia prostática que tinham uma RMNmp prévia, entre Junho de 2018 e Junho de 2019. 139 doentes consecutivos realizaram RMNmp com subsequente biópsia, que foi dirigida à lesão suspeita no caso de um resultado positivo (Pi-RADS ≥ 3). Subsequentemente foi realizada uma estratificação de risco de acordo com a recomendação da RPCRC (risco de qualquer CaP $\geq 20\%$ e/ou risco de CaP clinicamente significativo $>4\%$).

Resultados: A positividade da biópsia nos doentes foi de 65% (n=90), sendo que 74 doentes apresentavam CS (53%) e 16 cIS (12%). A RMNmp da próstata apresentou uma acuidade diagnóstica elevada para CaP nos doentes com biópsia positiva (89%, 80 em 90 homens), que aumentava para 93% avaliando apenas CS (69 em 74). A taxa de detecção de cIS foi de 12%. Este resultado foi obtido à custa de um elevado valor de falsos positivos no diagnóstico de CS (39%, 44 em 113 doentes). O valor preditivo negativo da RMNmp para CS foi de 81%.

Por outro lado, a RPCRC apresentava uma detecção de CaP de 86% (77 em 90 homens), que, contudo, apresentava o mesmo valor de detecção de CS da RMNmp (93%, 69 em 74 doentes). Foi detectado cIS em 9% dos doentes (8 em 90, *versus* 12% com a RMNmp). Por outro lado, apresentava um valor de falsos positivos para CS inferior (25%, 23 em 92) e um maior valor preditivo negativo (89%, 42 em 47 homens). A acuidade diagnóstica global da calculadora de risco para detectar CS também foi superior ao da RMNmp (80% com a RPCRC e 65% com a RMNmp).

5 de entre 47 homens (11%) com recomendação da RPCRC negativa, e 69 de 92 (75%) com RPCRC positiva apresentaram CaP CS. A utilização de uma estratégia de selecção de doentes, baseada na RPCRC inicialmente, com posterior realização de RMNmp e biópsia teria evitado o uso de 33 RMNmp (24%), errando apenas 5 de 69 (7%) CS com suspeição na RMNmp. Ao invés, a utilização da RMNmp da próstata inicialmente, sem o uso da calculadora de risco, teria apenas evitado a realização de 5% das biópsias (n=12), errando ainda assim 7% dos CS com indicação para biópsia pela RPCRC (5 em 69 doentes).

Discussão/Conclusões: A RMNmp prostática demonstrou uma alta taxa de detecção de cancro da próstata clinicamente significativo, contudo à custa de um valor elevado de falsos positivos. Neste contexto, a RPCRC demonstrou uma maior precisão diagnóstica, com uma reduzida falha na detecção de cancros clinicamente significativos. Além do mais, esta avaliação de risco pode evitar a necessidade de até um quarto das RMNmp e biópsias prostáticas em doentes referenciados por suspeita de cancro da próstata.

Nº: 22

BIÓPSIA GUIADA POR FUSÃO ENTRE AS IMAGENS DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA E ECOGRAFIA PROSTÁTICA TRANSRETAL – FALSOS POSITIVOS DE LESÕES CLASSIFICADAS COMO PI-RADS 4 E 5

João Ferreira Guerra; João Magalhães Pina;
Francisco Fernandes; Gil Falcão; Rui Bernardino;
Thiago Guimarães; Mariana Medeiros;
Vanessa Andrade; Ana Rita Tomás;
Luís Campos Pinheiro
Serviço de Urologia, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central, Lisboa

Introdução e objetivos: A ressonância magnética multiparamétrica (RM-mp) tornou-se uma importante ferramenta na detecção, lo-

calização e caracterização de lesões sugestivas de cancro da próstata, tendo levado ao desenvolvimento de técnicas de biópsia prostática dirigida, entre as quais se inclui a biópsia guiada por fusão entre as imagens de RM-mp e imagens em tempo real obtidas por ecografia prostática transretal.

Usando RM-mp as lesões podem ser classificadas de acordo com o grau e probabilidade de cancro clinicamente significativo (definido como tumores com *score* de Gleason maior ou igual a 7) entre 1 e 5 (classificação PI-RADS).

O objetivo deste trabalho consiste em avaliar o resultado das biópsias de fusão realizadas a doentes com lesões documentadas PI-RADS 4 e 5 (alta e muito alta probabilidade de cancro clinicamente significativo, respectivamente) e observar o seguimento destes doentes em que as biópsias foram negativas.

Material e métodos: Este estudo envolve todos os doentes com lesões PI-RADS 4 e 5 submetidos a biópsia guiada por fusão entre as imagens da RM-mp e imagens em tempo real obtidas por ecografia prostática transretal no Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central no período entre 2016 e 2018 com idades compreendidas entre 49 e 85 anos (média 65,5 anos), valores de PSA entre 0,55 e 33 ng/mL (média 8,65 ng/mL), volumes prostáticos entre 26 e 220cc (média 68cc).

Resultados: Entre 2016 e 2018 foram realizadas biópsias de fusão a 197 doentes. Destes, 75 tinham pelo menos uma lesão PI-RADS 4 identificada em RM-mp, dos quais 40 (53%) tiveram biópsia negativa para essas lesões e 25 doentes tinham pelo menos uma lesão PI-RADS 5, sendo que desses 11 (44%) tiveram biópsia negativa. O seguimento destes doentes é explorado no estudo.

Conclusão: Apesar dos evidentes e já documentados benefícios da realização de técnicas de biópsia prostática dirigida usando imagem de RM-mp previamente adquiridas,

continua a existir heterogeneidade na interpretação das mesmas imagens por especialistas de radiologia, mesmo após implementação da classificação PI-RADSv2, que por si veio aumentar as taxas de detecção de cancro e diminuir falsos positivos. Entende-se que a standardização de interpretação das mesmas por especialistas dedicados a esta área possa ser uma mais-valia para que biópsias prostáticas desnecessárias sejam realizadas. Pretende-se agora fazer revisão das imagens das RM-mp destes 51 doentes para reclassificação PI-RADS.

Palavras-chave: Cancro; Próstata; Ressonância; Biópsia; Fusão

Nº: 23

ENDOSCOPIC COMBINED INTRARENAL SURGERY (ECIRS) – UM NOVO PARADIGMA NO TRATAMENTO DA LITÍASE RENAL COMPLEXA?

Jorge Correia; Mariana Madanelo;
Bernardo Teixeira; Gonçalo Mendes;
André Marques Pinto; Diogo Nunes-Carneiro;
Avelino Fraga; Miguel Silva-Ramos; João Cabral;
Vitor Cavadas

Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: A nefrolitotomia percutânea (NLPC) é considerada actualmente o *gold standard* no tratamento da litíase renal volumosa e/ou complexa. Embora seja considerada uma técnica segura e eficaz, ainda é um procedimento desafiante que necessita de uma vasta experiência, e se associa a complicações específicas importantes. A cirurgia intrarrenal endoscópica combinada (ECIRS, *endoscopic combined intrarenal surgery*) combina a abordagem simultânea da NLPC com a ureterorenoscopia retrógrada, com o objectivo de tratamento num único procedimento, reduzindo a exposição à radiação, as complicações e o dano renal associados à NLPC.

Objectivos: Realizar uma análise da segurança e eficácia do ECIRS no tratamento da

urolitíase renal complexa e/ou múltipla.

Material e métodos: Foi efectuada uma análise retrospectiva das características demográficas, resultados perioperatórios e complicações de todos os doentes submetidos a ECIRS na nossa instituição entre Outubro de 2016 e Novembro de 2018. Todas as cirurgias foram realizadas com o doente em posição supina de Valdivia modificada (Galdakao), e a punção foi efectuada com controlo ecográfico e fluoroscópico, e auxílio endoscópico quando exequível.

Resultados: Foram intervencionados 54 doentes neste período, com uma média de idades de 52 ± 14 anos [28-80], sendo a maioria mulheres (72%, n=39). 6 doentes apresentavam alterações estruturais renais (11%), 2 tinham rim único (4%) e 1 doente tinha uma derivação urinária com ureterostomia cutânea (2%). 13 doentes estavam cate-terizados previamente com JJ (24%).

O tamanho mediano do cálculo foi de 38mm [IQR 31-554], com uma densidade média de 819 ± 291 HU. A maioria dos doentes intervencionados apresentava cálculos múltiplos ou coraliformes (63%; calicial 17%, piélico 18%, ureteral 2%), sendo que 2 foram intervencionados bilateralmente (4%).

A duração média da cirurgia foi de 128 ± 40 min, com recurso a litotricia pneumática (n=37), ultrassónica (n=7), LASER (n=8) ou extracção de cálculo com pinça (n=2). 80% dos procedimentos foram realizados através de um único acesso (n=43), havendo a necessidade de 2 acessos em 9 doentes (16%) e de 3 acessos em 2 (4%); o tamanho de acesso mais comumente utilizado foi de 17,5Fr (80%, n=43%). Não se registaram complicações intra-operatórias major. Foi colocada nefrostomia percutânea no final do procedimento em 24% dos doentes (n=13), que permaneceu colocada numa mediana de 2 dias [IQR 2-4]. 1 dos procedi-

mentos foi realizado sem qualquer derivação no final (*Totally tubeless*). A mediana de internamento foi de 3 dias [IQR 2-3]. A taxa de sucesso do procedimento (stone free rate, SFR), avaliada por TC aos 3 meses, foi de 63%, sendo que a maioria dos restantes doentes não foi submetido a novo procedimento por apresentar litíase residual sem indicação para tratamento cirúrgico (n=15, 75%). Verificou-se uma associação significativa entre SFR e o tamanho do cálculo ($p=0,034$) e a sua localização ($p=0,003$).

A complicação pós-operatória mais comum foi febre transitória sem repercussão clínica (n=9, 17%). A taxa de complicações $\geq$ grau 3 de Clavien foi de 2% (n=1), referente a uma fístula arteriovenosa com necessidade de angioembolização. A queda mediana de hemoglobina no pós-operatório foi de 1,3 gr/dL [0,6-2,4], sendo que apenas 2 doentes necessitaram de suporte transfusional (4%). Nenhuma das variáveis analisadas (sexo, IMC, diabetes mellitus, presença de catéter ureteral, anomalias estruturais, cálculos de estruvite, localização do acesso, número de acessos, tempo de cirurgia e tamanho do cálculo) se associou à ocorrência de complicações pós-operatórias.

Discussão/Conclusões: A ECIRS é uma técnica segura e eficaz, capaz de oferecer uma opção terapêutica adicional a doentes com litíase múltipla e complexa. Apesar de na nossa análise a SFR ser inferior à encontrada na literatura para esta técnica, o tamanho do cálculo e a sua complexidade foram superiores à maioria dos estudos, mantendo-se, contudo, uma baixa taxa de complicações.

RADIUM-223 IN METASTATIC PROSTATE CANCER: COMPARISON OF 2D AND 3D CULTURES

Nuno Tavares¹; Sandra Silva¹; Paulo Teixeira¹; Inês Marques^{1,2,3}; João Carvalho⁴; Hugo Antunes⁴; Edgar Tavares-da-Silva^{1,2,3,4}; Ana Salomé Pires^{1,2,3}; Ana Margarida Abrantes^{1,2,3}; Arnaldo Figueiredo^{1,2,3,4}; Maria Filomena Botelho^{1,2,3}

¹Biophysics Institute, Faculty of Medicine, University of Coimbra, Portugal; ²Institute for Clinical and Biomedical Research (ICBR) area of Environment Genetics and Oncobiology (CIMAGO), Faculty of Medicine, University of Coimbra, Portugal; ³CNC. IBILI, University of Coimbra, Portugal; ⁴Department of Urology and Transplantation, CHUC, Coimbra, Portugal

Nowadays, castration resistant prostate cancer is a stage of the disease that still presents a high mortality rate, although there are some therapy options to manage it, raising survival and providing more life quality to the patients. One of these options is the Radium-223, an alpha particle emitter radiopharmaceutical that has a positive effect on the increasing of overall survival of patients, while also lowering the risk of symptomatic skeletal events. The main objectives of this experimental work were to optimize and characterize a three-dimensional cell culture model in a prostate cancer cell line, and then assess the effects of the Radium-223 on the model.

In the first phase of the work, it was used the magnetic levitation method in order to form three-dimensional spheroids of PC3, using histochemical staining to study spheroid structure and viability, immunocytochemistry for protein expression and flow cytometry to learn about the culture's viability and cell death pathways. The effects of the Radium-223 irradiation were then studied by the SRB assay, to evaluate total protein content, and by Alamar Blue, to study cell proliferation.

The PC3 3D structures displayed a spherical

conformation and presented extensive necrotic and apoptotic zones, since the size of the spheroid was in the order of mm². Besides, the spheroids also exhibited different expression in some key proteins when compared with control cells cultured in monolayer, an important fact when testing cancer therapeutics.

After the irradiation of the spheroids with Radium-223, all doses tested presented a decrease compared to the control whether it was in total protein content or cell proliferation. The results also showed that the Radium-223 treatment exhibited a lower efficacy in the spheroids when compared with monolayer cells, which can be due to the fact that the three-dimensional structures are closer to mimicking the in vivo scenario, and so the cytotoxicity of the Radium-223 is decreased. Also, as alpha particles have low penetration ranges and the spheroid has a large size, the radiopharmaceutical might not be properly entering the three-dimensional structure.

Thereby, with this work it was possible to conclude that, as expected, the Radium-223 acts differently when tested in monolayer and in three dimensional cultures, as shown by the primary results obtained. Thus, it is very important to evaluate this and, in the future, other drugs or radiopharmaceuticals, using in vitro three dimensional spheroids before passing to in vivo studies, as they can function as a bridge between the two and give more information than standard two-dimensional cell culture.

Nº: 25

QUAL A MELHOR VIA DE ABORDAGEM DE CURA DO PROLAPSO DE ÓRGÃO PÉLVICO?

Mariana Medeiros; Frederico Ferronha;
Francisco Fernandes; Gil Falcão; Thiago Guimarães;
Rui Bernardino; Vanessa Andrade; Rita Tomás;
João Guerra; Luís Campos Pinheiro
Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central

Introdução: Num estudo epidemiológico, Olesen *et al* estimou que cerca de 11% das mulheres em algum momento da sua vida iriam ser submetidas a cirurgia de cura de prolapso de órgão pélvico (POP), e destas, cerca de 30% iriam necessitar de uma reintervenção por recorrência do prolapso.

Atualmente, existe grande controvérsia em torno dos materiais utilizados na cirurgia de cura de POP por via transvaginal e esta via de abordagem é cada vez mais restrita para casos complexos.

O Centro Hospitalar de Lisboa Central é um Centro de referência de Uroginecologia, onde são realizados inúmeros procedimentos cirúrgicos de cura de POP com rede por via transvaginal e por via laparoscópica.

Objectivo: Este estudo tem como objetivo comparar a eficácia da cura de POP por via transvaginal ou via laparoscópica (sacropromontofixação laparoscópica) utilizando rede, no que diz respeito a taxa de complicações, recorrência, reintervenção cirúrgica e grau de satisfação das doentes.

Material e métodos: Neste estudo foram avaliadas 102 doentes com POP, das quais 51 submetidas a cura por via transvaginal com rede e 51 a promontofixação laparoscópica com rede.

Todas as pacientes apresentavam prolapso do compartimento médio igual ou superior a 2, em associação ou não com prolapsos.

Resultados: A média de idades do grupo de pacientes submetidas a cura de POP por via transvaginal com rede foi superior, $71,85 \pm 1,074$ anos, quando comparada com o grupo de doentes submetidas a promontofixação laparoscópica.

As características demográficas da população encontram-se resumidas na tabela 1.

Em relação à taxa de recorrência, esta foi superior no grupo de doentes submetidas a tratamento por via vaginal em comparação com as doentes submetidas a promontofixação (18,4% vs 7,8%).

A taxa de complicações relacionadas com a rede foi também superiores neste grupo: duas doentes apresentaram erosão da rede (3,9%) e por essa razão foram submetidas a nova cirurgia. Não houve complicações relacionadas com a rede no grupo de doentes submetidas a promontofixação.

No entanto, a taxa de complicações intra-operatórias foram superiores nas doentes submetidas a promontofixação. Houve 4 casos de rotura iatrogénica da bexiga com rafia em dois planos. Houve também um caso de fistula vesico-vaginal submetido a cirurgia posteriormente.

Discussão/Conclusão: O número reduzido de doentes foi uma limitação deste estudo.

A definição de recorrência estabelecida também pode ter sido a causa da taxa de recorrência encontrada ser superior a outros estudos. Além disso, a classificação POP-Q não foi utilizada, o que reduz a objectividade do estudo.

Em conclusão, a escolha da via de abordagem deve sempre ser avaliada em cada caso específico.

ABOBOTULINUM TOXIN A INJECTION AND MID-URETHRAL SLING OR BULKING AGENT AT THE SAME SURGICAL TIME FOR TREATMENT OF MIXED URINARY INCONTINENCE. CONTROVERSIAL TREATMENT? SAFE? EFFECTIVE?

Mariana Medeiros; Frederico Ferronha; Francisco Fernandes; Vanessa Andrade; Gil Falcão; Thiago Guimarães; Rui Bernardino; Rita Tomás; João Guerra; Luís Campos Pinheiro
Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central

Introduction: Urinary incontinence (UI) is an extremely common pathology, mainly on the female gender. About one-third of women with UI have Mixed Urinary Incontinence (MUI) with symptoms of both Stress Urinary Incontinence (SUI) and UUI (Urgency Urinary Incontinence), and this becomes more common with increasing age. In terms of evidence base, many studies include patients with MUI, but is rare for these studies to provide a separate analysis of patients with MUI.

The European guidelines suggest the treatment of most bothersome symptoms first in patients with MUI, however, without significant levels of evidence.

The objective of this work consists in verifying the surgery efficiency of the bladder injections of abobotulinum toxin A combined with mid-urethral sling or injection of a urethral bulking agent at the same surgical time for the mixed urinary incontinence, performed between 2012 and 2018.

Materials and methods: 135 clinical records of patients that were submitted to a urinary incontinence surgery were analysed between January 2012 and January 2018, and from these, only female patients that undergone urgency-predominant mixed urinary incontinence surgery were selected.

The procedure consisted in administering abobotulinum toxin A (500 U) on 20 points of

bladder wall above the trigone. This method was applied in 40 patients alone. Another 11 patients were submitted to the aforementioned treatment combined with mid-urethral sling and finally a third group of 10 patients that were submitted to abobotulinum toxin A injection combined with urethral bulking agent.

All patients had urgency urinary incontinence refractory to conservative therapy (such as pelvic floor muscle training and/or drug treatment).

To evaluate the satisfaction grade, patients completed a 10-point satisfaction questionnaire (scale 0–10) answering the question “How satisfied are you with the outcome of your treatment?” and “For how long, in months, did you feel better symptoms after being submitted to this treatment?”

Results: The demographic characteristics of the study are summarised in Table 1 and operative outcomes in Table 2. Mean follow-up was 49 months (± 34);

4 patients within the group undertaking treatment with abobotulinum toxin A only, have shown surgical premature complications, UTI, being medicated with directed antibiotherapy, without other occurrences. In the group of patients submitted to abobotulinum toxin A injection combined with mid-urethral sling, there was a case of episodic pelvic pain as a postoperative complication.

Of all the three groups, none of the patients required clean intermittent catheterisation.

All the treatments were proven to be efficient by the reduction of daily pads ($p < 0.05$), however the satisfaction rate, on a scale from 0 up to 10, was bigger in the abobotulinum toxin A with mid-urethral sling group $7,27 \pm 1,07$.

This group also shown more efficiency longevity according to the patient's questionnaire, $22,182 \pm 5,480$ months.

Discussion and conclusions: The satisfaction rate of the group abobotulinum toxin A with mid-urethral sling might be linked to the less amount of pads after procedure, hence the improvement of patient's symptoms being experienced for longer periods of time. We also have to be mindful that this group was the youngest. The fact the mid-urethral sling is able to treat the SUI component, might benefit the surgical outcome in the treatment of mixed urinary incontinence. Regarding SUI, studies report collagen injections showed less efficiency but equivalent levels of satisfaction and fewer serious complications compared to procedures with mid-urethral sling. In our study, the bulking agent group had no further surgical complications, however, the satisfaction rate was lower. The main limitation of this study is associated with the relatively small universe of participants represented here, but also because of the retrospective and ambiguous nature of the study, as its efficiency was assessed by the patients.

Nº: 27

CYSTITIS GLANDULARIS, WHEN ENDOUROLOGY IS NOT ENOUGH

Margarida Manso; Luís Vale; André Silva;
Paulo Dinis-Oliveira

Centro Hospitalar Universitário São João - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introduction: Cystitis glandularis is a rare proliferative process of the bladder epithelium, of unknown etiology, although there are some reports of association with chronic inflammation by recurrent urinary tract infections (UTI), indwelling catheters or chronic obstruction. Despite being usually benign, it is not clear if, in some cases, a transformation into adenocarcinoma may occur. Cystitis glandularis main manifestations' are hematuria and storage voiding symptoms, however it may lead to upper urinary tract dysfunction

when the lesions themselves are obstructive. Treatment includes the resolution of the inflammatory condition, and transurethral resection of the bladder (TURB) is generally the only surgical approach required.

Objective: Here we present a case-report of a patient with cystitis glandularis, in which TURB was not enough to achieve symptomatic and functional control.

Materials and methods: Review of the patient clinical file.

Results/Case-report: A 51-year-old woman was referred to Urology with suspicion of bladder cancer. She had history of recurrent UTI, and hematuria of 4 months duration. She also referred a weight loss of 13Kg in 6 months. Despite having a normal kidney function, the computerized tomography (CT) she brought revealed a bladder neoformation with infiltrative characteristics, causing bilateral hydronephrosis. Cystoscopy was not performed and the patient was inscribed to TURB. During TURB, multiple sessile lesions involving the whole bladder were observed, with incomplete resection due to extension of the lesions. The histological report was negative to malignancy, concluding it was a chronic cystitis with appearance of cystitis glandularis. After TURB, the patient kept the episodes of hematuria, referring urgency. In postoperative CT, there still was bilateral hydronephrosis and a renogram confirmed obstruction. It was conducted a new TURB without symptomatic and functional resolution and, with a slight worsening of kidney function, the patient was proposed to cystectomy with an ileal neobladder reconstruction. The histopathological examination confirmed cystitis glandularis.

Discussion and conclusion: Clinical symptoms and macroscopic appearance of cystitis glandularis can, erroneously, lead to the diagnosis of bladder cancer. Early resection of the lesions and subsequent histological

analysis exclude the presence of malignancy, and in some cases is enough to provide relief of the symptoms. In these situations, as future malignant potential is controversial, is not possible to exclude surveillance with cystoscopy. Nevertheless, in this case, neither the symptoms nor the upper tract dysfunction were reversible with TURB, and a cystectomy was required, achieving full normalization of kidney function.

Nº: 28

TUMOR DO ESTROMA DE POTENCIAL MALIGNO INCERTO (STUMP) PROSTÁTICO – O DESAFIO DA ABORDAGEM

João Lemos Almeida; Helena Correia;
Carolina Ponte; José Palma dos Reis; Tomé Lopes
Serviço de Urologia, Hospital de Santa Maria (CHULN)

Introdução: Os tumores do estroma de potencial maligno incerto (STUMP) prostáticos são neoplasias muito raras e apresentam-se num espectro alargado de padrões histológicos e comportamentos clínicos. Vão desde massas indolentes que não progridem, a outras que recorrem frequentemente após ressecção e ainda a tumores que crescem de forma agressiva e metastizam.

Objetivos: Contribuir com a descrição de um caso de STUMP prostático para aumentar informação disponível que é fundamental para melhorar os cuidados e desenvolver linhas orientadoras.

Material e métodos: Descrevemos o caso de um doente que apresentou um STUMP prostático com características clínicas de agressividade que foi tratado com prostatectomia radical.

Resultados: Um homem de 68 anos com HBP, próstata de 170cc e litíase vesical foi submetido a prostatectomia aberta (operação de Millin) e cistolitotomia. O PSA pré operatório era de 4,8ng/dL e uma biópsia prostática sistemática prévia tinha sido negativa para neoplasia. Apesar de intraoperatoriamen-

te a próstata se apresentar estranhamente assimétrica, com um abaulamento anterior, o procedimento decorreu dentro da normalidade, sem complicações. A análise anatomopatológica da peça revelou um STUMP composto por uma proliferação de células fusiformes, com atipia degenerativa dispersa e um padrão mixóide parcial, positivo para CD34 e actina de músculo liso e negativo para desmina e Bcl-2. Não havia necrose. Foi realizada uma RM multiparamétrica 3 meses depois que revelou uma massa de 4 x 4 x 2 cm que se estendia anteriormente desde o apex até à base da próstata. Apresentava características imagiológicas de agressividade, nomeadamente restrição à difusão, captação de contraste e perda de plano de clivagem com a bexiga. Dadas as características de agressividade, velocidade de crescimento da massa e a possibilidade de sarcoma do estroma prostático, foi decidido realizar prostatectomia radical. Foi necessário realizar uma excisão alargada do colo. A análise anatomopatológica revelou um STUMP com as mesmas características histológicas da peça prévia, que permeava o colo vesical. O PSA tornou-se indetectável no pós operatório e 2 anos depois o doente permanece livre de recorrência em RM.

Discussão/Conclusões: O STUMP prostático é um tumor muito raro de comportamento clínico imprevisível. Recorre frequentemente após ressecção e existem casos descritos de comportamento maligno com doença metastática e desenlace fatal. Pode sofrer desdiferenciação ou coexistir com sarcoma do estroma prostático. Apesar de não existirem linhas orientadoras, dada a raridade e escassez de informação sobre o seu curso clínico, estes doentes devem ser alvo de uma vigilância apertada e o tratamento radical deve ser considerado quando a doença demonstrar comportamento clínico agressivo.

EMBOLIZAÇÃO SELETIVA URGENTE DE ANGIOMIOLIPOMA HEMORRÁGICO

João Lemos Almeida; Sérgio Pereira; Afonso Castro; Helena Correia; Tomé Lopes

Serviço de Urologia, Hospital de Santa Maria (CHULN)

Introdução: Os angiomiolipomas (AML) renais são a neoplasia mesenquimatosa renal mais comum. Cerca de 80% dos casos são esporádicos estando os restantes associados ao complexo esclerose tuberosa (tuberous sclerosis complex - TSC). O TSC é uma doença genética autossómica dominante rara com manifestações multissistémicas variáveis, caracterizada pela formação de hamartomas. 60-80% dos doentes com TSC desenvolvem AML renais que frequentemente complicam com hematúria podendo também manifestar-se por hemorragia retroperitoneal, ameaçadoras da vida. Em 2-4% dos doentes surgem carcinomas de células renais.

Objectivos: Demonstrar o papel da embolização arterial no tratamento urgente de AML em hemorragia activa

Material e métodos: Descrevemos o caso de uma doente com esclerose tuberosa e AML renal volumoso complicado de hemorragia activa, submetida a tratamento minimamente invasivo através de embolização arterial seletiva.

Resultados: Uma mulher de 39 anos com antecedentes de esclerose tuberosa foi admitida no Serviço de Urgência, transferida de outra instituição, com o diagnóstico em TC de hematoma perirrenal direito em relação com AML complicado de hemorragia e com informação de queda de hemoglobina de 10,9 para 9,8gr/dL em 12h. A doente descreveu um quadro de dor abdominal com 2 semanas de evolução, agravada nesse dia com localização ao flanco/ região lombar direita, acompanhada de náuseas, sem outros sintomas associados e sem hematúria. Apresentava-se

hemodinamicamente estável e com 10gr/dL hemoglobina à entrada. Manteve-se sob vigilância e realizou TC de controlo no dia seguinte que revelou um angiomiolipoma com 8 cm de maior eixo no polo superior do rim direito, com sinais de hemorragia activa por ruptura de falso aneurisma com cerca de 3 cm de diâmetro. A lesão vascular tinha origem num ramo polar superior da artéria renal direita. Havia um volumoso hematoma perirrenal, de dimensões superiores ao exame prévio. Observavam-se ainda múltiplos outros nódulos compatíveis com AML de pequenas dimensões em ambos os rins. A doente foi assim submetida a arteriografia renal direita por via femoral e embolização com múltiplos coils do pseudoaneurisma e da artéria que o alimentava, de forma selectiva. O procedimento foi bem sucedido, no entanto, por dúvidas relativas a possível agravamento da ruptura do pseudoaneurisma durante o mesmo, realizou-se TC que demonstrou ausência de expansão do hematoma. Houve necessidade de drenagem de um derrame pleural reactivo que condicionava atelectasia do lobo inferior direito. O restante internamento decorreu sem complicações. 2 anos depois a doente encontra-se clinicamente assintomática, sob vigilância imagiológica, com estabilidade das restantes lesões descritas.

Discussão/Conclusões: O AML é um tumor benigno cuja complicação mais frequente é a hemorragia, muitas severa e ameaçadora da vida. O tratamento de primeira linha da hemorragia aguda é a embolização arterial do tumor. Quando bem sucedida permite controlar a hemorragia com maior probabilidade de preservação do rim, nem sempre possível em cirurgia de urgência. Este aspecto é particularmente importante em doentes com TSC passíveis de complicações futuras no rim contralateral.

RECONSTRUÇÃO PÉLVICA TOTAL DE CLOACA SEQUELAR A TRATAMENTO DE NEOPLASIA GINECOLÓGICA

Pedro Simões de Oliveira; Francisco Martins;
Anthony Mundy; Stella Ivaz; Tomé Lopes
Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte; Urology department, University College London Hospitals

Introdução: Fístulas pélvicas constituem uma patologia pouco frequente, resultando, a maioria, de complicações obstétricas. Outras etiologias possíveis são: neoplasia, radioterapia, cirurgia, infecção/inflamação crônicas ou necrose isquêmica resultante de dispositivos intrauterinos.

O diagnóstico clínico e complementar por endoscopia e métodos de imagem é relativamente simples a padronizado. No entanto, são de realçar a uretrocistografia e a RM pélvica ou TC pélvica com reconstrução 3-D para delinear a estratégia reconstrutiva com maior acuidade.

Objetivos: Apresentar um caso de uma doente com antecedentes de neoplasia ginecológica cujo tratamento resultou em extenso trajeto fistuloso recto- e vesico-vaginal, originando uma cloaca, que foi tratada cirurgicamente com reconstrução pélvica total.

Material e métodos: Mulher de 38 anos com carcinoma do colo do útero, submetida a quimioterapia e radioterapia neoadjuvantes e histerectomia radical. Aos 4 quatro meses após cirurgia, desenvolve trajeto fistuloso com 24 mm de largura, entre a bexiga e a vagina, e 6 mm entre a vagina e o reto. Foi submetida a colocação nefrostomias bilaterais e realizou-se colostomia derivativa.

Um ano depois, foi submetida a reconstrução pélvica total, através de laparotomia com incisão mediana. Procedeu-se a cistostomia anterior com identificação do trajeto fistuloso e posterior ressecção do mesmo com o tecido

fibrótico circundante. Realizou-se cistectomia e vaginectomia parciais de necessidade. Posteriormente, realizou-se retosigmoidectomia segmentar com anastomose retosigmoidéia primária.

Procedeu-se a mobilização do grande epíplon com laqueação dos vasos epiploicos seguida de omentoplastia pélvica. Posteriormente, mobilizou-se o cólon transverso sendo dividido em 2 segmentos ($2/3 + 1/3$), seguido de colocostomia primária entre os cólons ascendente e descendente, com preservação do mesocólon. $1/3$ do cólon transverso foi usado para reconstrução da vagina e $2/3$ para enterocistoplastia de aumento. Ambos ureteres foram mobilizados, sendo o esquerdo transposto para o lado direito seguido de realização de ureteroneocistostomia segundo técnica de Wallace.

Finalmente, procedeu-se a realização de nova colostomia em ansa e encerramento da parede abdominal por planos.

Resultados: Três semanas após a cirurgia foi realizada uretrocistografia com identificação de imagem sugestiva de pequena fuga de contraste entre a bexiga e a vagina. Retiram-se cateteres ureterais, mantendo-se a punção suprapúbica. Três semanas mais tarde foi realizada nova uretrocistografia, sem evidência de qualquer fuga, tendo-se retirado cateter suprapúbico. Aos 7 meses foi realizada RMN pélvica, sem evidência de trajetos fistulosos.

Atualmente aguarda encerramento de colostomia, sem evidência de trajetos fistulosos, sem hidronefrose, RPM nulo e incontinência urinária de esforço ligeira.

Discussão/Conclusões: Fístulas pélvicas genitourinárias e vesico-intestinais têm um grande impacto na qualidade de vida das doentes, incluindo a esfera sexual e emocional. A sua correcta abordagem pode associar-se a uma taxa de sucesso de 100%. Na

abordagem cirúrgica é fundamental respeitar premissas básicas, como ressecção do trajeto fistuloso, encerramento por planos, adequada interposição de tecidos, principalmente após radioterapia, e drenagem urinária e fecal temporárias.

Nº: 31

PROSTATE CANCER WITH CRIBRIFORM PATTERN: EXCLUSION CRITERION FOR ACTIVE SURVEILLANCE?

Rui Miguel Bernardino; Rita Carvalho; Marta Alves; Luis Severo; Ana Luisa Papoila; Luis Campos Pinheiro
Urology Department, Central Lisbon Hospital Center, Lisbon, Portugal; Pathology Department, Central Lisbon Hospital Center, Lisbon, Portugal; Epidemiology and Statistics Unit, Research Center, Central Lisbon Hospital Center, Lisbon, Portugal; CEAUL (Center of Statistics and its Applications), University of Lisbon, Lisbon; NOVA Medical School, Universidade NOVA de Lisboa, Lisbon, Portugal

Introduction: Following the 2014 International Society of Urological Pathology meeting, a rapidly growing body of evidence by several researchers has been demonstrating a poor prognosis in association with cribriform morphology. The aim of our study is to describe the cribriform foci on the RP specimens, and to evaluate whether demographic and clinical characteristics are associated with the presence of cribriform pattern.

Materials and methods: This cohort study was based in 70 radical retropubic prostatectomies specimens collected between 2012 and 2016 and evaluated the association of the cribriform pattern with age, prostate-specific antigen at surgery day, Gleason on biopsy, Gleason after radical prostatectomy, extracapsular extension, vesicles invasion, margins, multiparametric magnetic resonance imaging, and post-operative radiotherapy. **Results:** From the univariable analysis, biochemical prostate-specific antigen recurrence ($p=0.001$), extracapsular extension

($p=0.003$), pre-operative prostate-specific antigen ($p=0.017$), vesicles invasion ($p=0.038$) and post-operative radiotherapy ($p<0.001$) showed an association with the presence of cribriform pattern. There was also a significant difference with cribriform pattern and Gleason 7 in needle biopsy ($p=0.020$) and with cribriform pattern and Gleason 8 or 9 in radical prostatectomy specimen ($p=0.036$).

Conclusions: In our study, the increase in preoperative prostate-specific antigen had a high association with cribriform pattern. Further evidence is needed to discriminate preoperative prostate specific antigen values that might potentially be associated with the presence of cribriform pattern. Raising our knowledge about the cribriform pattern can be an excellent opportunity to correctly identify and treat patients who will eventually die from prostate cancer, sparing treatment in those who will not.

Nº: 32

PARAFINOMA DO PENIS

Duarte Vieira e Brito; Mário Lourenço; Ricardo Godinho; Amílcar Sismeiro
Instituto Português de Oncologia Coimbra

Homem português de 50 anos, saudável, com antecedente de injeção de parafina no pénis 30 anos antes, é referenciado a consulta de urologia por volumosa massa na base do pénis, ulcerada e endurecida, provocando evidente deformidade do pénis e dor. Doente foi submetido a biópsia da lesão que objetivou uma lesão granulomatosa benigna, tendo sido submetido a excisão da massa e plastia do pénis com retalho escrotal bipediculado no mesmo tempo operatório. O exame histológico confirmou o diagnóstico de parafinoma. Após 3 meses da cirurgia, doente satisfeito com resultados funcionais (dinâmica miccional e capacidade erétil) e estéticos. O parafinoma peniano é uma doença muito

rara (mais comum na Ásia e Europa de Leste) e resulta da resposta inflamatória secundária à injeção subcutânea de parafina, vaselina ou outros óleos minerais. O tratamento habitualmente é cirúrgico.

Nº: 33

SEGUIMENTO PÓS-NEFRECTOMIA DO CARCINOMA DE CÉLULAS RENAI LOCALIZADO – UM PARADIGMA EM MUDANÇA?

Primeiro autor: Andreia Cardoso¹;

Co-autores: Lorenzo Marconi; Arnaldo Figueiredo^{1,2}

¹Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra;

²Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Introdução: A incidência do carcinoma de células renais (CCR) localizado tem vindo a aumentar nos últimos anos, estimando-se que cerca de 20-30% dos doentes desenvolverão recidiva neoplásica após tratamento cirúrgico. O objetivo primordial do seguimento pós-nefrectomia é o diagnóstico precoce da recidiva, enquanto ainda seja potencialmente curável, contudo, nenhum protocolo de vigilância demonstra maior benefício de sobrevivência que os restantes, não existindo um universalmente aceite.

Objetivos: Analisar a nossa estratégia de seguimento destes doentes e as recidivas detetadas.

Material e métodos: Neste estudo transversal incluímos os doentes com CCR localizado submetidos a nefrectomia entre 01/01/2006 e 31/12/2011 no Serviço de Urologia e Transplantação Renal dos Hospitais da Universidade de Coimbra (SUTR-HUC). Estratificámos os doentes de acordo com as categorias de risco de Leibovich, e analisámos o seguimento efetuado no SUTR-HUC e as recidivas detetadas desde a cirurgia até 31/03/2016, recorrendo a: processos clínicos do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Plataforma de Dados da Saúde e Registo Nacional

de Utentes. Registámos o número e tipo de exames imagiológicos realizados até à deteção de recidiva, quando aplicável, e considerámos as recidivas com 3, ou menos, metástases num único local como doença “potencialmente curável” (PC), e as restantes como “provavelmente incurável” (PI).

Resultados: Durante o seguimento pós-nefrectomia no SUTR-HUC, os doentes de baixo risco de Leibovich (n=98) realizaram uma mediana de 4 ecografias abdominais e renais, 2 radiografias torácicas e 2 TC abdominais e renais, em 59,31 meses de seguimento médio. Os doentes de risco intermédio (n=50) realizaram, em 57,24 meses, uma mediana de 4 ecografias, 2,50 radiografias, e 2 TC, respetivamente, enquanto que os doentes de alto risco (n=23), em 29,26 meses, terão realizado 1 exame de cada tipologia. No global, detetaram-se 30 recidivas, sendo a taxa de recidiva para os tumores de baixo, intermédio, e alto risco de Leibovich de 7,7%, 13,7% e 60,0%, respetivamente ($p < 0,001$). Nos CCR de baixo risco 75,0% das recidivas foram PC, enquanto que nos de risco intermédio e alto, 71,4% e 80,0% foram PI, respetivamente. Identificaram-se dois picos de incidência das recidivas: no 1º ano de seguimento (n=12, 40% das recidivas), e entre o 4º e 6º anos (n=13, 43%). O tempo médio até ao diagnóstico dos 10 casos de doença PC foi de 42,60 meses, sendo de 21,16 meses na doença PI.

Discussão/Conclusões: Realizaram-se menos exames imagiológicos de seguimento que os esperados segundo as EAU RCC Guidelines 2014, verificando-se as maiores diferenças nos exames torácicos e nos doentes de alto risco. Sendo o pulmão o principal local de metastização e os tumores de alto risco os que mais recidivam, não descartamos que a utilização de esquemas de seguimento menos intensivo possa explicar, em parte, a

baixa taxa de recidivas obtida, devido a um eventual sub-diagnóstico das mesmas. Os CCR de baixo risco de Leibovich recidivaram menos, mais tardiamente e associaram-se sobretudo a lesões “potencialmente curáveis”, o que nos leva a reforçar o interesse em manter um seguimento regular neste subgrupo de doentes, questionando até se a sua vigilância não deveria ser mais prolongada que os 5 anos propostos pela maioria das linhas de orientação. Por outro lado, questionamos se o seguimento apertado do CCR de alto risco será benéfico atualmente, já que as suas recidivas apresentam reduzida probabilidade de cura.

Nº: 34

HÁ ALGUMA VANTAGEM NA REALIZAÇÃO DE UMA ECOGRAFIA PENIANA COM DOPPLER?

Afonso Morgado^{1,2}; Paulo Dinis^{1,3}; Carlos Silva^{1,3}

¹Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário São João, Porto; ²Departamento de Biomedicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto; ³Departamento de Cirurgia e Fisiologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto

Introdução: A disfunção erétil (DE) é uma doença prevalente com cerca de 26% do homens Portugueses com mais de 60 anos a queixarem-se de problemas de ereção. No estudo diagnóstico especializado da DE pode ser necessária a realização de um teste de injeção intra-cavernosa (TII) ou de uma ecografia peniana com doppler (EPD). O nosso objetivo primário foi comparar o valor prognóstico do TII e da EPD tendo em conta a eficácia do tratamento e a satisfação dos doentes com o tratamento de primeira linha com sildenafil citrato.

Material e métodos: Após 200 doentes referenciados por DE pelos cuidados de saúde primários serem rastreados, um total de 77 doentes com DE foram incluídos e realizaram

um EPD de forma protocolada por uma terceira parte com dupla ocultação para o objetivo do estudo. A velocidade de pico sistólica (PSV), o fluxo diabólico (EDV) e o índice de resistência (RI) foram registados em intervalos regulares. A escala Erection Hardness score (EHS) foi utilizada para classificar a rigidez peniana durante o teste, e também foi registada. Os participantes preencheram o questionário *briefed international index of erectile function* (IIEF-5) e iniciaram o tratamento com sildenafil citrato 100 mg on demand. Os questionários IIEF-5 e *Erectile Dysfunction Inventory of Treatment Satisfaction* (EDITS) foram repetido e preenchido aos 6 meses de seguimento, respetivamente. Melhoria, cura e satisfação foram definidos como um aumento de 4 pontos no IIEF-5, um IIEF-5 superior a 21 pontos e um EDITS superior a 50, respetivamente. Curvas *receiver operating characteristic* (ROC) foram desenhadas e as áreas sob a curva calculadas e comparadas.

Resultados: A idade média dos doentes era 58.76 ± 10.27 anos e quase metade dos doentes tinha uma DE moderada tendo em conta o IIEF-5 (42.8%). As taxas de melhoria, cura e satisfação foram altas entre os participantes (77.9%, 64.9%, and 67.5%, respetivamente). A rigidez peniana avaliada pelo EHS mostrou uma boa a excelente capacidade para prever melhoria, cura e satisfação (AUC= 0.921, 0.873, and 0.898, respetivamente) dos doentes tratados com sildenafil citrato. O EHS mostrou ter uma AUC maior ou igual ao PSV, EDF, ou RI para prever melhoria, cura e satisfação com sildenafil citrato.

Conclusão: Assim, não parece haver vantagem prática na realização de mais do que um TII quanto a uma avaliação diagnóstica especializada é necessária por motivos diagnóstico ou medico-legais, já que o EPD requer mais tempo, hardware e técnica de ecografia sem valor prognóstico acrescido. Os parâme-

tros da EPD não acrescentam valor prognóstico à determinação da rigidez peniana durante um TII. Assim, a rigidez peniana durante um TII avaliada pelo EHS é suficiente como ferramenta de prognóstico.

Nº: 35

URETROPLASTIA FEMININA COM ENXERTO DE MUCOSA VAGINAL TIPO *DORSAL ONLAY*: DESCRIÇÃO DE TÉCNICA CIRÚRGICA

João Lemos Almeida; Francisco Martins;

Paulo Pé Leve; Tomé Lopes

Serviço de Urologia, Hospital de Santa Maria (CHULN)

Introdução: A estenose da uretra feminina é uma entidade rara, que pode causar LUTS marcados e ter um impacto muito significativo na qualidade de vida. Apenas 10% das mulheres com obstrução no esvaziamento têm verdadeira estenose (“anatômica”) da uretra. Tradicionalmente, são tratadas com dilatação. Este método tem, no entanto, um sucesso limitado, com recidivas frequentes e precoces. São necessários múltiplos procedimentos que por sua vez agravam a estenose levando a maior fibrose. A literatura sobre a uretroplastia feminina é escassa e refere-se a um conjunto procedimentos infrequentes, com os quais poucos urologistas estão familiarizados. Descrevem-se técnicas como meatoplastia, uso de retalhos ou enxertos livres de mucosa vaginal ou oral para reconstruir a áreaestenótica.

Objetivos: Descrever uma técnica de uretroplastia feminina com recurso a enxerto livre de mucosa vaginal tipo *dorsal onlay*.

Material e métodos: Relato de um caso clínico de uma mulher com estenose da uretra submetida a uretroplastia, com descrição detalhada da técnica cirúrgica.

Resultados: Mulher de 53 anos com história de LUTS de esvaziamento com mais de 10 anos de evolução, diversos episódios de retenção urinária aguda e múltiplas dilatações uretrais. Sem antecedentes relevantes além

de um parto instrumentado e episiotomia. Referia principalmente LUTS de esvaziamento com marcado impacto na qualidade de vida. O diário miccional revelou polaquiúria praticamente horária, muitas vezes acompanhada de urgência miccional. O Qmax era de 1,8mL/s e o resíduo pós miccional de 180mL. Após dilatação progressiva da uretra, realizou-se uma uretroscopia que demonstrou mucosa uretral esbranquiçada compatível com estenose fibrótica. Dada a sua extensão optou-se por uma uretroplastia com enxerto de mucosa vaginal tipo *dorsal onlay*. A cirurgia consistiu em:

- 1 - Incisão semilunar suprameática.
- 2 - Dissecção do plano entre a uretra dorsal e os corpos do clitóris com auxílio de hidrodisensão, até ao limite da estenose.
- 3 - Uretrotomia dorsal mediana, incluindo toda a estenose até encontrar uretra sã.
- 4 - Colheita um enxerto de mucosa vaginal com a dimensão adequada (4x1,5cm) e encerramento do defeito.
- 5 - Anastomose do enxerto ao bordo proximal da uretrotomia.
- 5 - Sutura dos limites laterais do enxerto aos bordos da uretra espatulada com suturas contínuas, desde a extremidade proximal até ao meato uretral, incluindo tecido periuretral para obter fixação adequada.
- 6 - Realização de suturas medianas de *quilting* para garantir boa aposição do enxerto.
- 7 - Reconstrução do meato uretral com sutura com pontos separados do bordo distal do enxerto ao bordo da incisão semilunar.
- 8 - Cateterização da uretra com sonda vesical 20Fr (que se manteve durante 2 semanas) e *Packing* vaginal (durante 24h).

A avaliação pós operatória revelou remissão completa da clínica de LUTS, Qmax de 23mL/s e resíduo pós miccional desprezável. Um ano após o procedimento a doente mantém-se assintomática e sem recidiva da estenose.

Discussão/Conclusões: A abordagem da estenose uretral feminina deve ser semelhante à da masculina. A uretroplastia apresenta elevadas taxas de cura e deve ser o procedimento de eleição perante recorrência da estenose após dilatação. A escolha da técnica mais adequada depende da localização e da extensão da estenose. Enquanto que estenoses curtas e distais poderão ser tratadas com meatoplastia ou plastia de Heineke-Mikulicz, estenoses mais extensas e proximais requerem o uso de flaps ou enxertos. Neste caso, dado comprimento da estenose, decidiu-se pelo uso de um enxerto. A abordagem dorsal confere acesso a um leito tecidual de fixação mais resistente e vascularizado. Optou-se pela utilização de mucosa vaginal pela qualidade que esta apresentava e perante o fácil acesso e menor invasividade relativamente à colheita de mucosa oral, com um excelente resultado funcional. Estudos com maior seguimento são necessários para avaliar os resultados a longo prazo e o efeito da menopausa neste tipo de enxertos.

Nº: 36

COMPLICAÇÃO TARDIA DE CISTOPLASTIA DE AUMENTO

António Modesto Pinheiro; André Barcelos;
Cisaltina Sobrinho; Fernando Ribeiro; Fernando Ferrito
Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca EPE

Introdução e objetivos: A cistoplastia de aumento é uma cirurgia recomendada para bexigas de baixa compliance, de baixa capacidade e hiperatividade do detrusor. Atualmente está em decréscimo, devido à maior disponibilidade de outros tratamentos menos invasivos, sendo a sua utilização limitada aos casos refratários.

Esta cirurgia está associada a complicações, destacando-se as complicações do equilíbrio hidro-electrolítico e as gastrointestinais. Outra complicação menos conhecida e estudada, é o risco do desenvolvimento de neoplasias.

Neste trabalho reportamos um caso raro de neoplasia após cistoplastia de aumento e revemos a literatura existente sobre o tema, tendo em conta o diagnóstico e o prognóstico.

Métodos: Foi consultado o processo clínico e lâminas histológicas de um doente diagnosticado com tumor na cistoplastia de aumento durante o ano de 2019 no Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca, EPE.

Resultados: Um homem de 75 anos, foi referenciado à consulta de Urologia por duas massas diagnosticadas por TC envolvendo a ileocistoplastia. De antecedentes pessoais destaca-se nefroureterectomia esquerda e ileocistoplastia de aumento por tuberculose genito-urinária há 53 anos. O doente posteriormente não manteve seguimento em Urologia. De clínica refere febre vespertina, anorexia, perda ponderal de 10% do peso em 2 meses e dor abdominal nos quadrantes inferiores.

Dos exames complementares no TC, destacam-se duas massas nodulares contactando com a vertente superior da ileocistoplastia, ureterohidronefrose direita e múltiplos nódulos pulmonares suspeitos de metastização. Na cistoscopia destaca-se proclividade da parede posterior em provável relação com compressão extrínseca, sem outras alterações de relevo.

O doente teve de intercorrência um episódio de suboclusão intestinal por crescimento de nodulos com compressão de ansas e distensão a montante.

O doente foi discutido em reunião multidisciplinar e submetido a laparotomia exploradora com identificação de tumor da vertente superior da ileocistoplastia com extensão e invasão do músculo grande recto anteriormente e de outras ansas ileais posteriormente. A destacar ainda a existência de carcinomatose peritoneal e de um implante tumoral no colon sigmóide. O doente foi submetido a excisão em bloco de peça de ileocistoplastia com

prostatectomia e ureterectomia distal juntamente com ansas ileais invadidas adjacentes assim como de ressecção segmentar de massa da sigmoide. Foi realizada ainda remoção de depósitos múltiplos de carcinoma-tose peritoneal. De reconstrução foram realizadas duas anastomoses manuais ileo-ileais e colono-colônica e de derivação urinária foi realizada ureterostomia cutânea direita.

No pós-operatório teve uma excelente recuperação, tendo alta 7 dias após a cirurgia, com o trânsito intestinal reestabelecido e com urostomia funcionante.

Na análise da anatomia patológica relata-se adenocarcinoma do tipo intestinal da ansa ileal da cistoplastia de aumento, não invadindo a bexiga nativa. A neoplasia é de baixo grau, do tipo convencional, contudo no estadiamento é um pT4b N0 M1c R1 por invasão da margem radial anterior.

Foi discutido em reunião multidisciplinar e atualmente encontra-se em seguimento a realizar quimioterapia adjuvante com FOL-FOX.

Discussão: As neoplasias são uma complicação conhecida embora rara e pouco estudada após a cistoplastia de aumento. O tempo de latência descrito varia entre 4 a 53 anos. Frequentemente desenvolve-se na anastomose entero-vesical e está associado a utilização do colon sigmoide. O prognóstico é mau sendo frequentemente a causa de morte. Outro ponto relevante é a falência no seguimento destes doentes, com o diagnóstico tardio e em estádios avançados destas neoplasias.

Conclusão: Este tipo de neoplasia é raro, contudo é uma complicação conhecida a que devemos estar atentos. Deve-se manter o seguimento destes doentes em consulta por forma a tentar o diagnóstico precoce de tal complicação devido ao mau prognóstico associado à mesma.

Nº: 37

TREATMENT OF STRESS URINARY INCONTINENCE WITH SINGLE-INCISION SLINGS – MAY IT BECOME A DYSFUNCTION ITSELF?

Margarida Manso; Francisco Botelho; Carlos Silva; Francisco Cruz

Centro Hospitalar Universitário São João, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introduction: *Stress urinary incontinence (SUI) is a prevalent condition, making even more relevant the scrutiny of its methods of treatment. When conservative management fails, surgery is the preferred option, with mid-urethral slings (MUS) being the recommended procedure to uncomplicated SUI. Although first and second generation MUS, inserted either by retropubic or transobturator approach, have been proven to be effective and with acceptable profile of complications in the long-term, the risk of bladder injury during retropubic approach and inguinal pain following transobturator route, have conducted to the development of a third generation MUS, the single-incision slings (SIS). As the short-term efficacy of SIS is similar to standard MUS and their peri-operative complications of SIS are possibly lower, in the long-term their value is still unproven. To clarify this statement, data from cohorts with longer follow-up time is relevant.*

Objective: *Here we analyze a SIS cohort with a median follow-up of 10 years.*

Materials and Methods: *A total of 172 women with predominant SUI were consecutively treated with a SIS (MiniArc) until 2013. From these, 115 (66.9%) were available for reevaluation in the second semester of 2018. The treatment success was defined as no reintervention and no self-reported SUI symptoms. Patient reported outcomes were assessed through the questionnaires Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) and*

Severity (PGI-S), and the question “would you repeat the surgery”. The adverse events were evaluated.

Results: The mean age at surgery was 51 years and median follow-up was 113 months. The overall treatment success was 46.1%. Forty-four women (38.3%) reported incontinence at reevaluation and 17 women had been reoperated, 14 (12.2%) due to the reappearance of SUI. Three (2.6%) of the reoperations were due to complications: acute urinary retention led to sling section in 2 women and in 1 the sling was removed due to vaginal exposure/erosion. De novo urgency appeared in 30.6% of the patients and it was managed with anticholinergic drugs with favorable outcomes. Among the 98 patients not submitted to a reintervention, when responding to PGI-I, 63.3% stated that they were much better or very much better. In 17.4% some improvement was still found. Only 3% declared they were much worse or very much worse. In the PGI-S, the continence problem was normal or mild in 71.4% of the patients, while only 8.2% reported that the situation was severe. When asked “would you repeat the surgery”, 83.7% answered affirmatively.

Discussion and conclusion: When we compare the results from our series with others from standard MUS reported in the literature, we perceive inferior objective cure rates and similar subjective success rates. Regarding to complications, the peri-operative complications and long-term pain are, indeed, better, being clear that our experience with de novo urgency is worse than the described with standard MUS. In fact, one third of the patients reports de novourgency. Such percentage could be expectable after 10 years, not only due to current knowledge of more reported overactive bladder symptoms after MUS but also due to the increasing incidence of such symptoms with ageing. Nevertheless, long-term studies

regarding MUS do not reflect this incidence and, eventually, the placement of the SIS abutting the urethra may contribute to this difference in the novo urgency and should be an object of investigation in the future. Notwithstanding, despite this presumed dysfunction, it was successfully managed conservatively, and patients did state a high degree of satisfaction nearly after 10 years follow-up. Accordingly, with SIS reasonable long-term cure and high satisfaction rates, we may offer it to women seeking for cure of SUI, explaining that urgency may develop with years, even if they do not have it at baseline.

Nº: 38

NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA EM RINS PÉLVICOS – EXPERIÊNCIA DE CENTRO TERCIÁRIO

Rodrigues Fonseca R.¹; Lains Mota R.¹; Peyroteo I.²; Bilé Silva A.¹; Alpoim Lopes F.¹; Santos J.C.¹; Monteiro, P.¹; Abranches Monteiro L.¹

¹Hospital de Egas Moniz - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; ²Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

Introdução: Actualmente, tem-se verificado um aumento da prevalência de doença litíásica, nomeadamente em países mais desenvolvidos. No mesmo contexto, com a evolução científica e tecnológica, o aumento do número de transplantes renais e de doentes identificados com anomalias congénitas anatómicas do rim colocam desafios no tratamento cirúrgico da litíase.

A nefrolitotomia percutânea (PCNL) é utilizada no tratamento de cálculos volumosos ou complexos. Contudo, a utilização da PCNL nos doentes com rim pélvico pode implicar adaptações técnicas que facilitem a sua aplicabilidade nestes doentes.

Objetivos: Apresentar a aplicabilidade da PCNL por abordagem anterior em rins pélvicos realizados no mesmo centro hospitalar no que concerne ao acesso cirúrgico e às

complicações associadas à sua utilização.

Materiais e métodos: Revisão retrospectiva dos doentes com litíase urinária em rim pélvico tratados por PCNL entre 1/1/2018 e 30/06/2019. Identificaram-se quatro casos que foram caracterizados quanto à etiologia da localização renal, dados demográficos e caracterização litíásica (volume e localização pré-operatórios, volume pós-operatório), dados laboratoriais e variáveis peri-operatórias (abordagem cirúrgica, tempo operatório, técnicas de endourologia utilizadas, resultado intra-operatório cirúrgico, complicações peri-operatórias).

Resultados: Dos quatro doentes submetidos a PCNL em rim pélvico, três eram transplantados renais na fossa ilíaca e um era portador de rim pélvico congénito localizado na fossa ilíaca direita. Dois doentes apresentavam litíase coraliforme que envolvia os cálices inferior e médio; 1 doente tinha um cálculo no ureter e na anastomose uretero-vesical e outro tinha uma combinação de litíase uretérica e no grupo calicial inferior.

Um dos doentes transplantados era portador de uma nefrostomia colocada no grupo calicial inferior por uropatia obstrutiva e lesão renal aguda. Este acesso foi utilizado na PCNL subsequente.

Em todos os doentes, o acesso percutâneo foi realizado por via anterior na fossa ilíaca anterior: 1 no cálice superior, 2 no cálice médio e 1 no cálice inferior. O acesso foi executado através da combinação de fluoroscopia e ecografia. O trajecto foi dilatado com recurso a balão insuflável Cook (n=3) ou dilata-dores Amplatz (n=1). Três dos doentes foram submetidos a combinação de nefroscopia e ureteroscopia flexível retrógrada.

A duração média da intervenção cirúrgica foi de 230 minutos (mínimo: 195 minutos máximo: 254 minutos).

Os doentes foram considerados stone-free

(<5mm) imediatamente após a cirurgia. Em 2 doentes foi constatada a presença de litíase milimétrica em TC de reavaliação subsequente.

Relativamente a complicações, identificou-se um evento classe 2 e outro 3A da escala de Clavien-Dindo em doentes distintos. Não se assistiu a perda de órgão em nenhum doente.

Conclusões: A PCNL num rim pélvico pode ser um procedimento desafiante. Aquando do planeamento cirúrgico, a decisão do acesso calicial pode ser determinante no sucesso do procedimento nomeadamente para evitar a punção peritoneal durante a cirurgia.

Na nossa casuística, observou-se um maior risco hemorrágico nos doentes transplantados; dois factores poderão ter contribuído para esta situação: a hipervascularização da cápsula do enxerto renal e o relativo reduzido número de doentes identificados no nosso centro, neste período. Verificámos, no entanto, que um acesso calicial inferior ou médio se associou a menos complicações de maior gravidade e a um status stone-free face à punção caliceal superior.

A melhoria da performance e dos resultados nestes doentes raros provavelmente será optimizada com a sua concentração atendendo à sua reduzida prevalência.

Nº: 39

STATINS PREVENT BIOCHEMICAL RECURRENCE OF PROSTATE CANCER AT 84 MONTHS AFTER RADICAL PROSTATECTOMY

Roberto Jarimba; João Pedrosa Lima;
Miguel Eliseu; João Carvalho; Hugo Antunes;
Edgar Tavares da Silva; Pedro Moreira;
Arnaldo Figueiredo

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

Introduction: Prostate cancer is the most commonly diagnosed cancer in men. When localized it can be treated with radical pros-

tatectomy, although a significant percentage of these patients will suffer a biochemical recurrence with associated mortality. A wide spectrum of anticancer properties of statins has been demonstrated and the role of these drugs in prevention and treatment of other types of cancer has been increasingly studied.

Objectives: The aim of this study was to investigate whether the use of statins is associated with risk reduction for biochemical recurrence among patients submitted to radical prostatectomy.

Patients and Methods: A retrospective review of 875 patients submitted to radical prostatectomy between January 2009 and December 2018 was conducted. Fifty-nine percent were being treated with statins at the time of surgery. We evaluated if there was an association between statin use and biochemical recurrence and which patients would benefit the most from statin treatment.

Results: Overall, there was an approximately 30% (Hazard Ratio (HR) 0,685, $p=0,044$) risk reduction for biochemical recurrence at 84 months after the surgery. Patients with pT2c staging (HR 0,435, $p=0,011$) and ISUP less or equal than 2 (HR 0,651, $p=0,024$) seemed to benefit more from statin use.

Conclusion: In this cohort, statins used proved beneficial in reducing the risk of biochemical recurrence among patients submitted to radical prostatectomy. Prospective studies are required to confirm these results and to evaluate its safety profile in those patients.

Nº: 40

RESSEÇÃO TRANSURETRAL VESICAL APÓS DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA VESICAL NÃO MUSCULO-INVASOR DE ALTO GRAU NA PRIMEIRA RESSEÇÃO: JUSTIFICA-SE?

Abreu-Mendes, P.¹; Dias, N.¹; Costa, D.¹; Botelho, F.¹; Dinis, P.^{1,2}; Alturas-Silva, J.^{1,2}; Martins-Silva, C.^{1,2}

¹Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal; ²Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Portugal

Introdução: O sub-estadiamento e persistência tumoral são as mais importantes falhas da resseção transuretral vesical (RTU-V), a terapêutica de eleição na carcinoma vesical não musculo-invasivo (CVNMI). Atualmente, segundo as *guidelines* europeias, uma RTU-V pT1 é uma das 3 indicações para a realização de uma segunda RTU-V, denominada de *second look* RTU-V (SRTU-V).

Objetivos: Avaliar a necessidade de realizar uma SRTU-V em todos os CVNMI de alto grau após uma primeira RTU-V aparentemente completa, bem como avaliar se o estadio tumoral pode ser um factor de risco independente para o *upstaging* ou persistência tumoral, na SRTU-V.

Material e métodos: Neste estudo retrospectivo, foram incluídos um total de 152 doentes consecutivos com CVNMI de alto grau (pTa ou pT1) submetidos a SRTU-V de 2009 a 2019 no hospital de São João. Doentes com RTU-V's primárias incompletas foram excluídos. As cirurgias foram realizadas por vários cirurgiões do serviço.

Resultados: Dos 152 doentes, 122 (80.3%) eram masculinos e a média de idades foi 69.3 anos (de 20 a 90). Das RTU-V's primárias, 23 eram pTa (15.1%) e 129 eram pT1 (84.9%). Na análise patológica das SRTU-V's, 50 doentes (32.9%) apresentavam tumor residual sendo que destas, 43 (86%) continham muscular própria na primeira RTU-V. Dos 23 doentes com pTa primário, 3 (13%)

apresentavam persistência tumoral na SRTU-V, enquanto que em 47 pT1 (37.3%) apresentavam tumor residual ($p=0.02$). Destes 47 pT1 com doença residual, 3 (6.4%) apresentavam invasão da muscular própria, casos de subestadiamento mesmo após uma SRTU-V completa.

Discussão/Conclusões: Estes resultados apoiam inequivocamente a indicação de realizar uma segunda RTU-V em todos os CVNMI de alto grau pT1, independentemente da primeira cirurgia ter sido completa e com representatividade do detrusor.

Nº: 41

EXPLORAÇÃO ESCROTAL CIRÚRGICA DE ESCROTO AGUDO NO ADULTO, ACHADOS CLÍNICOS E IMAGIOLÓGICOS: 10 ANOS DE EXPERIÊNCIA

Abreu-Mendes, P.¹; Morgado, A.^{1,2}; Dinis, P.^{1,2}

¹Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal; ²Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Portugal

Introdução: Ainda que habitualmente classificada como patologia pediátrica, a torção testicular (TT) é também relativamente frequente no adulto jovem sendo, assim, um diagnóstico diferencial no escroto agudo do adulto. É conhecido que o tempo entre o início de dor escrotal e a exploração escrotal é determinante para a preservação testicular, sendo que as primeiras 6 horas são comumente consideradas seguras.

Objetivos: Avaliar a associação entre o tempo entre início de dor escrotal e exploração cirúrgica, e a realização de orquidectomia na TT do adulto.

Material e métodos: Um estudo retrospectivo dos 170 doentes que recorreram ou foram transferidos para a urgência de um centro hospitalar universitário, de 2009 a 2019, com clínica de escroto agudo e suspeita clínica ou imagiológica de TT. A idade, duração da dor escrotal até à avaliação na urgência e du-

ração da clínica até à cirurgia bem como os resultados do ecoDoppler testicular, quando realizado, foram colhidos. Os doentes foram divididos em dois grupos pelo tempo (mais ou menos de 12 horas), a distribuição da necessidade de orquidectomia e as características do ecoDoppler testicular foram comparadas utilizando o teste de Chi-Quadrado. O poder prognóstico do intervalo de tempo entre início de dor escrotal e exploração cirúrgica analisada através da curva *Receiver operator characteristics* (ROC) e a área de baixo da curva (AUC) foi calculada. O nível de significância estatística foi definido com p inferior a 0.05.

Resultados: Foram incluídos 170 doentes, que apresentavam uma mediana de idades de 21 anos ($P_{25}=19$, $P_{75}=26$), a mediana de tempo desde o início da clínica até recorrer às urgências foi de 6 horas ($P_{25}=4$ horas; $P_{75}=12$ horas) e a median[1] [p2] a da duração até à exploração cirúrgica de 8 horas ($P_{25}=6$ horas; $P_{75}=15.75$ horas). Foram[3] submetidos a orquidectomia 33 doentes(19.4%). Dos 67 doentes (39.4%) que foram submetidos a ecoDoppler, apenas 7 (4.2%) mantinham circulação arterial testicular. com O tempo entre início de dor escrotal e exploração cirúrgica foi menor que 12 horas em 110 doentes (67.5%) e igual ou superior em 53 doentes (32.5%). No primeiro grupo, apenas 3 casos (2.7%) foram submetidos a orquidectomia enquanto no segundo a orquidectomia foi realizada em 29 casos (54.7%), com diferença estatisticamente significativa ($p<0.001$ [4]).

Dos 53 doentes do segundo grupo, em 24 houve preservação do testículo, havendo 8 doentes (33.3%) que apresentavam ecoDoppler normal ou com diminuição de fluxo arterial enquanto os 29 doentes com perda testicular somente 1 (3.4%) apresentava ecoDoppler normal ou com diminuição de fluxo arterial ($p<0.03$ [5]).

A curva ROC indica que a duração de clínica é um excelente[6] indicador da perda ou preservação testicular ($AUC=0.899$)[7].

Discussão/Conclusões: Nos adultos, a duração da clínica testicular é um excelente preditor da preservação testicular na exploração cirúrgica de uma TT; a perda testicular em doentes com menos de 12 horas de clínica é rara. Em doentes com mais de 12 horas de clínica com ecodoppler testicular realizado a presença de torção testicular parcial é um fator prognóstico de preservação testicular.

Nº: 42

A TOXINA BOTULÍNICA NO TRATAMENTO DA SÍNDROME DE BEXIGA HIPERATIVA IDIOPÁTICA: RESULTADOS DA VIDA REAL E GESTÃO DAS EXPECTATIVAS DO DOENTE

Abreu-Mendes, P.¹; Portugal-Rodrigues, I.²; Dinis, P.^{1,2}; Cruz F.^{1,2,3}; Antunes-Lopes T.¹; Martins-Silva, C.^{1,2}

¹Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal; ²Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Portugal; ³I3S-Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Translational Neuro-Urology Group, University of Porto

Introdução: A síndrome de bexiga hiperativa idiopática (SBHi) é uma condição muito prevalente em ambos os sexos, podendo afetar quase 15% das mulheres, e afetando de forma significativa a qualidade de vida dos doentes. Quando as medidas gerais e o tratamento farmacológico de primeira linha não são eficazes, a injeção detrusora de toxina botulínica pode ter um papel relevante no controlo dos sintomas desta condição crónica.

Objetivos: Avaliar a eficácia na vida real do tratamento da SBHi refratária, com injeção detrusora de 100 unidades de toxina botulínica, com o objetivo de informar e gerir as expectativas dos doentes, aquando da proposta desta terapêutica. Avaliar o número de tratamentos realizado por doente e motivo de abandono da terapêutica.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, com base nos registos da consulta externa de urologia de doentes do sexo feminino submetidas a injeção intravesical de toxina botulínica do serotipo A, entre 2005 e 2018. Análise de dados demográficos e clínicos: idade, presença de incontinência, tipo de incontinência urinária (imperiosidade vs mista), número de tratamentos realizados por doente, eficácia do tratamento e motivo de abandono.

Com os dados disponíveis, considerámos a resposta terapêutica como positiva de 2 formas distintas: nas doentes que requisitaram o segundo tratamento por agravamento progressivo dos sintomas depois de uma melhoria inicial com a toxina botulínica intravesical, e aquelas que após realizarem o primeiro reportaram melhoria sintomática, e não necessitaram de repetir a terapêutica com toxina botulínica.

Resultados: 137 doentes do sexo feminino com SBHi refratário ao tratamento farmacológico oral foram submetidas a injeção intravesical de 100U de toxina botulínica do serotipo A. A mediana de idades foi de 69 anos ($P25=59$ anos; $P75=70$ anos); das 85 doentes, apenas 9.4% ($n=8$) não tinham incontinência associada. Um total de 66 doentes apresentava incontinência urinária mista (IUM) (72%), sendo a imperiosidade a queixa mais prevalente e relevante.

A média de tratamentos com toxina botulínica foi de 1.96 (1-8). Em termos relativos, 48 % das doentes ($n=66$) realizou 1 tratamento, 29.2% ($n=40$) realizou 2 tratamentos e 10.9% ($n=15$) realizou 3. Apenas 11.9 % das doentes realizaram 4 ou mais tratamento. O intervalo médio entre o primeiro e o segundo tratamento foi de 17.5 meses (DP=11.7 meses).

Das 137 doentes, 9 não foram avaliadas após cirurgia, 23 não repetiram por manterem controlo dos sintomas com medidas gerais

ou fármacos orais, 2 aguardam novo tratamento e 71 doentes foram submetidas a dois ou mais tratamentos. Segundo os critérios de eficácia definido no estudo, 96 doentes das 128 doentes avaliadas após procedimento apresentaram melhora sintomática, obtendo 75% eficácia.

Das 66 doentes submetidas por uma vez à terapêutica, 32 doentes recusaram o segundo tratamento: em 14 deveu-se a ausência de melhoria dos sintomas (21%), em 10 doentes (com IUM) ao agravamento da LUE (15%) e em 8 doentes por melhoria parcial, pouco relevante para a doente (12%).

Discussão/Conclusões: Apesar do carácter retrospectivo e simples deste estudo, o registo do resultado qualitativo do tratamento é muito importante, uma vez que na realidade é ele que motiva a continuação do uso desta terapêutica de forma crónica. Os resultados obtidos coadunam-se com os dados da literatura publicada, estando reportadas taxas de eficácia que variam entre 65% e 80%.

Na nossa prática clínica, a toxina botulínica no tratamento da SBHi refratária assume um papel relevante, tendo tido uma eficácia de cerca de 75%. Adicionalmente, cerca de metade das doentes requer um novo tratamento 18 meses depois do primeiro.

Nº: 43

FATORES DE PROGNÓSTICO DO CANCRO DO PÉNIS EM PORTUGAL

Luís Vale; Bernardo Fernandes; Vasco Rodrigues; Francisco Botelho; André Silva; Carlos Martins da Silva; Tiago Antunes-Lopes; Paulo Dinis
Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário São João, Departamento de Biomedicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: O cancro do pénis (CPe) é uma neoplasia rara, principalmente em países desenvolvidos, com uma incidência <1%. O único tratamento curativo é a cirurgia, que depende essencialmente do estadiamento

da doença. A grande predisposição para o envolvimento ganglionar faz com que muitas vezes este implique a realização de linfadenectomia (LDN) inguinal e/ou pélvica.

Objetivos: Determinar os principais fatores de prognóstico dos doentes com CPe submetidos a cirurgia.

Material e métodos: Análise retrospectiva de 65 doentes com CPe tratados num centro terciário nos últimos 15 anos (2004-2018).

Resultados: A idade média dos doentes foi de 64 anos (P25-75, 41-96). O subtipo histológico mais frequente foi o epidermoide (89%). Quase metade (48%) dos doentes foi diagnosticado num estadiamento local avançado pT3/4. Apenas uma minoria apresentou invasão linfovascular (34%) e perineural (20%). 38 (58%) doentes realizaram LDN inguinal, sendo que 65% foram negativas para invasão ganglionar. A maioria dos doentes com LDN positiva não apresentava invasão extra-nodal (58,3%). Relativamente ao número de gânglios removidos registou-se uma mediana de 18. Foram realizadas 11 LDN pélvicas sendo 8 positivas (72,7%).

A sobrevida mediana não foi atingida. Contudo, a sobrevida global foi de 80% numa mediana de seguimento de 31 meses. Na análise multivariada, os principais fatores de mau prognóstico foram o estadiamento ganglionar (N) ($p=0,008$) e a invasão perineural ($p=0,023$). A presença de metastização ganglionar e a invasão perineural no tumor primário aumentaram o risco de morte em 29 e 13 vezes, respetivamente. Na nossa série, 87,5% dos doentes com gânglios positivos morreram no seguimento, enquanto nos doentes com gânglios negativos, apenas 12,5% morrem no mesmo período.

Discussão/Conclusões: O diagnóstico tardio do CPe continua a ser uma realidade. Este fator pode ter um impacto negativo na sobrevida global do CPe uma vez que o estadia-

mento ganglionar se correlaciona com a sobrevivência. Apesar do número de LDN inguinais negativas ser elevado, continuamos a defender o tratamento cirúrgico agressivo desta doença face ao mau prognóstico associado à metastização ganglionar e à ausência de alternativas terapêuticas na doença avançada.

Nº: 44

NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY IN PATIENTS WITH MUSCLE-INVASIVE BLADDER CANCER AND ITS IMPACT ON PERIOPERATIVE BLOOD TRANSFUSION

Luísa J. Alves; João Ascensão; Catarina Gameiro;
Sofia P. Lopes; João Marcelino
Hospital Beatriz Ângelo

Introduction and objectives: Neoadjuvant chemotherapy (NAC) previous to radical cystectomy (RC) is the standard of care for muscle-invasive bladder cancer (MIBC) with level 1 evidence for survival benefit, correlated with down-staging of the cancer to pT0. However, the use of this multimodal approach is not yet widespread. The reasons for its underuse are unclear, but they may be related to concerns about increasing peri-operative morbidity after chemotherapy. In our institution, all patients with the diagnosis of MIBC, without renal insufficiency or clinical criteria contra-indicating the use of NAC were offered cisplatin-based combination chemotherapy followed by radical cystectomy with concomitant bilateral pelvic lymphadenectomy. Regarding intra-operative blood transfusion (BT), there is still conflicting results published in terms of its prognostic effect. Our aim is to analyze retrospectively the impact of NAC on perioperative blood transfusion in this population.

Material and methods: Retrospective evaluation of the electronic medical records of all pts with bladder cancer who underwent radical cystectomy in Hospital Beatriz Ângelo, from 2012 to 2019. Statistical analysis was

performed with the use of SPSS version 24.

Results: A total of 57 pts submitted to RC were included, with a median age of 68 years-old (yo) [46; 77], 81% (46) being males. 37 pts received NAC followed by RC, with a median age of 64,8 yo. 20 pts were not eligible to NAC due to poor performance status, renal insufficiency or non-muscle invasive bladder tumor (no-NAC). Cisplatin plus Gemcitabine was the preferred regime (30 pts). 10 pts had grade III or IV toxicities (27%), mainly hematologic (80%). Regarding the staging at diagnosis, in NAC group 4 pts (10,8%) showed positivity for nodal disease (N+) while in no-NAC group 9 pts (45%) were N+. The need for perioperative BT was similar in both groups (75%). NAC was neither a predictor of increased pre-operative ($p=0,39$) nor intra-operative BT ($p=0,48$).

Conclusion: We found no statistically significant difference between both groups. In our series, NAC does not seem to be associated with higher rate of perioperative BT. However, the use of upfront NAC in younger patients and in those with less advanced disease, which are the ones eligible for chemotherapy, may result in limiting differences between patients and disease staging in both groups.

Nº: 45

QUAL A IMPORTÂNCIA DA PET-TC PSMA 68-Ga NA RECIDIVA BIOQUÍMICA DO TUMOR DA PRÓSTATA LOCALIZADO?

João Carvalho; Pedro Nunes; João Lima;
Vasco Quaresma; Rodolfo Silva;
Edgar Tavares da Silva; Paula Soeiro; Belmiro Parada;
Lorenzo Marconi; Gracinda Costa; Arnaldo Figueiredo
Serviço de Urologia e Transplantação Renal; Serviço de Medicina Nuclear, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A abordagem clínica da recidiva bioquímica do carcinoma da próstata (CaP) localizado após terapêutica local é controversa. O diagnóstico preciso de recidiva local ou

à distância é fundamental para a seleção da terapêutica. A PET-TC PSMA 68-Ga (PET-PSMA) parece ser o exame mais promissor, mas o seu acesso é limitado e são necessários mais estudos para confirmar a sua utilidade.

Objetivos: Avaliar a acuidade da PET-PSMA no diagnóstico da recidiva bioquímica do CaP localizado e impacto no resultado clínico.

Material e métodos: De 319 doentes com CaP que realizaram PET-PSMA na nossa instituição entre 10/2015 e 06/2019, foram selecionados 70 com recidiva bioquímica após terapêutica de intuito curativo. Foram criados 2 grupos: Grupo C (GC)—doentes submetidos a cirurgia (N:48;68.6%) e Grupo R (GR)—doentes submetidos a terapêuticas de radioterapia (N:22,31.4%), tendo sido avaliadas variáveis clínicas, analíticas, patológicas e os resultados da PET-PSMA.

Resultados: A idade inicial foi diferente em ambos os grupos (GC— 66 ± 6.5 vs GR— 69 ± 6.2 anos, $p = 0.008$). O PSA inicial foi semelhante (8.7 ± 5.7 vs 7.5 ± 5.8 ng/mL, $p = 0.4$). Os doentes do GC eram principalmente de risco intermédio (85.1% vs 42.9% , $p = 0.001$) enquanto que os do GR eram de baixo risco de recorrência (8.5% vs 47.6% , $p = 0.001$).

O tempo entre o tratamento inicial e a recidiva bioquímica foi semelhante (23.5 ± 42.7 vs 44.5 ± 42.5 meses, $p = 0.09$).

Nos grupos GC e GR, a PET-PSMA detetou, respetivamente, recidiva pélvica em 31.3% e 63.6%, e extrapélvica em 18.8% e 31.8%. A PET-PSMA foi negativa em 50.0% ($n=24$) dos GC e 4.5% ($n=1$) dos GR.

De entre os doentes GC com PET-PSMA positiva e negativa o PSA foi, respetivamente, 0.97 ± 8.2 e 0.48 ± 3.2 ng/mL, $p=0.07$. No subgrupo GC com PET-PSMA positiva, o PSA na doença confinada à pélvis e extrapélvica foi, respetivamente, 0.99 ± 0.9 e 0.5 ± 13.2 ng/mL, $p=0.6$.

No subgrupo GR com PET-PSMA positiva,

o PSA na doença confinada à pélvis e extrapélvica foi, respetivamente, 3.0 ± 2.1 e 4.5 ± 5.4 ng/mL, $p=0.2$.

O tratamento de salvação foi realizado em 61.9% ($n=26$) dos GC (radioterapia à loca em 54.7%, radioterapia de metástase óssea única em 2.4% e linfadenectomia em 4.8%) e em 15% ($n=3$) dos GR (prostatectomia radical com linfadenectomia pélvica bilateral em 10% e braquiterapia de alta dose 5%), $p<0.001$.

Dos doentes GC submetidos a terapêutica local de salvação, 59.1% voltaram a ficar em remissão completa. Dos que não responderam ao tratamento de salvação, 4 tinham doença limitada à pélvis na PET-PSMA, 4 tinham PET-PSMA negativa e 1 tinha metástase única.

Dos 3 doentes GR submetidos a tratamento de salvação, em 2 houve diminuição do PSA e no restante não houve resposta bioquímica, correspondente ao caso que fez braquiterapia de alta dose.

O tratamento escolhido após a realização da PET-PSMA não teve influência no último valor de PSA atingido em ambos os grupos.

Fazendo uma análise da acuidade diagnóstica da PET-PSMA, no GC é positiva para doença pélvica principalmente quando o PSA préPET ≥ 0.36 ng/mL (Sensibilidade (S): 80%, Especificidade (E): 30%) e PSA ≥ 0.4 ng/mL (S: 67%, E: 31%) para doença extrapélvica, $p > 0.05$. No GR, a PET-PSMA é positiva para doença pélvica principalmente quando o PSA pré-PET é ≥ 2.3 ng/mL (S: 71.4%, E: 37.5%) e para doença extrapélvica, quando o PSA é ≥ 3.5 ng/mL (S: 71.4%, E: 60%), $p > 0.05$.

A taxa de PET-PSMA negativa no GC foi de 0%, 50% (N:12), 37.5% (N:9), 8.3% (N:2) e 4.2% (N:1) nos intervalos de PSA de <0.2 , 0.2-0.49, 0.5-0.99, 1-1.99 e ≥ 2 ng/mL. Apenas 1 doente do GR teve PET-PSMA negativa, sendo que este apresentava PSA entre 0.5-0.99 ng/mL.

Discussão/Conclusões: O PSA pré-PET-PSMA não é diferente nos casos de PET positiva e negativa. Quando a PET-PSMA é positiva, o PSA não é diferente entre os doentes com doença pélvica e extrapélvica em ambos os grupos.

A taxa de persistência bioquímica após terapêutica de salvação é semelhante em ambos os grupos (GC e GR), rondando os 30-40%.

Os valores de PSA de corte estabelecidos no nosso estudo para doença pélvica detetada na PET-PSMA foram ≥ 0.36 ng/mL(GC) e ≥ 2.3 ng/mL(GR).

Nº: 46

INFLUÊNCIA DO AMBIENTE MOLECULAR NO TUMOR VESICAL NÃO MUSCULO-INVASIVO

João Carvalho; Rui Caetano; Pedro Nunes; Edgar Tavares da Silva; João Lima; Roberto Jarimba; Belmiro Parada; Augusta Cipriano; Arnaldo Figueiredo

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

Introdução: A caracterização imunohistoquímica tem um papel cada vez mais importante na caracterização do carcinoma urotelial musculoinvasivo vesical. Contudo, 75% das neoplasias uroteliais vesicais são não-musculoinvasivos e representam uma população com elevado potencial de cura. O seu estudo imunohistoquímico poderá ajudar a decidir a agressividade terapêutica necessária.

Objetivos: Avaliar a influência do fenótipo imunohistoquímico do tumor vesical urotelial ao longo da evolução da doença.

Material e métodos: Trata-se de um estudo retrospectivo com 45 doentes submetidos a ressecção transuretral da bexiga (RTU-V) entre 2011 e 2012 cujo estudo patológico revelou carcinoma urotelial invasivo do tecido conjuntivo subepitelial (pT1). Foi determinado o seu fenótipo molecular basal vs luminal. Os subgrupos moleculares basal e luminal po-

dem ser reconhecidos pela marcação preferencial [CK5/6+, CK20-] e [CK5/6- ; CK20+], respetivamente. Dos casos avaliados, 14 foram designados como basal (grupo B) e 23 como luminal (grupo L).

Resultados: A idade mediana era diferente entre grupos [grupo B – 65.5 ± 17.3 vs grupo L – 77 ± 7.5 anos, $p:0.004$]. Havia um predomínio masculino em ambos os grupos (78.6% vs 69.6%), sendo que todos os tumores eram primários com a exceção de 6 tumores (26.1%) exclusivamente do grupo L que tinham tido uma RTU-V anterior, $p:0.04$. A maioria dos tumores era único (64.3% vs 56.5%, $p:0.7$), com uma dimensão <3 cm preferencialmente no grupo B (57.1%) e ≥ 3 cm no grupo L (60.9%), $p:0.3$. A localização preferencial do tumor era lateral direita no grupo B (35.7%) e lateral esquerda no grupo L (39.1%), $p:0.9$. A forma era polipóide com exceção de 3 tumores do grupo L (13%), $p:0.2$. Os tumores eram preferencialmente bem diferenciados no grupo B (57.1%) e moderadamente diferenciados no grupo L (43.5%), $p:0.2$. A presença de cis concomitante verificou-se em 14.3% (grupo B) vs 21.7% (grupo L), $p:0.6$. A invasão linfovascular era patente em ambos os grupos (71.4% vs 69.6%, $p:0.9$). O padrão de inflamação histológico predominante era irregular no grupo B (42.9%) e em banda no grupo L (43.5%), $p:0.9$. A instilação intravesical pós-operatória imediata de mitomicina-C foi predominante em ambos (71.4% vs 65.2%, $p:0.7$). Apenas um dos doentes do grupo B recidivou sob a forma de pT2G2 ao invés de 11 doentes do grupo L ($p:0.01$) que tiveram uma primeira recidiva com um predomínio de pT1 (36.4%) G1 ou G3 (37.5%) passados cerca 30 ± 27.3 meses da primeira RTU-V estudada em lâmina de Anatomia Patológica. O doente do grupo B fez uma nova RTU-V apenas paliativa (pT2G2) enquanto que 3 doentes do grupo L tiveram

uma 2ª recidiva passados 23.3 ± 29.2 meses sob a forma preferencial de pTaG1 (66.7%). A 3ª recidiva verificou-se em 2 doentes do grupo L passados 14 ± 4.3 meses sob a forma de pTa G1 ou G2.

Nenhum dos doentes do subtipo basal foi submetido a cistectomia radical ao invés de dois doentes do grupo L passados 34.5 ± 47.4 meses da primeira RTU-V.

A mortalidade não foi diferente entre grupos (35.7% vs 30.4%, $p=0.7$), sendo que parece que a sobrevivência é menor no grupo B (70.5 ± 9.0 vs 84.0 ± 5.7 , $p=0.5$)

Discussão/Conclusões: O estudo imunohistoquímico poderá ter impacto no seguimento do tumor vesical pT1. Os doentes do subtipo basal são mais novos; os tumores são primários; mais pequenos, polipóides, bem diferenciados, com padrão de inflamação menor, menos recidivas mas menor sobrevida aparente.

Nº: 47

RADIOTERAPIA EXTERNA NO CARCINOMA DA PRÓSTATA LOCALIZADO: EFICÁCIA E MORBILIDADE

João Carvalho; Valter Duarte; Pedro Nunes; Belmiro Parada; João Casalta; Ana Cleto; Arnaldo Figueiredo

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

Introdução: A radioterapia externa é uma opção terapêutica com intuito curativo para o carcinoma da próstata (CaP) localizado.

Objetivos: Avaliar a eficácia e complicações associadas à radioterapia externa efetuada no serviço de radioterapia dos CHUC entre 2015 e 2017 nos doentes com CaP localizado.

Material e métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo em que foram incluídos todos os doentes submetidos a radioterapia externa com intuito curativo do CaP localizado no serviço de radioterapia do Centro Hospitalar

da Universidade de Coimbra (CHUC) entre 2015 a 2017. Foram excluídos os que tinham sido submetidos a procedimentos anteriores. Foi descrita a população do estudo e analisada a incidência de complicações precoces e tardias consoante o tipo de técnica utilizada, fracionamento da dose, dose total de radiação e local irradiado.

Foi avaliada a variação do valor do PSA consoante o tipo de técnica, dose total de radiação e utilização de terapêuticas adjuvantes ou neoadjuvantes bem como a sobrevivência livre de doença e global aos 12, 24 e 36 meses. **Resultados:** Foram analisados 102 doentes, com idades médias de 70.9 ± 5.3 anos (compreendidas entre 55 e 79 anos). Foram classificados 12 (11.8%) doentes de baixo risco, 63 (61.8%) de intermédio risco e 27 (26.5%) de alto risco. Quanto aos tratamentos, 16 (15.7%) doentes foram tratados com Radioterapia Conformacional em 3 Dimensões (3D-CRT) convencionalmente fracionada, 25 (24.5%) doentes com Arcometria Volumétrica Modulada (VMAT) convencionalmente fracionada e 61 (59.8%) doentes com VMAT com hipofracionamento moderado. Apenas 5 (4.9%) doentes foram irradiados à próstata e pélvis e 51 (50%) doentes receberam terapêuticas adjuvantes. Evidenciou-se relação entre os grupos de risco e a utilização de terapêuticas adjuvantes ($p<0.001$) e o local irradiado ($p=0.001$).

Nas complicações precoces, houve uma maior incidência de complicações génito-urinárias (66.7%), destacando-se a disúria (42.1%) e a polaquiúria (40.2%). Relativamente às complicações tardias, houve uma maior incidência de complicações gastrointestinais (24.5%), destacando-se a proctite rádica (13.7%). Houve uma incidência de 7.8% de incontinência urinária. A sobrevivência global e a sobrevivência livre de doença aos 3 anos foi de 100% e 98%, respetivamente.

Discussão/Conclusões: A radioterapia externa efetuada no CHUC mostrou ser eficaz para o tratamento do CaP localizado. A incidência das complicações gastrointestinais precoces e génito-urinárias tardias foi maior na técnica VMAT em relação à 3D-CRT. Relativamente ao fracionamento, houve uma maior incidência de complicações génito-urinárias tardias no grupo de fracionamento padrão.

Nº: 48

HYPERTHERMIC INTRAVESICAL CHEMOTHERAPY FOR BCG UNRESPONSIVE NON-MUSCLE INVASIVE BLADDER CANCER PATIENTS

Gil Falcão; João Barreira; Francisco Fernandes; Rui Bernardino; Thiago Guimarães; Mariana Medeiros; Vanessa Andrade; João Guerra; Rita Tomás; Cabrita Carneiro; Luís Campos Pinheiro
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introduction: Adjuvant intravesical instillations with bacillus Calmette-Guérin (BCG) is the recommended treatment option for patients with intermediate-and high-risk non-muscle invasive bladder cancer (NMIBC). Despite adequate BCG treatment, a large proportion of patients experience a recurrence. Although radical cystectomy is the gold standard for BCG unresponsive NMIBC, some patients are unfit or unwilling to consider this option.

The optimal therapy in such cases is unknown, as established and effective salvage intravesical therapies are not yet available [15]. The European Association of Urology and International Consultation on Urologic Diseases (EAU-ICUD) does not endorse salvage intravesical gemcitabine, valrubicin, or IFN α , in patients who fail BCG, but chemo-hyperthermia is recommended as a promising treatment modality.

Objective: The objective of the present study was to assess the effectiveness and safety of hyperthermic intravesical chemotherapy (HI-

VEC®) in BCG unresponsive NMIBC patients.

Materials/Methods: Between 2018-2019, 6 patients underwent HIVEC for BCG unresponsive NMIBC at Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central. Patients were eligible for inclusion in the present study if the criteria for BCG unresponsive disease were met and/or had histologically confirmed high-grade NMIBC or a combination of CIS and papillary disease.

Results: The study population consisted of 6 BCG unresponsive NMIBC patients of whom 6 underwent HIVEC®. The median age and follow-up were 74 years and 12 months.

Four patients showed recurrence after 5,5 months (75% were pT1 and 25% CIS). The other two patients are still tumor free after 9 months. All patients were followed by cystoscopy and cytology every 3 months and biopsies were performed if cystoscopy showed a recurrence or cytology showed a suspicion of the presence of urothelial carcinoma. The primary outcome was the disease-free survival (DFS), defined as the time from start of first HIVEC® treatment until disease recurrence, which was 5.5 months.

Conclusion: Despite HIVEC® seems to be a valid treatment option for BCG unresponsive NMIBC patients, we report a median DFS of 5.5 months, postponing the need for radical surgery in a proportion of these patients. Our sample is small and we require a longer follow up period.

Nº: 49

TESE IN AZOOSPERMIC PATIENTS. OUR EXPERIENCE

Gil Falcão; Francisco Fernandes; Thiago Guimarães; João Guerra; Cabrita Carneiro; Fortunato Barros; Luís Campos Pinheiro
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introduction: Fifteen percent of couples present with infertility and male factor infertility play a role in up to 50% of these couples.

Azoospermia is defined as the absence of spermatozoa in the ejaculate. Azoospermia can be classified by etiology into obstructive (OA), and non-obstructive azoospermia (NOA). In 30-40% of cases, no male-infertility-associated factor is found (idiopathic male infertility). These men present with no previous history of diseases affecting fertility and have normal findings on physical examination and endocrine, genetic and biochemical laboratory testing.

Following a thorough history, physical exam, and investigations, some patients may be successfully treated medically using hormonal manipulation while others will ultimately require attempts at surgical sperm retrieval. Although testicular sperm extraction (TESE) is often an effective method for sperm retrieval from men with NOA, it can be used in OA as well.

Objectives: To show the positive and negative results of TESE from 1997-2019 as well as the impact of NOA and OA.

Material and methods: It is a retrospective study from 1997 to 2019 with evaluation of 289 infertile men who underwent TESE. They were divided in 2 groups according to clinical and hormonal studies: NOA and OA. Every patient was checked for congenital or acquired diseases. TESE was used despite NOA or OA. The samples were analyzed by the same embryologist.

Results: From 1997 to 2019, 289 infertile men underwent TESE for sperm retrieval. The average age at TESE time was 35 years old (10-46). All of them were considered azoospermic men and they were divided in 3 groups: NOA (68%), OA (10%) and idiopathic (22%). In the first group, 36% report an acquired disease (varicocele, mumps, trauma, cytostatic drugs), while 5% presents a congenital disorder (Klinefelter syndrome, Turner syndrome, AFZc deletion). Most of OA men

had vasectomy in the past while 7% has cystic fibrosis with bilateral congenital absence of vas deferens. In NOA group, 76% and 24% had positive and negative biopsies ($p < 0.05$), respectively. While in OA group, all patients had positive biopsies.

From the 84 men with negative biopsies, 37% adopted a child, 13% resorted to sperm bank.

Discussion/Conclusions: Our study results match the current literature underlying the need of a full patient examination with physical examination, semen analysis, hormonal determinations, karyotype and ultrasonography.

In the era of ICSI, testicular biopsy is usually performed in men with non-obstructive azoospermia (NOA) for spermatozoa extraction, the testicular sperm extraction (TESE) procedure. In about 50%–60% of men with NOA and in 100% of men with OA, spermatozoa can be retrieved from the testes and used for ICSI.

However, the results should be interpreted carefully since single testis biopsy is not representative to the whole organ. Finally, the procedure used may impact the outcome (microsurgical TESE was associated with higher sperm retrieval rate compared to the conventional TESE), as will the experience of the laboratories in identifying testicular sperm.

Nº: 50

EFFECTIVENESS OF SEMEN WASHING TO PREVENT HIV TRANSMISSION

Gil Falcão; Francisco Fernandes; Thiago Guimarães; João Guerra; Cabrita Carneiro; Fortunato Barros; Luís Campos Pinheiro
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Introduction: Approximately 37 million people are living with HIV worldwide (1) and over 80% of HIV-infected individuals are of childbearing age (2). A cornerstone of successful HIV prevention campaigns has included the promotion of consistent condom use (3). However, many heterosexual HIV-discordant couples

desire pregnancy (4, 5) and consistent condom usage impedes this desire. Couples may risk sexual HIV transmission in order to achieve pregnancy if they do not have access to safer reproductive methods (4, 6, 7). Semen washing is a safer reproductive strategy that HIV-discordant couples in which the male is infected can use to achieve pregnancy (8).

Semen washing removes spermatozoa, which are not vectors for HIV, from surrounding seminal fluid, and the HIV-negative sperm fractions are used in assisted reproduction (8)

Material and methods: Between 2010 and 2019, 50 HIV-discordant couples achieved pregnancy without horizontal or vertical transmission. 45 semen samples underwent several “cleaning” cycles named sperm washing while the 5 sperm samples left were retrieved directly from TESE (testicular sperm extraction). In the latter no sperm washing cycles were done.

It's a retrospective study which included 50 patients, sperm evaluation, ART (antiretroviral therapy), TESE, sperm washing cycles and HIV status before and after pregnancy.

Results: No HIV transmission occurred in 145 cycles of assisted reproduction using washed semen among 50 women ($p < 0.05$). All men underwent viral suppression before semen washing, and no HIV seroconversions occurred. 50 pregnancies were achieved and no horizontal or vertical transmission occurred.

Discussion/Conclusion: We found that semen washing provides a safe and effective method for HIV serodiscordant couples to become pregnant. There were no instances of HIV seroconversion among HIV-uninfected women inseminated with washed semen from their HIV-infected partners. TESE patients don't need to undergo sperm washing because the sperm sample is already small and there is an higher risk of losing some sperm during the cycles.

There were no cases of vertical transmission. Careful selection and handling of sperm after TESE procedure is essential to prevent HIV transmission.

Nº: 51

CABAZITAXEL IN PATIENTS WITH CASTRATION-RESISTANT PROSTATE CANCER

Gil Falcão; João Barreira; Francisco Fernandes; Rui Bernardino; Thiago Guimarães; Mariana Medeiros; Vanessa Andrade; João Guerra; Rita Tomás; Cabrita Carneiro; Luís Campos Pinheiro
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introduction & objectives: Prostate cancer (CaP) is among the most common cancers in males. Although most cases of prostate cancer are diagnosed and treated while disease is localized, some men have evidence of metastatic prostate cancer. Contemporary research has led to the development of multiple active treatment modalities for men with advanced disease, in addition to androgen deprivation therapy (ADT). Management of men with metastatic castration-resistant prostate cancer (mCRPC) involves the sequential use of these approaches, with the goals of prolonging survival, minimizing complications, and maintaining quality of life. CaP is androgen dependent in the beginning, but as time progresses, it becomes refractory to androgen deprivation treatment. At this stage, docetaxel has been used as standard treatment for years. Cabazitaxel has become the first chemotherapeutic agent which has been shown to increase survival for patients (pts) with mCRPC that progresses after docetaxel. The correlation of the oncological outcomes of pts age in mCRPC pts have not been unclear.

Materials & methods: In this study, we evaluated a total of 16 pts who progressed despite docetaxel treatments, had ECOG performance score between 0-2, and used cabazitaxel treatment 25 mg/m² at every 3

weeks, and prednisolone 5 mg twice a day for mCRPC diagnosis in Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central from June 2016 to June 2019, retrospectively. We assessed the prognostic significance of cabazitaxel, focusing on pts age and the correlation of e'cacy between docetaxel and cabazitaxel. Demographic and clinical data were collected and the information was cross-checked with that of the pharmaceutical services. Significance (p) of less than 0.05 was considered statistically significant. Statistical analysis was performed in Stata.

Results: The median overall survival (OS) periods after the introduction of cabazitaxel was 10,4 months. A 30% PSA response to cabazitaxel was achieved in 13 (81%) pts. A 30% PSA response to cabazitaxel was achieved in 3 (50.0%) pts with ≥ 75 years ($n = 6$) and 6 (60%) pts with less than 75 years ($n = 10$). There was no significant correlation between the PSA response and pts' age ($p = 0.093$). A 30% PSA response to cabazitaxel was achieved in 9 (56%) and 4 (25%) pts with and without that to docetaxel, respectively. There was no significant correlation of the PSA response between docetaxel and cabazitaxel ($p = 0.087$). Univariate and multivariate analysis revealed that there were no significant correlation of pts age, the response to prior docetaxel therapy or cycles of docetaxel therapy with shorter OS.

Conclusions: These results suggest that cabazitaxel is a safe and effective treatment option for mCRPC pts who progress after docetaxel and indicate that the introduction of cabazitaxel for mCRPC pts could result in oncological outcomes without any association with pts's age and the profiles of previous docetaxel therapy.

Nº: 52

THE ABILITY OF OUR EYES TO PREDICT INVASIVE BLADDER CANCER

Luís Vale; José Pedro Vieira; Pedro Mendes; Francisco Botelho; Tiago Antunes-Lopes; Carlos Martins da Silva; João Silva; Paulo Dinis
Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário São João; Departamento de Biomedicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introduction: Transurethral resection of bladder tumors (TURBT) is concomitantly a diagnostic and therapeutic procedure. In fact, TURBT main goals are to obtain pathological material with good quality for histological diagnosis/staging and to completely remove all visible lesions. The presence of detrusor muscle in the specimen is a key landmark for the quality of resection.

Objective: To evaluate the naked eye perception and the quality of the initial TURBT by surgeons with different levels of experience in a tertiary center.

Materials and methods: A prospective study was conducted, including 68 patients with bladder cancer submitted to the first TURBT, between 2018 and 2019 in a tertiary center. We compared the perception of two blinded surgeons, a senior and a resident, in 3 different parameters: muscle or non-muscle invasiveness, high or low grade cancer, and the presence or absence of detrusor muscle in the specimen.

Results: The pathological analysis revealed the presence of muscle invasive bladder tumors in 15% of the resections. Macroscopically, the resident group revealed a sensitivity of 70% and a specificity of 71% to detect muscle invasive tumors, while the senior group revealed a sensitivity of 80% and a specificity of 87%. The negative predictive value was 94% in the residents and 96% in the seniors.

Regarding the tumor grade, high grade cancer was reported in 74% of the specimens. In

this setting, the sensitivity and specificity of the residents were 79% and 44%, respectively, while those of the seniors were 83% and 61%. The positive predictive value was 79% for residents and 83% for seniors.

Finally, 80% of the TURBT had muscle representativeness. The sensitivity of surgeons (either resident or senior) to report the presence of muscle in the specimen was 88%, with a specificity of 17% for the resident and 33% for the senior. The positive predictive value for this parameter was 79% for the resident, and 81% for the senior. There were no statistically significant differences between groups for the three parameters.

Conclusion/Discussion: According to our results, surgeon's naked eye analysis showed a good predictive ability to detect muscle invasive, high grade bladder cancer and the presence of detrusor muscle in TURBT specimen. However, in 20% of patients there was no muscle representativeness in the sample, underlining the role of second look in this setting. A future study to compare surgeon's predictive ability to infer relevant parameters of the tumor pathology in the first TURBT with the results of the second look pathology will better elucidate the real value of the second look.

Nº: 53

FEMALE PRIMARY URETHRAL TUMOR: IS PARTIAL URETHRECTOMY AN OPTION IN ADVANCED TUMOURS?

Luísa Jerónimo Alves; João Ascensão; Bruno Graça; João Dóres; Sofia P. Lopes; João Marcelino
Hospital Beatriz Ângelo

Introduction and objectives: Female primary urethral carcinoma (PUC) is a rare cancer which accounts for less than 1% of all malignancies. In the published data on this issue there are still questions that remain unanswered as if a partial urethrectomy is a safe procedure regarding oncological outcome

and if a multimodality approach would improve either the recurrence-free survival or the overall survival. Our aim is to report a case of an advanced urethral tumour submitted to a urethra-sparing surgery.

Material and methods: Case report of PUC in a patient treated in Hospital Beatriz Ângelo, Lisbon.

Results: A 71 years-old female patient with a history of hypertension, presented with gross hematuria and fatigue. At clinical examination a mass located at the distal urethra, with hemorrhagic features and left inguinal lymph node enlargement was observed. Blood analysis revealed a hemoglobin of 5,8g/dL. The contrast enhanced computed tomography (CT) was positive for bilateral positive inguinal lymph nodes without further abnormalities of notice. Flexible urethrocystoscopy was negative for bladder lesions. Thus, an excisional biopsy of the urethral mass as well as of the left inguinal lymph node were performed revealing a well-differentiated squamous cell carcinoma with inguinal nodal metastasis. The patient underwent to a partial urethrectomy and bilateral radical inguinal lymphadenectomy. Final staging was pT1N2R0 (2/20) M0 (stage IV). After discussion, was decided to perform a laparoscopic radical pelvic lymphadenectomy which was negative for malignancy (0/12). The patient is on her tenth month of follow up, fully continent, without tumour relapse.

Conclusions: Primary urethral carcinoma is a rare entity hence the investigation is hampered by the small number of cases described and recommendations are made based on small series of patients. In females, urethra-sparing surgery is a treatment option in cases of distal tumours if negative margins can be achieved. However, it is still controversial if conservative surgery can be a choice in advanced tumours. Regarding the multimodal

approach, a trend towards offering combined therapies emerged. However, scarce data exists on the best timing to implement chemoradiation treatments.

Nº: 54

TUMOR MISTO EPITELIAL E ESTROMAL DO RIM (MEST): UM CASO CLÍNICO

Maria Alexandra Rocha; Mariana Madanelo; Paulo Príncipe; Miguel Ramos; Nuno Jorge Lamas; Avelino Fraga

Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: O tumor misto epitelial e estromal (MEST) do rim é uma neoplasia benigna, rara, com um componente epitelial e estromal em proporções variáveis. Estes tumores ocorrem com maior frequência em indivíduos do sexo feminino, na quinta década de vida. Habitualmente apresentam-se de forma inespecífica com hematúria ou dor lombar. Apesar de ser um tumor benigno, estão descritos casos de transformação maligna.

Os autores reportam um caso de um tumor MEST.

Caso clínico: Os autores apresentam um caso de um tumor MEST, numa mulher de 61 anos, enviada à consulta por lesão ocupante de espaço no rim esquerdo, diagnosticada no decorrer da investigação de uma dor lombar contralateral. A doente tem como antecedentes patológicos de relevo diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e história prévia de eritema nodoso de origem bacilar (em 1999). Na consulta, apresentava-se assintomática. Na tomografia computadorizada (TC) era evidente uma lesão nodular complexa, medindo 65x53mm, parcialmente exofítica, localizada na vertente externa do rim esquerdo. A doente foi submetida a nefrectomia radical esquerda laparoscópica. O exame anatomo-patológico da peça cirúrgica revelou a presença de um tumor MEST. 6 meses após a cirurgia, a doente encontrava-se assintomática e com um TC inocente, sem sinais de

recidiva local ou metastização, assim como cistoscopia e citologia urinária negativas.

Discussão/Conclusões: O MEST é mais frequentemente encontrado em mulheres, normalmente perimenopáusicas. Os sintomas de apresentação normalmente são dor lombar, hematúria ou sintomas do trato urinário; em 25% dos casos corresponde a um achado incidental. Do ponto de vista radiológico, o MEST apresenta-se como uma massa quística complexa, geralmente classificada como Bosniak III a IV, indistinguível de carcinoma de células renal cístico.

No caso apresentado, a massa renal foi identificada numa TC abdomino-pélvica requisitada pelo médico assistente no decorrer do estudo de uma dor lombar contralateral, correspondendo neste caso a um “incidentoma”. A doente foi submetida a nefrectomia radical esquerda laparoscópica. O exame anatomo-patológico demonstrou uma neoplasia multicística bifásica com cavidades císticas revestidas por células epiteliais cuboidais ou achatadas frequentemente com aspecto em *hobnail*; o componente estromal subjacente foi predominantemente do tipo ovárico alternando com áreas de tipo muscular liso. Estes aspetos são compatíveis com as descrições presentes na literatura.

Trata-se, então, de uma neoplasia benigna rara, com potencial maligno. Este diagnóstico deve ser tido em consideração pré-operatoriamente em indivíduos sujeitos a terapêutica hormonal, principalmente mulheres.

ESTUDO COMPARATIVO DE CUSTO-EFETIVIDADE DE LEOC *VERSUS* URSF NO TRATAMENTO DE CÁLCULOS RENAI NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

Silva, Andreia Bilé¹; Dinis, Paulo Jorge¹; Fonseca, Rita Rodrigues¹; Monteiro, Pedro¹; Peyroteo, Inês²; Monteiro, Luís Abranches¹
¹Hospital de Egas Moniz - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; ²Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

Introdução: A urolitíase é uma patologia cada vez mais prevalente e representa um problema de Saúde Pública dada a morbilidade e custos associados. O tratamento de cálculos renais, habitualmente assintomáticos, é instituído para prevenir complicações. As técnicas adotadas visam obter os melhores resultados (traduzidos por taxas de *stone-free*) com o mínimo de complicações possível. Os procedimentos mais utilizados no tratamento de cálculos renais de dimensão <20mm são a litotricia extracorporeal por ondas de choque (LEOC) e a cirurgia intrarrenal retrógrada (CIRR) com recurso a ureterorenoscopia flexível (URSF), podendo os doentes ser elegíveis para ambas as técnicas. Os custos implicados no tratamento da litíase são significativos, pelo que condicionantes de índole económica devem ser ponderadas na seleção do tratamento a adotar, sem prejuízo dos resultados que se pretendem obter. Da literatura não constam análises comparativas de resultados e custos de cada um destes tratamentos na abordagem primária de cálculos renais, tornando complexo estimar o possível impacto de fatores económicos como agentes de decisão terapêutica.

Objetivo: Analisar e comparar custos e efetividade da LEOC e da URSf no tratamento primário de cálculos renais, num hospital de nível terciário, com uma unidade diferenciada em litíase.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, ob-

servacional, unicêntrico em que foram identificados os doentes submetidos a LEOC e URSf na nossa instituição no ano de 2015. Incluíram-se todos os doentes acompanhados na nossa unidade, com cálculos renais <20mm, radiopacos, não submetidos a tratamentos prévios. Definiu-se *stone-free* como a ausência de cálculos obstrutivos >4mm, aquando da reavaliação após o tratamento. Recorreu-se ao Registo de Saúde Eletrónico (RSE) para aferir complicações até 3 meses após o procedimento. O custo direto médio de cada sessão de LEOC e de cada procedimento de CIRR foi estimado a partir dos gastos com pessoal e espaço (atendendo à duração média do procedimento), consumíveis utilizados e custos com aquisição e manutenção do material necessário à técnica. A análise estatística foi efetuada com recurso ao software SPSS, versão 23. Considerou-se um $p < 0.05$ como estatisticamente significativo.

Resultados: De entre os 93 doentes incluídos no estudo, 72 foram submetidos a LEOC (77,4%) e 21 a URSf (22,6%) como tratamento primário de cálculos renais. As amostras foram comparáveis em idade (58.4 ± 1.3 e 51.8 ± 3.1 anos – $p=0.3$) e sexo ($p=0.2$). A dimensão dos cálculos (11.5 ± 0.6 para LEOC e 12.0 ± 1.2 mm para URSf – $p=0.7$) e a sua localização ($p=0.6$) foram semelhantes. A taxa de complicações foi comparável em ambos os grupos: 13.9% (10/72) pós-LEOC e 4.8% (1/21) pós-URSF ($p=0.5$), bem como o tipo de complicações registadas ($p=0.6$) e a necessidade de internamento subsequente. Obteve-se uma taxa de *stone-free* comparável de 87.9% (58/66) após 2 sessões de LEOC (em média), e 80% (12/15) com URSf. Registaram-se 6 doentes perdidos para *follow-up* em cada um dos grupos. O custo direto médio de cada sessão de LEOC e de cada procedimento de CIRR foi de 300,17€ e 2235,04€, respetivamente. Dado que dos

doentes submetidos a LEOC, 37.5% (27/72) realizou mais do que uma sessão, o custo direto médio desta técnica na amostra considerada rondou os 525,32€, significativamente inferior ao custo médio da URSf ($p < 0.001$).

Discussão: Verifica-se que as amostras em estudo são comparáveis em termos de demografia, características dos cálculos, taxa de *stone-free* e complicações. A avaliação final de resultados foi realizada após 2 sessões de LEOC (em média) e um procedimento de CIRR. A única diferença estatisticamente significativa reporta-se aos custos diretos médios estimados para cada um dos procedimentos.

Conclusões: Para a obtenção de taxas de *stone-free* e de complicações comparáveis, a LEOC é menos dispendiosa do que a URSf e, portanto, na amostra estudada, demonstrou ser a técnica mais custo-efetiva no tratamento primário de cálculos renais.

Nº: 56

SÍNDROME DE REED

– DESCRIÇÃO DE UM CLUSTER FAMILIAR

Afonso Castro¹; Carolina Borges da Ponte¹;
Tiago Oliveira^{1,2}; Pedro Oliveira¹; José Santos Dias¹;
Tomé Matos Lopes¹

¹Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte, Lisboa, Portugal; ²Hospital das Forças Armadas, Lisboa, Portugal

Introdução: O Síndrome de Reed, ou leiomiomatose hereditária associada a carcinoma de células renais, é um síndrome genético, descrito em 2001, de transmissão hereditária com padrão autossômico dominante, caracterizado pela mutação heterozigótica no gene da fumarato hidratase, localizado na região 1q. 42-44. Este codifica uma enzima relacionada com o ciclo de Krebs, envolvida no metabolismo energético celular.

Carateriza-se pelo desenvolvimento de leiomiomas uterinos de aparecimento precoce (95% dos casos no sexo feminino), leiomiomas

cutâneos (76% dos casos) e de carcinoma de células renais de tipo papilar de comportamento agressivo (15% dos casos).

O diagnóstico é feito, na sua maioria, durante a investigação diagnóstica e etiológica de um ou mais componentes da tríade acima referida ou através do seguimento genético após o diagnóstico realizado a um familiar direto.

Objetivos: Apresentar, através da descrição de um caso clínico representativo, as manifestações e história natural do Síndrome de Reed.

Material e métodos: Os autores descrevem o caso de uma mulher de 20 anos, caucasiana, assintomática até essa data, que inicia quadro de dismenorreia e metrorragia. A avaliação ecográfica evidenciou múltiplos uterinos subserosos, pelo que foi submetida a ressectoscopia, com resolução do quadro. Passado um ano, apresentou recidiva sintomática e ecográfica, acompanhada do aparecimento de múltiplas lesões cutâneas papulomatosas. Posteriormente, em 2008 realizou estudo genético, que demonstrou mutação missense em heterozigotia no gene da fumarato hidratase, confirmando molecularmente o diagnóstico de síndrome de Reed.

Resultados: Pelo risco aumentado de desenvolvimento de carcinoma de células renais, foi realizada avaliação imagiológica periódica com tomografia computadorizada. Aos 4 anos de seguimento, foi identificado quisto renal Bosniak III, pelo que foi submetida a nefrectomia parcial esquerda por via laparoscópica transperitoneal, concomitantemente com histerectomia total e ooforossalpingectomia bilateral. A análise anatomopatológica da peça de nefrectomia parcial revelou tratar-se de carcinoma de células renais papilar tipo 2, pT1a com margens cirúrgicas negativas.

Após cinco anos de seguimento, foi identificada adenopatia em localização latero-aór-

tica esquerda com 16 mm e características suspeitas, pelo que foi excisada por via laparoscópica. A análise anatomopatológica foi compatível com metástase de carcinoma de células renais papilar tipo 2.

Atualmente, aos 54 anos, 34 anos após as primeiras manifestações, apresenta-se em seguimento clínico e imagiológico regular por equipa multidisciplinar, não apresentando evidência de recidiva tumoral.

Paralelamente, é seguida em consulta de Genética Clínica, em conjunto com outros familiares nos quais a doença apresentou alguns ou todos os componentes da tríade que a compõe.

Discussão/Conclusões: Cerca de 4% dos tumores do rim têm padrão de transmissão hereditário. Dentro destes, o Síndrome de Reed é raro, com apenas 200 famílias descritas em todo o mundo. O desenvolvimento de carcinomas de células renais determina o prognóstico, em que metade dos doentes afetados evidencia doença metastizada na apresentação, sendo responsável pela morte dos doentes em 75% dos casos. O diagnóstico de tumores renais ocorre maioritariamente na 4ª ou 5ª décadas de vida, sendo mais comuns no sexo feminino e, na sua maioria, unilaterais e solitários. Pela agressividade demonstrada, a vigilância deve ser iniciada aos 10 anos nos doentes com diagnóstico estabelecido e é recomendada a excisão das massas renais suspeitas, mesmo nos casos de pequenas dimensões. As características metácronas destes obrigam à realização de abordagens poupadoras de nefrónios sempre que possível. Nos casos de doença mais avançada, a abordagem é semelhante aos outros tumores do rim, não havendo, até à data, tratamento dirigido para este síndrome. O aconselhamento genético e acompanhamento multidisciplinar são assim fulcrais nestes casos.

Nº: 57

URETEROSTOMIA CUTÂNEA BILATERAL NA DISFUNÇÃO MICCIONAL NEUROGÉNICA END-STAGE

Paulo Pe Leve; Afonso Castro; Carolina Ponte; João Felício; João Lemos Almeida; Ricardo Pereira e Silva; José Palma dos Reis; Tomé Lopes

Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Introdução: A cistectomia com derivação urinária no contexto de doença benigna é sempre uma opção de última linha de tratamento de doentes com queixas graves do aparelho urinário inferior, ausência de resposta às modalidades terapêuticas menos invasivas ou com danos irreversíveis/complicações decorrentes da situação de base. Existem 3 tipos de cistectomia possíveis nestes casos: cistectomia total, cistectomia subtrigonal e cistectomia supratrigonal, sendo esta última associada a menor tempo operatório e menos morbilidade para os doentes. Alguns urologistas optam por realizar derivação urinária sem cistectomia associada, mas com risco acrescido de algumas complicações, nomeadamente piocistis. Relativamente à derivação urinária, esta deve ser sempre escolhida pelo cirurgião atendendo ao doente em questão, no que concerne a comorbilidades, perfil cognitivo e expectativas do próprio doente.

Objetivo: Descrever um caso clínico de sucesso de um doente com bexiga neurogénica, submetido a cistectomia supratrigonal e no qual a derivação urinária com ureterostomias cutâneas em “cano de espingarda” acabou por ser a solução adotada.

Materiais e métodos: Descrevemos o caso clínico de um doente do sexo masculino, com 51 anos de idade, com Síndrome de Di George com importante défice cognitivo e antecedentes de AVC Isquémico há 6 anos. O doente apresentava um diagnóstico de bexiga neurogénica, encontrando-se com cateter

suprapúbico há 3 anos. O cateter suprapúbico apresentava-se em drenagem contínua, para otimizar o esvaziamento, por apresentar importante refluxo vesico-ureteral bilateral com consequente ureterohidronefrose bilateral, diminuição da espessura parenquimatosa bilateralmente e ureteres dilatados e tortuosos. Da disfunção supra resultou degradação progressiva da função renal. O doente recorria frequentemente ao serviço de urgência por quadros de obstrução do cateter, com necessidade de substituição. Esta situação apresentava um significativo impacto na qualidade de vida do doente e dos cuidadores. Descrevemos neste trabalho a solução cirúrgica encontrada para o doente em questão, através de fotografias retiradas por elementos externos à equipa cirúrgica.

Resultados: Dado o quadro de bexiga neurogénica com importante disfunção miccional, com atingimento do aparelho urinário alto e degradação da função renal optou-se pela realização de derivação urinária. Dadas as comorbilidades do doente e a evidência imagiológica de grande calibre dos ureteres optou-se por derivação urinária por ureterostomias cutâneas “em cano de espingarda”. Por dúvidas acerca da capacidade de drenagem vesical através do esfíncter estriado com eventual risco de piocistis foi decidida realização de cistectomia supratrigonal. O procedimento decorreu sem intercorrências. Teve alta clínica para domicílio ao final de 7 dias. O doente ficou com cateteres mono J bilateralmente, que retirou após 3 semanas. O resultado anatomopatológico revelou extensa inflamação, com ausência de tecido neoplásico, como esperado. O doente encontra-se com 1 ano de *follow-up*, muito satisfeito e bem adaptado ao estoma. Refere grande ganho de qualidade de vida, tal como os cuidadores.

Conclusão: A derivação urinária através de

ureterostomias cutâneas pode ser uma boa opção em doentes com bexiga neurogénica, com LUTS graves ou envolvimento do aparelho urinário superior, nos quais se tenham esgotado todas as opções terapêuticas conservadoras / minimamente invasivas. Embora seja um procedimento tendencialmente preterido em detrimento de outras opções disponíveis, poderá ser útil nomeadamente em doentes com comorbilidades, idade avançada ou risco elevado de disfunção metabólica após interposição de segmento intestinal, dado menor tempo cirúrgico e menor taxa de complicações. Este caso clínico é paradigmático de como uma opção cirúrgica *patient-tailored* pode permitir um significativo incremento na qualidade de vida em doentes neurológicos, preservando igualmente a função renal.

Nº: 58

PROGNOSTIC MEANING OF pT0 FINDING IN RADICAL CYSTECTOMY SPECIMENS

Ramos, S.¹; Braga, I.²; Moreira e Silva, V.²; Oliveira, J.²

¹Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca;

²Instituto Português de Oncologia do Porto

Introduction: *Absence of detected tumor tissue (pT0) on histological examination of radical cystectomy (RC) specimens ranges from 5 to 20%. Although outcomes in these patients tend to be favorable, pT0 does not always mean cure from the disease.*

Objective: *We assessed clinical outcomes in bladder cancer patients with no evidence of disease (pT0) following RC.*

Materials and Methods: *Retrospective analysis of clinical data from patients submitted to RC in a tertiary Urology department between January 2013 and June 2017. Patients lost to follow-up and those with primary non-urothelial tumors (n= 14) were excluded. Patients were divided into 2 groups: Group A (pT0) and group B (tumor present). Considered clinical and oncological variables were: age at the*

time of RC, gender, preoperative clinical stage (TNM), use of neoadjuvant chemotherapy (NCT). We estimated cancer-specific survival (CSS) and overall survival (OS) through the Kaplan-Meier method (SPSS v20).

Results: Data from 146 patients was collected, with a mean follow-up time of $37,3 \pm 22,6$ months. Mean age at the time of RC was $65,9 \pm 9,5$ months, and 87,7% were men. Twenty one patients (14,4%) had pTNO histology at the time of RC: prevalence was 43,6% in those who completed NCT, compared to 4,4% in patients submitted to RC alone ($p < 0.001$). Among group A, clinical stage was $\geq cT2$ in 17 patients (81%, all of them received NCT), whereas in 4 (19%) the indication for RC was non-muscle invasive disease. After a mean surveillance period of 46.7 ± 17.7 months, cancer-specific (CSS) and disease-free survival (DFS) were 100%, and overall survival (OS) was 95,2%. Conversely, in group B patients, estimated 5-year CSS and OS were 59,2% and 56%, respectively.

Discussion/conclusions: The present study shows that pT0 pathology in RC specimen is associated with a good prognosis regarding CSS and OS. In patients that completed NCT a significant difference in pT0 patients was found, highlighting the possible benefit of this treatment in UBC outcomes. Although stage pT0 confers a benefit in survival, surveillance is still required as some patients experience disease recurrence according to literature.

Nº: 59

VERY LOW-RISK PROSTATE CANCER – IS RADICAL PROSTATECTOMY A REASONABLE CHOICE?

Ramos, S.; Barcelos, A.; Cebola, A.; Pinheiro, A.;
Varregoso, J., Ferrito, F.
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introduction: Low risk prostate cancer (LRPC) overdiagnosis has become more frequent in the last decade, raising concerns on the mor-

bidity induced by the subsequent overtreatment. Active surveillance (AS) is an appealing alternative in these indolent tumors, allowing the postponement or avoidance of radical treatments, without compromising cancer-specific survival (CSS). However, there are no prospective randomized controlled trials available reporting long-term outcomes or comparing AS to standard treatments.

Objective: We aimed to compare outcomes of AS and radical prostatectomy (RP) in the approach of patients with LRPC.

Materials and methods: Retrospective clinical data was gathered on men diagnosed with very low-risk PC (biopsy Gleason score <7 ; ≤ 3 positive biopsy cores with $\leq 25\%$ tumor involvement in each positive core; PSA $< 10\text{ng/dL}$; stage $\leq cT2a$) between January 2012 and July 2017 in our department, and either included in the AS protocol or submitted to RP. Triggers for AS discontinuation were disease progression in re-biopsies; suspected PSA kinetics; patient's will. The following outcomes were analyzed: CSS, metastasis-free survival, postoperative functional outcomes.

Results: Sixty six (66) patients were included: 31 initially submitted to RP (group 1) and 35 included in the AS protocol (group 2). Mean age was 65.6 ± 5.2 years old in group 1 and 68.2 ± 5.4 years old in group 2. Mean initial PSA was 7.8 ± 2.7 ng/dL vs 6.3 ± 3.9 ng/dL in groups 1 and 2, respectively. In group 2, after a mean follow-up of 44.5 ± 26.9 months, the reported discontinuation rate was 30.6% (11 cases, 4 of whom for Gleason progression after 39.7 ± 11.1 months of AS). Radical prostatectomy was performed in 7 of these patients (two reported cases of reupstaging to pT3a ISUP group 2), and 2 received radiotherapy. In group 1 patients, histopathological analysis revealed an upgrade to ISUP group ≥ 2 in 13 cases (41.9%) comparing to biopsy. One patient died during surgery due to an acute myocar-

dial infarction. Adjuvant radiotherapy was performed in 4 patients, and 3 received salvage RT for biochemical relapse. Regarding functional results after RP, 5 patients (16.1%) report some degree of stress urinary incontinence and 20 (64.5%) have erectile dysfunction. No cases of cancer-related mortality or metastatic disease were reported in both groups.

Discussion/Conclusions: AS is increasingly accepted as a solution to reduce insignificant prostate cancers' overtreatment morbidity. We report good results in our department's protocol, with a 30.6% discontinuation rate but only 4 cases triggered by disease progression. In patients initially submitted to RP, functional morbidity was induced in a not negligible proportion of patients, which could have been delayed or avoided by AS. However, an alarming 41.9% of cancers initially submitted to surgery were upstaged in RP specimen, also raising the need for an accurate initial staging so patients are safely selected for AS. The recent EAU guidelines regarding the utility of multiparametric MR will probably minimize some of these problems.

Nº: 60

NEOPLASIAS TESTICULARES BILATERAIS SÍNCRONAS

Diogo Pereira; Raquel Catarino; Gabriel Costa; Tiago Correia; André Cardoso; Frederico Carmo Reis; Manuel Cerqueira; Rui Prisco
ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

Introdução: As neoplasias testiculares bilaterais são raras. A sua incidência varia entre 1 e 2%, sendo que a maioria é metácrona. Os fatores de risco para neoplasias do testículo bilaterais, síncronas ou metácronas, são semelhantes aos das neoplasias unilaterais. Apesar da orquidectomia parcial poder ser uma opção, a orquidectomia radical bilateral está recomendada no tratamento de neoplasias testiculares síncronas quando o tumor corresponde a mais do que 30% do volume testicular.

Objetivos: Apresentar três casos de neoplasias testiculares bilaterais síncronas.

Material e métodos: Foram analisadas retrospectivamente variáveis clínicas dos doentes diagnosticados com neoplasia do testículo no Hospital Pedro Hispano entre 2008 e 2019, e identificados os doentes com neoplasias testiculares bilaterais.

Resultados: Foram identificados 3 doentes com neoplasias testiculares bilaterais síncronas, sendo que nenhum doente apresentou neoplasia metácrona no testículo contralateral durante o período de seguimento. Todos foram submetidos a orquidectomia radical bilateral e fizeram quimioterapia adjuvante. Histopatologicamente, dois doentes apresentavam seminoma bilateral, enquanto um doente apresentava um seminoma num testículo e tumor de células germinativas misto no contralateral.

Discussão: Apesar de 65-75% dos tumores testiculares bilaterais serem metácronos, na nossa instituição, todos os casos recentemente diagnosticados foram síncronos. Torna-se importante fazer uma avaliação cuidadosa do testículo contralateral, e nos casos em que um procedimento poupador de tecido testicular não é possível deverão adotar-se estratégias para uma gestão cuidadosa dos problemas do doente, tanto a nível oncológico como psicológico.

Nº: 61

NEOFORMAÇÕES RENAI SÍNCRONAS COM HISTOLOGIA DISCORDANTE: UM CASO CLÍNICO

Diogo Pereira; Raquel Catarino; Gabriel Costa; Tiago Correia; André Cardoso; Frederico Carmo Reis; Manuel Cerqueira; Prof. José Manuel Lopes; Rui Prisco
ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano, Hospital CUF Porto, IPATIMUP

Introdução: O carcinoma de células renais representa 2-3% de todas as neoplasias. A incidência de tumores esporádicos mul-

tifocais é de 4-20% à data de diagnóstico, podendo estar associados a uma predisposição genética, ocorrendo estes bilateralmente com maior frequência. A histologia discordante em tumores multifocais pode ocorrer em até 30% dos casos.

Objetivo: Descrever um caso clínico de uma doente com múltiplas neoformações renais síncronas ipsilaterais com diferentes histologias.

Material e métodos: Análise retrospectiva de um caso clínico e sua descrição.

Resultados: Uma doente do sexo feminino com 49 anos foi orientada à consulta de Urologia por um achado incidental de duas neoformações renais à direita no âmbito do estudo de um quadro de hipertensão de novo associada a astenia. A ressonância magnética demonstrou uma massa com cerca de 5cm de máximo diâmetro no pólo superior do rim direito, com crescimento exofítico sem plano de clivagem com a glândula suprarrenal direita, sem segura exclusão de infiltração do músculo psoas, mostrou ainda uma lesão nodular com cerca de 1cm no pólo inferior do mesmo rim. A doente foi proposta para Nefrectomia Radical e Adrenalectomia Laparoscópica que decorreu sem intercorrências. O resultado anatomopatológico demonstrou 3 neoformações: Perivascular *epithelioid cell tumor* (PEComa) de células fusiformes com envolvimento do tecido adiposo suprarrenal (pólo superior), carcinoma cromóforo (pólo inferior), tumor renomedular intersticial (terço médio).

Discussão: O PEComa é uma neoplasia mesenquimatosa composta por células epitelioides perivasculares. Habitualmente tem um comportamento benigno, mas estão descritos casos muito agressivos. O tumor renomedular intersticial é uma neoplasia benigna que provém das células medulares intersticiais. O carcinoma cromóforo, apesar de ser

uma entidade maligna, tem um prognóstico relativamente bom.

A possível coexistência de múltiplos tumores síncronos de diferentes histologias no mesmo rim é um fator importante a ter em conta na abordagem de neoformações renais.

Nº: 62

THE IMPACT OF MILLIMETRIC RESIDUAL STONES AFTER ENDOUROLOGICAL PROCEDURES FOR TREATMENT OF KIDNEY CALCULI: A RETROSPECTIVE ANALYSIS

Nuno Morais; Carla Ribeiro; Paulo Mota; João Torres; Sara Anacleto; Ricardo Rodrigues; Emanuel Dias; Carlos Oliveira; Mário Alves; Estêvão Lima

Serviço de Urologia - Hospital de Braga

Introduction: *The advent of minimally invasive surgical techniques has enabled the reduction of morbidity associated with surgical treatment of renal lithiasis. However, there is not a consensus on the best approach to residual stones, as it is known that these fragments have the potential to cause complications after elective procedures.*

Objectives: *The objective of this study is to evaluate the characteristics and the natural history of residual stones after percutaneous nephrolithotomy (PCNL) or flexible ureterorenoscopy (F-URS) for treatment of kidney calculi.*

Materials and methods: *Retrospective analysis of 369 patients submitted to endoscopic procedures for treatment of kidney stones. The presence and characteristics of residual fragments was accessed with follow-up radiologic exams and the occurrence of complications or the necessity of additional procedures were evaluated.*

Results: *The overall stone-free rate was 56.6% in F-URS and 60.9% in PCNL. The natural history of 239 patients with residual fragments was the spontaneous passage in 10.8% (26) of cases, 29.7% (71) developed new symptoms, 31.3% (75) had complications*

and 38.5% (92) required a new surgical procedure. The residual stones larger than 4mm had more complications ($p<0.001$), more recurrence of symptoms ($p=0.02$) and more additional surgeries ($p<0.001$) than stones smaller than 4mm. However, there was not found a significant association in spontaneous passage of residual calculi and its size ($<4\text{mm}$ vs $>4\text{mm}$; $p=0.305$). In the logistic regression models, the size of the residual fragments and the multi-calicial distribution were predictors of the development of new symptoms ($p=0.005$ and $p=0.016$, respectively) and the need of surgical re-intervention ($p<0.001$ and $p=0.028$, respectively). For each millimetre increase in size of the residual stone the chance of having a renal colic caused by a residual fragment increased by 8.7%. The location in the upper calyx, the multi-calicial distribution and the size of residual fragments were predictors of complications ($p=0.034$, $p=0.033$ and $p<0.001$, respectively).

Conclusions: Residual stones are a common scenario after endoscopic renal lithiasis procedures and have the potential to cause morbidity and complications, even in the case of small stones with $<4\text{mm}$ of diameter. More studies with prospective and randomized design are necessary to confirm these findings.

Nº: 63

KIDNEY TRANSPLANTATION FROM NON-HEART-BEATING DONORS (NHBD) AFTER EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXYGENATION (ECMO) – ARE THE SURGICAL COMPLICATIONS DIFFERENT?

Margarida Manso; Luís Pacheco-Figueiredo; Tiago Antunes-Lopes; João Silva; Gerardo Oliveira; Francisco Cruz; Paulo Dinis-Oliveira
Centro Hospitalar Universitário São João - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introduction: Kidney transplantation is a widely performed surgery, mostly with kidneys harvested from brain-death donors (BDD).

Despite being a very standardized procedure, surgical complications are expected, with the literature reporting values up to 25%. With increasing demand for organs, non-heart-beating donors (NHBD) have emerged as a new source of kidneys for transplantation. As the functional outcome of allograft from NHBD may be inferior in the short-term, it is not clear if it also influences the surgical complications.

Objective: To describe the surgical complications among patients submitted to kidney transplantation from NHBD after using extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) and to assess their potential determinants.

Materials and methods: From January 2016 to December 2018, 58 kidneys were implanted from NHBD (Maastricht classes IIa and IIb) after using extracorporeal membrane oxygenation (ECMO). Cumulative incidence of surgical complications at 12 months was calculated within this population, stratified by vascular, wound-related, lymphocele and infection subgroups; Clavien-Dindo classification was also applied to grade the severity of the complications. Potential determinants (donor and recipient gender and age, ischemia times) for those outcomes were investigated using binary logistic regression.

Results: After a median follow-up of 23 months, 22 (37.9%) patients presented surgical complications, despite only 12 (20.7%) corresponded to a Clavien-Dindo grade higher than I. The complications were vascular in 10 (45.5%) cases, 6 (27.3%) wound-related, there were 3 (13.6%) lymphoceles and 3 (13.6%) allograft infections. The vascular complications were mostly thrombosis (conducting to graft loss in five cases) and one renal artery pseudoaneurysm (solved by embolization). The wound-related problems were dehiscences (closed by second intention in two cases and with necessity for surgical

closure in one case). The lymphoceles were managed expectantly in one case, drained percutaneously in other and with laparoscopic peritoneal window in the remaining). The all three cases of graft infection lead to nephrectomy. Early allograft nephrectomy occurred in 8 patients (13.8%). Regarding potential determinants of surgical complications, female donor revealed a statistically significant association with a higher risk of surgical complications, although not evident concerning the receptor gender. Donor and recipient ages did not affect the surgical outcome. Similarly, warm and cold ischemia times did not correlate to outcome, however there was an association between increasing time in ECMO and surgical complications.

Discussion and Conclusion: More than one third of our patients submitted to kidney transplantation with grafts from NHBD developed surgical complications (although only approximately one fifth with a severity grade higher than I), being the majority of them vascular. The reason for such percentage is still not clear and further studies will try to investigate it. Nevertheless, renal transplantation from NHBD is a valuable option, allowing more patients to benefit from successful organ transplantation in this time of organ shortage, improving the balance between patients waiting for transplant and available kidneys.

Nº: 64

a1A-ADRENERGIC RECEPTOR ANTAGONISM IMPROVES ERECTILE AND CAVERNOSAL RESPONSES IN RATS WITH CAVERNOUS NERVE INJURY AND ENHANCES NEUROGENIC RESPONSES IN HUMAN CORPUS CAVERNOSUM FROM PATIENTS WITH ERECTILE DYSFUNCTION SECONDARY TO RADICAL PROSTATECTOMY

La Fuente J.M. MD, PhD¹; Nuno L. MD¹; Juan I. Martínez-Salamanca MD, PhD²; E Martínez-Salamanca, LT³; Argentina Fernández, LT³; Pepe-Cardoso J.,MD⁴; Joaquín Carballido, MD, PhD³; Angulo J., PhD³

¹Serviço de Urologia, Hospital Santo Antonio, Porto, Portugal; ²Servicio de Urología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, Spain; ³Servicio de Histología-Investigación, Unidad de Investigación Cardiovascular Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Spain; ⁴Serviço de Urologia. Hospital Fernando da Fonseca, Amadora-Sintra, Portugal

Introduction: Erectile Dysfunction pos- Radical Prostatectomie (ED-RP is typically attributed to injury to the CNs that provide most of the autonomic input to the erectile tissue. Recent results obtained in our laboratory have shown that neurogenic contractile responses (adrenergic) are increased in corpus cavernosum (CC) from rats after CN injury (CNI) and in cavernosal tissues from men with ED-RP. This is parallel to a profound impairment of neurogenic relaxant responses (nitrgenic) that result in a marked imbalance in the neurogenic control of penile smooth muscle tone favoring contractile input over relaxant drive, thus antagonizing the erection process.

In addition,adrenergic stimulation inhibits nitric oxide (NO) release from nitrgenic nerve terminals through activation of pre-synaptic ARs. Therefore the adrenergic system antagonizes neurovascular processes leading to erection.

Aim: To evaluate the modulation of the a-a-drenergic system as a strategy to relieve erectile dysfunction (ED) and functional ca-

vernosal alterations induced by CNI.

Material and methods: A non-selective α -blocker (phentolamine 1 mg/kg daily), a selective α 1-blocker (silodosin [SILOD] 0.1 mg/kg daily), or vehicle was orally administered for 4 weeks after bilateral crush CNI (BCNI). Erectile and neurogenic responses of the corpus cavernosum (CC) were evaluated. The acute effects of SILOD also were evaluated in vivo (0.03 mg/kg intravenously) and ex vivo (10 nmol/L). The effects of SILOD and tadalafil (TAD) on nitroergic relaxations were determined in human CC from patients with ED with a vascular etiology or ED secondary to RP.

Main outcome measures: Erectile responses in vivo in rats and neurogenic contractions and relaxations of rat and human CC.

Results: Long-term treatment with SILOD significantly improved erectile responses and allowed for the potentiation of erectile responses by acute treatment with TAD (0.3 mg/kg intravenously) in rats with BCNI. SILOD partly recovered nitroergic relaxations and normalized neurogenic contractions in CC from rats with BCNI. Long-term treatment with SILOD partly prevented BCNI-induced decreases in neuronal nitric oxide synthase expression. Acute administration of SILOD (0.03 mg/kg intravenously) improved erectile responses in vivo and potentiated nitroergic relaxation and decreased neurogenic contractions ex vivo in CC from rats with BCNI. In human CC from patients with ED with a vascular etiology, TAD (30 nmol/L), SILOD (10 nmol/L), or their combination increased nitroergic relaxations.

Potentiation by TAD was lost in human CC from patients with ED after RP but was recovered after co-treatment with SILOD.

Conclusion: α -Adrenergic modulation, especially selective α 1A-blockade, improves erectile and cavernosal functions after BCNI. Modulation of the adrenergic system, mainly

in combination strategies, could have a role in the management of ED after RP.

Nº: 65

ACTIVATION OF L-CYSTEINE / H2S PATHWAY INVOLVES HYPERPOLARIZATION AND GUANYLYL CYCLASE STIMULATION IN HUMAN CORPUS CAVERNOSUM AND PENILE ARTERIES. INTERFERENCE WITH NO / GMPc PATHWAY

La Fuente J. M.¹; Nuno L.¹; Martínez Salamanca J. I.²; Cuevas P.³; Fernández A.³; Rolo F.⁴; Angulo J.³

¹Hospital Santo Antonio, Porto, Portugal; ²Hospital Puerta de Hierro, Madrid, Spain; ³Hospital Ramon y Cajal, Histología-Investigación, Madrid, Spain;

⁴Hospital Universidade de Coimbra, Portugal

Introduction: Sexual stimulation causes relaxation of trabecular smooth muscle and dilation of human penile resistance arteries within the corpus cavernosum.

Nitric oxide / cGMP pathway is key for smooth muscle relaxation and blood flow increase into the corpora cavernosa. However, alternative relaxation pathways have been demonstrated to be functional in human penile smooth muscle (prostanoids-cAMP, hyperpolarizing factor,...).

Modulation of these alternative pathways could have a marked interest in the management of ED in case of inadequate response of human penile smooth muscle to NO/cGMP pathway.

Formerly considered a toxic gas, hydrogen sulfide (H2S) has been recently demonstrated to be a gas-transmitter with vasodilatory anti-inflammatory, anti-oxidant and anti-inflammatory activities and capacity to relax human corpus cavernosum. H2S is endogenously formed from the aminoacid, L-cysteine, has been demonstrated to relax human corpus cavernosum.

Objectives: 1 - Evaluate the impact of ED on relaxation induced by H2S signaling in human corpus cavernosum and penile resistance arteries.

2 - Evaluate H₂S signaling pathway in human penile tissue, mainly when associated to pathological situations such as hypertension and diabetes.

Aim: The aim of this work was to characterize physiological pathways involved in relaxation of human corpus cavernosum (HCC) and vasodilatation of penile resistance arteries (HPRA) induced by H₂S/L-cysteine pathway.

Material and methods: HCC and HPRA were obtained from organ donors without ED and from impotent diabetic and non diabetic men at the time of penile prosthesis insertion after giving informed consent.

Strips of corpus cavernosum tissue (3 x 3 x 7 mm) were immersed in 8 ml organ chambers containing physiological salt solution (PSS) and relaxation responses were evaluated by cumulative additions of compounds to the chambers.

Helicine arteries (lumen diameter 150-400 µm), which are the terminal branches of deep penile arteries, were dissected by carefully and arterial ring segments (2 mm long) were mounted on two myographs for isometric tension recordings. The vessels were allowed to equilibrate for 30 min in PSS at 37° C.

Protocols were approved by the Ethics Committees at the Hospitals where the tissues were collected

Results: Relaxation caused by exposure of HCC to the stable donor of H₂S, NaSH (300 µM) (87.4±2.2%) was unaffected by the treatment with the KATP channel inhibitor, glibenclamide (10 µM) or the NO Synthase inhibitor, L-NAME (100 µM). Depolarization contraction with high K⁺ or inhibition of Na⁺ / K-ATPase with ouabain (1 µM) inhibited NaSH-induced relaxation (38.2±4.1% and 44.1±3.3%, respectively). However, inhibition of soluble guanylyl cyclase (sGC) with ODQ (20 µM) also reduced relaxation to NaSH (47.6± 9.5%).

ODQ also inhibited relaxation caused by the precursor of H₂S, L-cysteine (300 µM), in HCC (16.7±1.8%) vs 43.6±4.7%). Inhibition of sGC also reduced vasodilatation to both NaSH (30.6±8.2% vs 65.4±4.4%) and L-cysteine (17.5±4.7% vs 48.2±9.8%) in HPRA. Removal of the endothelium did not change maximal relaxation to L-cysteine (11.4 ±6.2% vs 69.2±9.9%).

Pretreatment with L-cysteine (30 µM) caused potentiation of relaxation to acetylcholine (EC₅₀ 0.07±0.06 vs 0.74±0.52 µM) and sildenafil (EC₅₀ 0.59±0.36 vs 11.43± 4.69 M) in HPRA.

Conclusions: 1. Relaxation caused by L-cysteine/H₂S pathway in HCC and HPRA involves hyperpolarization and sGC stimulation.

2. Relaxations induced by NaHS are impaired in HCC from patients with ED - having or not diabetes.

3. In HPRA, a significant impairment of NaHS-induced relaxations is only found in patients with diabetic

Nº: 66

DO ALL PATIENTS WITH SUSPICIOUS PROSTATE CANCER NEED MULTIPARAMETRIC MAGNETIC RESONANCE IMAGING BEFORE PROSTATE BIOPSY?

Sara Anacleto; Joana Aberto; Emanuel Dias; Beppe Caló; Paulo Mota; João Torres; Nuno Morais; Pedro Passos; Agostinho Cordeiro; Ugo Falagarì; Estêvão Lima

Serviço de Urologia - Hospital de Braga; Urology and Renal Transplantation Unit - University of Foggia, Italy.

Introduction: Multiparametric magnetic resonance imaging (mpMRI) is a promising tool to diagnose prostate cancer but its cost is not negligible. In order to avoid unnecessary costs and minimize time to diagnosis, it is necessary to establish which patients benefit from doing mpMRI prior to prostate biopsy (PB).

Objectives: Our aim is to test if mpMRI still

predicts prostate cancer (PCa) and clinically significant prostate cancer (csPCa) in patients with high clinical suspicion of cancer, defined as prostate specific antigen (PSA) >10ng/ml, PSA-Density (PSAD) >0.15ng/ml/cc or suspicious digital rectal examination (DRE).

Materials and methods: *We retrospectively collected data on 594 patients who underwent transrectal ultrasound-guided PB at the Urology Department of Hospital de Braga from January 2017 to July 2018. From these, 206 patients who underwent mpMRI were selected. mpMRI results were classified using Prostate Imaging Reporting and Data System (PI-RADS) version 2. In primary analysis, Chi-Squared and Fisher's-Exact Tests were used to evaluate the association of mpMRI with PCa and csPCa. Stratification of this model for low versus high clinical suspicion of cancer, defined by different PSA and PSAD cutoffs and DRE, was then performed.*

Results: *In primary analysis and overall, mpMRI was predictive of PCa and csPCa ($p < 0.001$). In stratified analysis, we found that in patients with high clinical suspicion of cancer (PSA >10ng/ml and PSAD >0.15ng/ml/cc), mpMRI was still significantly associated with PCa ($p=0.004$ and $p < 0.001$, respectively) and csPCa ($p < 0.001$). In men with suspicious DRE, however, mpMRI was no longer predictive of PCa nor csPCa ($p=0.168$ and $p=0.571$, respectively).*

Conclusions: *mpMRI is still useful in predicting csPCa in patients with PSA >10ng/ml and PSAD >0.15ng/ml/cc. In patients with suspicious DRE though, mpMRI might be no longer useful in the prediction of cancer, since almost all men will have csPCa.*

Nº: 67

HAEMOSTATIC SEALANTS IN TUBELESS PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY: A MULTICENTRE EXPERIENCE

Beppe Caló; Sara Anacleto; Emanuel Carvalho-Dias; Nuno de Sousa Morais; Joao Nuno Torres; Giovanni Silecchia; Francesca Fortunato; Riccardo Autorino; Luigi Cormio; Estêvão Lima
Urology and Renal Transplantation Unit - University of Foggia, Italy; Serviço de Urologia - Hospital de Braga; Division of Urology, Department of Surgery - VCU Health, Richmond, USA; Department of Epidemiology - University of Foggia, Italy

Introduction: *The current European Association of Urology guidelines recommend as "strong" to perform a tubeless or totally tubeless percutaneous nephrolithotomy (PCNL), but data from clinical practice show that there is not common agreement on the best exit strategy after PCNL.*

In this setting is debated the need of seal the nephrostomy tract with appropriate haemostatic glues to make the return to the patient's daily life safer and faster. Haemostatic sealants were increasingly utilized in order to prevent bleeding and urinoma, but the necessity of these sealants has not been demonstrated.

Objectives: *To compare the efficacy and safety of sealed versus unsealed nephrostomy tract after tubeless percutaneous nephrolithotomy (PCNL).*

Materials and methods: *We analysed our multi-centre prospectively maintained PCNL database. Five hundred and thirteen patients with nephrolithiasis treated with PCNL (26-30 Fr) were reviewed regarding the type of PCNL (standard or tubeless) and use of sealants to close the nephrostomy tract.*

The primary end points were haemorrhagic complications rate, haemoglobin (Hb) loss and the blood transfusions rate. The secondary end points were overall complications rate, post-operative hospital stay and stone free rate. Univariate and multivariate analysis were per-

formed to identify the correlation between use of haemostatic sealant and outcomes.

Results: Among 400 eligible patients, 191 had a sealed (Group A) and 209 had an unsealed procedure (Group B). Even if there was difference in the haemorrhagic complications rate (9.9% Group A vs 30.1% Group B, $p < 0.0001$), there was no difference in median Hb loss (1.79 vs 1.80 g /dl, [$p = 0.4950$] in Group A and B, respectively), and in blood transfusion rates (4.2% vs 3.8%; $p = 0.861$). Lower rate in overall complications was observed in Group A (37.2% vs 62.2%; $p < 0.0001$).

Post-operative hospital stay was longer in Group B (3.58 vs 4.92 days, $p = 0.0001$).

Multivariate logistic regression analysis showed that none of the outcomes was significantly associated to sealant use.

Conclusion: Haemostatic agents probably do not represent a needed tool to decreasing the bleeding complications or improving the outcomes of tubeless PCNL.

Nº: 68

ADENOCARCINOMA DA PRÓSTATA DE ALTO RISCO EM DOENTE HIPOCOAGULADO: IATROGENIA CATASTRÓFICA

João Ascensão; Luísa Alves; Catarina Gameiro;
João Marcelino
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A abordagem terapêutica em doentes hipocoagulados com adenocarcinoma da próstata localizado deve ser individualizada. Apresentamos o caso de um homem hipocoagulado por prótese aórtica mecânica, cuja biópsia prostática resultou numa grave complicação hemorrágica, tendo posteriormente sido tratado com radioterapia externa (RTE). Cinco anos após a conclusão do tratamento é admitido por cistite hemorrágica.

Objectivo: Análise de um caso de cistite hemorrágica em doente hipocoagulado por prótese aórtica mecânica, submetido a RTE por adenocarcinoma da próstata.

Materiais e métodos: Análise do processo clínico do doente no Hospital Beatriz Ângelo.

Resultados: Um homem de 67 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes tipo 2 e síndrome da apneia obstrutiva do sono, e hipocoagulado com varfarina por prótese aórtica mecânica, foi diagnosticado com adenocarcinoma da próstata Gleason 7 (3+4), cT2cN0M0, em Junho de 2012. Na sequência da biópsia prostática transrectal teve choque hemorrágico com necessidade de suporte transfusional, tamponamento cirúrgico e internamento em unidade de cuidados intensivos. Realizou posteriormente RTE e seis meses de bloqueio androgénico completo atingindo PSA nadir de 0,12ng/mL em Setembro de 2015. Por queixas de proctite e cistite rádicas 4 e 5 anos após conclusão da RTE, iniciou oxigenoterapia hiperbárica em Abril de 2018. É admitido em Maio de 2018 por hematúria macrosscópica com queda de 6g/dL no valor da hemoglobina. Ao 38º dia de internamento é submetido a cistoprostatectomia radical de salvação. Ao 15º dia de pós-operatório é submetido a relaparotomia exploradora por deiscência de anastomose uretero-ileal e suspeita de deiscência da anastomose ileo-ileal. O doente acabou por falecer ao 58º dia de internamento, 5 dias após relaparotomia. A histologia confirmou cistite rádica sob forma de cistite hemorrágica com numerosas ulcerações, sem tecido de neoplasia.

Discussão: O risco de toxicidade hemorrágica em doentes hipocoagulados submetidos a radioterapia externa é significativamente superior, pelo que muitas vezes o tratamento cirúrgico pode ser mais indicado. Quando se opta por cirurgia em doentes hipocoagulados está recomendado bridging para heparina de baixo peso molecular. A hemorragia peri-operatória pode ter uma abordagem potencialmente mais eficaz do que as disponíveis para o tratamento da cistite rádica.

Nº: 69

TOCILIZUMAB: LESÕES ULCERADAS DO PÊNIS EM DOENTE SOB IMUNOTERAPIA POR POLIMIALGIA REUMÁTICA

João Ascensão; Luísa Alves; Catarina Gameiro;
João Marcelino
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: Nos últimos 20 anos, a introdução e desenvolvimento de terapêuticas biológicas através de factores de crescimento, citocinas, anticorpos monoclonais e outras proteínas tem revolucionado o tratamento de várias doenças inflamatórias e neoplásicas. O tocilizumab é um anticorpo humanizado anti receptores de IL-6 utilizado no tratamento de artrite reumatóide, artrite idiopática juvenil e doença de Castleman, embora a sua utilização possa ser alargada a várias doenças inflamatórias sistémicas. As complicações mais frequentes são infecciosas e a probabilidade de desenvolver uma infecção grave aumenta em doentes com mais de 65 anos, diabéticos ou sob corticoterapia. Apresentamos o caso de um doente com lesões ulceradas do pénis após 10 meses de tratamento com tocilizumab por polimialgia reumática.

Objectivo: Descrição de um caso de lesão iatrogénica do pénis na sequência de imunoterapia por polimialgia reumática.

Materiais e métodos: Análise do caso clínico de um doente seguido em consulta de Urologia no Hospital Beatriz Ângelo.

Resultados: Homem de 66 anos, com antecedentes de hipertensão e polimialgia reumática é encaminhado a consulta por lesões ulceradas no sulco balano-prepucial com 5 e 3mm, suspeitas de neoplasia do pénis. Dez meses antes do início dos sintomas começara tratamento para polimialgia reumática com tocilizumab em associação com prednisolona. Foi tratado conservadoramente com acetonido de fluocinolona tópico e suspensão de imunoterapia, com desaparecimento das lesões após 3 meses.

Discussão e conclusões: A imunoterapia com recurso a anticorpos monoclonais tem vindo a desenvolver-se nas últimas décadas e tem um papel cada vez mais importante no tratamento de doenças inflamatórias sistémicas e principalmente no doente oncológico. Este tipo de terapêuticas altamente selectivas resulta numa menor toxicidade sistémica para o doente, devendo o clínico estar alerta para algumas complicações de diagnóstico nem sempre imediato.

Nº: 70

CATETER URETÉRICO DUPLO J ABERTO-ABERTO: SERÁ MAIS SEGURO QUE O CATETER ABERTO-FECHADO?

Ana Marinho; Pedro Simões; Edgar Tavares Silva;
Paulo Azinhais; Belmiro Parada; Edson Retroz;
Henrique Dinis; Lorenzo Marconi; Luís Sousa;
Paulo Temido; Pedro Moreira; Pedro Nunes;
Arnaldo Figueiredo

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

Introdução/Objetivo: Os cateteres uretéricos são amplamente usados em procedimentos urológicos para drenagem do trato urinário alto para tratar infeção, dor ou obstrução. Contudo, estão associados a morbilidade significativa como infeção, hematúria e sintomas do trato urinário inferior (LUTS) incapacitantes. A minimização destes efeitos adversos é um objetivo na idealização de novos cateteres uretéricos. O objetivo deste estudo foi comparar a taxa de complicações de cateteres uretéricos duplo J de extremidades aberta-aberta (AA) e aberta-fechada (AF).

Material e métodos: Foi realizado o estudo retrospectivo de 432 doentes submetidos à colocação de cateter duplo J. Todos recorreram ao serviço de urgência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra entre janeiro de 2016 e dezembro de 2018. A amostra populacional analisada era formada por 215 mulheres (49,8%) e 217 homens (50,2%). A

idade média foi de 57 anos (20-98 anos). Recorreu-se a cateter duplo J AA em 191 casos (44,2%), enquanto que o cateter AF foi usado em 241 doentes (55,8%). O tempo médio de cirurgia foi de 17,8 minutos (2-75) e o tempo médio de internamento foi de 3,7 dias (1-40). Foi colocado um cateter de 4,8 Ch em 7 casos (1,6%); 6 Ch em 341 casos (78,9%); 7 Ch em 33 casos (7,6%); 9 Ch em 2 casos (0,5%) e em 49 casos não foi registado o tamanho do cateter.

Recorreu-se ao teste de independência Qui² para avaliar a associação entre o tipo de cateter e a ocorrência de complicações. Aplicou-se o teste t-student de amostras independentes para comparar variáveis numéricas relativas a cada tipo de cateter.

Resultados: Registou-se pelo menos uma complicação em 110 doentes após a colocação do cateter uretérico duplo J (25,5%); 20 casos de cistite que motivaram a ida ao serviço de urgência (4,6%); 28 pielonefrites associadas ao cateter (6,5%); 11 casos de exteriorização do cateter (2,5%); 24 casos de hematúria macroscópica (5,6%); 46 casos de LUTS de armazenamento com necessidade de recorrer ao serviço de urgência e prescrição de fármacos para alívio sintomático (10,6%) e 4 casos de fístula urinária (0,9%). Ocorreu pelo menos uma complicação em 61 doentes nos quais foi colocado o cateter duplo J AF (61/110) e em 49 indivíduos submetidos à colocação do cateter AA (49/110). Relativamente ao cateter AF verificaram-se 11 casos de cistite (11/20); 10 casos de pielonefrite aguda associada ao cateter (10/28); 11 casos de hematúria (11/24); 27 casos de LUTS de armazenamento que motivaram a ida à urgência (27/46); 9 casos de exteriorização do cateter (9/11) e 2 casos de fístula urinária (2/4). Quanto ao cateter AA, ocorreram 9 casos de cistite (9/20); 18 casos de pielonefrite aguda (18/28); 13 casos de he-

matúria (13/24); 19 casos de LUTS (19/46); 2 casos de exteriorização do cateter (2/11) e 2 casos de fístula urinária (2/4).

Não se verificou associação entre o tipo de cateter uretérico duplo J e a ocorrência de complicações ($p=0,935$), incluindo cistite ($p=0,942$), hematúria ($p=0,312$) ou LUTS incapacitantes ($p=0,674$). Apenas a ocorrência de pielonefrite aguda se relacionou com o tipo de cateter utilizado visto que as variáveis não foram independentes ($p=0,027$). Contudo, concluiu-se que a associação entre a colocação de duplo J AA e a ocorrência de pielonefrite foi muito fraca ($\Phi=0,106$).

O tempo médio de internamento não diferiu consoante o cateter usado ($p=0,921$). No entanto, o tempo médio de cirurgia foi diferente conforme o tipo de cateter ($p<0,01$). A colocação de cateter AA demorou, em média, 22,83 minutos, enquanto que para o cateter AF se despendeu 13,76 minutos.

Discussão/Conclusão: Nesta série o tempo para a colocação de um cateter uretérico duplo J AA foi significativamente superior ao da colocação de um cateter AF. Por outro lado, a taxa de complicações foi similar para os dois tipos de duplo J. Consequentemente, a escolha do tipo de cateter uretérico duplo J, AA ou AF, pode ser realizada de forma segura de acordo com a preferência do cirurgião.

Nº: 71

HEMANGIOBLASTOMA PERIFÉRICO DO RIM – DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

Mariana Madanelo¹; Carlos Ferreira¹; Maria Alexandra Rocha¹; José Ramon²; Avelino Fraga¹; Miguel Ramos¹

¹Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário do Porto; ²Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: O hemangioblastoma é um tumor vascular benigno, que ocorre, maioritariamente, no Sistema Nervoso Central (SNC). Apenas um número inferior a 250 heman-

gioblastomas foram reportados, até à data, fora do SNC. Estes casos podem ocorrer em nervos periféricos, retroperitoneu, pele, fígado, rim, supra-renal ou bexiga, existindo pouca informação sobre as suas características clínicas, patológicas e imunohistoquímicas. Em 25% dos casos, estes tumores estão relacionados com a doença de Von-Hippel-Lindau (VHL).

Caso clínico: Doente de 62 anos, sexo masculino, avaliado em Consulta Externa de Urologia por uma massa renal esquerda, nodular, exofítica, de aspeto bilobulado, com cerca de 47mm de maior eixo. Esta massa foi descoberta em tomografia computadorizada (TC), realizada no contexto de dor lombar esquerda. Não existia mais nenhuma sintomatologia associada, nomeadamente, hematuria.

Foi submetido a uma nefrectomia parcial laparoscópica transperitoneal, cuja peça foi enviada para análise anátomo-patológica. Ao corte, foi identificada uma lesão renal com 4.5 x 3 x 3 cm, de aspeto necrosado, carnudo avermelhado, com áreas compactas esbranquiçadas. Histologicamente, a lesão apresentava abundante componente vascular e o índice mitótico era extremamente baixo. No estudo imunohistoquímico, as células neoplásicas apresentavam imunorreatividade para proteína S100 e inibina.

Tendo em conta a relação existente entre hemangioblastomas e doença de VHL, foi pedida a sequenciação deste gene. O doente não apresentava outra sintomatologia, característica desta síndrome, nem antecedentes familiares relevantes. O resultado foi negativo para as mutações mais comuns.

Por conseguinte, trata-se de um hemangioblastoma periférico do rim esporádico, não associado a doença de VHL.

Após um ano de seguimento, o doente encontra-se bem, sem qualquer evidência de recidiva ou metastização.

Discussão: Os hemangioblastomas periféricos do rim são entidades raras e, como tal, o diagnóstico pode, facilmente, passar despercebido ou ser confundido com outras entidades. Pela sua riqueza vascular e pela atipia nuclear, podem mimetizar entidades como o carcinoma de células renais (CCR), o angiomilipoma epitelióide, o carcinoma da supra-renal ou o feocromocitoma. Existem algumas características morfológicas típicas: tumores bem circunscritos, poucas figuras mitóticas, atipia celular, abundante componente vascular. No entanto, estas características podem também estar presentes nos CCR e, como tal, só se conseguem distinguir estas entidades pelo perfil imunohistoquímico. Os hemangioblastomas apresentam imunorreatividade para proteína S100 e inibina, contrariamente aos CCR.

Conclusão: A incidência dos hemangioblastomas renais pode estar subestimada pela dificuldade que existe no seu diagnóstico histológico. Por conseguinte, torna-se importante considerar esta hipótese diagnóstica para que não se estabeleça um diagnóstico incorreto de malignidade.

Nº: 72

QUAL É O IMPACTO DO TEMPO DECORRIDO ENTRE A BIÓPSIA E A PROSTATECTOMIA RADICAL?

Nuno Ramos; Vanessa Metrogos;
Alexandre Macedo; João Paulo Rosa;
Miguel Carvalho
Hospital Garcia de Orta

A Prostatectomia Radical (PR) é o *gold standard* no tratamento do Carcinoma da Próstata localizado. O tempo decorrido entre a biópsia e a PR pode variar, não só pelas listas de espera cirúrgicas, como também pelas várias modalidades terapêuticas existentes, dificultando a escolha do paciente. A influência no prognóstico do atraso entre a biópsia e tratamento cirúrgico não é totalmente conhe-

cido. Se por um lado é aceitável um tempo de espera maior nos tumores de baixo risco, pelo seu carácter indolente, nas situações de risco intermédio e alto risco, os resultados são controversos.

Objetivo: Este trabalho tem como objetivo avaliar se o tempo decorrido entre a biópsia prostática e a PR tem impacto na recorrência bioquímica.

Métodos: Foi efetuada uma análise retrospectiva dos doentes diagnosticados com carcinoma da próstata e submetidos a prostatectomia radical, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2016, no nosso serviço. Foram avaliadas as características clínicas dos doentes, o tempo decorrido entre a biópsia e a PR, assim como, os fatores anatomopatológicos da biópsia prostática e da peça cirúrgica, tendo sido correlacionados com a recorrência bioquímica (RB). A sobrevivência livre de RB foi calculada através da análise de Kaplan-Meier. O efeito do tempo decorrido entre a biópsia e a PR foi avaliado pelo modelo de regressão de Cox, nas diferentes categorias de risco de D'Amico.

Resultados: A amostra analisada é constituída por 107 pacientes, com idade média de 63 anos e PSA médio prévio à biópsia de 7,8 ng/mL. O tempo médio decorrido entre a biópsia e a realização da PR foi de 113 dias. Na biópsia prostática, 66,4% dos casos apresentavam *score* de Gleason 6, 30,9% Gleason 7 e 2,7% Gleason $\geq$ 8. Em relação às categorias de risco da D'Amico, 60,7% dos tumores eram de risco baixo, 27,1 % risco intermédio e 12,2% risco alto. Analisando as características anatomopatológicas da peça operatória, observou-se invasão tumoral das vesículas seminais em 6,5%, doença ganglionar em 9,3% e margens cirúrgicas positivas em 27,1% dos casos, sendo estas multifocais em 12,2%. Quando comparado o *Score* de Gleason da biópsia prostática com o da peça

operatória observou-se *upgrade* em 24,2% dos casos. Durante o *follow-up* dos doentes, registou-se RB em 24,3% dos casos. As características clínicas e anatomopatológicas foram estratificadas em função do tempo decorrido entre a biópsia e a PR (<90 e ≥ 90 dias), existindo significância estatística na amostra, em relação ao *upgrade do Score* de Gleason ($p=0.039$) e em relação às margens cirúrgicas positivas (unifocal vs multifocal) ($p=0.033$). Por outro lado, não houve relação estatística entre o tempo decorrido para a PR e a RB (hazard ratio [HR] = 0.99; 95% CI: 0.98–1.005; $p=0.353$), mesmo quando avaliado em função das diferentes categorias de risco de D'Amico. As curvas de Kaplan-Meier, com avaliação da sobrevivência livre de RB, não revelaram diferença em função do tempo decorrido entre a biópsia e a PR ($p=0.81$).

Conclusões: Este estudo revela que o tempo decorrido entre a biópsia prostática e a PR, apesar de estar relacionada com fatores anatomopatológicos adversos (*upgrade do score* de Gleason e margens cirúrgicas positivas multifocais) não parece influenciar a RB. Estes resultados deverão ser confirmados com um estudo prospetivo.

Nº: 73

TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DO REFLUXO VESICoureTERAL. A EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO

Nuno Ramos; Aline Silva; Sara Rodrigues;
Fátima Alves; Dinorah Cardoso; Vanda Vital;
Rui Alves
Hospital Garcia de Orta; Hospital Dona Estefânia

Introdução: O refluxo vesicoureteral (RVU) é a anomalia nefrourológica mais frequente na população pediátrica, com uma prevalência estimada em 1%. O diagnóstico precoce e a vigilância atenta são princípios fundamentais do seu tratamento. Não existe, contudo, uma estratégia terapêutica única para o RVU e a escolha deve ser individualizada. Nos últimos

anos, a cirurgia endoscópica tem apresentado uma popularidade crescente ao estabelecer um bom compromisso entre segurança e eficácia.

Objetivos: Avaliar a efetividade e morbidade da correção endoscópica do RVU num hospital pediátrico terciário.

Material e métodos: Foi efetuada uma análise retrospectiva dos doentes diagnosticados com RVU e submetidos a tratamento endoscópico, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2016, pela Unidade de Urologia Pediátrica do Hospital Dona Estefânia. O grau de RVU foi classificado de I a V de acordo com os critérios definidos pelo *International Reflux Study Committee* (1981). Através da análise do processo clínico dos doentes, foi avaliado o género, idade, infeção do trato urinário prévia, método de diagnóstico de RVU e grau do RVU. Foi também avaliado o sucesso clínico da terapêutica endoscópica, as complicações associadas, com pesquisa dos casos em que persistiu o RVU assim como, da terapêutica utilizada nestes casos e o seu resultado.

Resultados: No período estudado, 182 doentes foram submetidos a correção endoscópica do RVU, contudo 52 foram excluídos por não apresentarem dados suficientes no processo clínico. Foram incluídos no presente estudo 130 doentes (66 sexo masculino e 64 sexo feminino), com idade média de 43.7 meses. O diagnóstico de RVU foi realizado em 72.3% dos casos recorrendo a uretrocistografia miccional e em 27.7% a cistografia radioisotópica. O RVU era unilateral em 46.9% dos doentes e bilateral em 53.1%, comprometendo assim 198 ureteres (109 lado esquerdo e 89 direito). Vinte cinco doentes apresentavam casos complexos (17 com duplicidade, 3 com válvulas da uretra posterior, 3 com rim único). O RVU era de grau I em 5.5%, grau II em 22.7%, grau III em 31.8%, grau IV em 27.8 e V em 12.1%. Cerca de

81% dos doentes apresentaram infeção do trato urinário previamente à cirurgia. Quando avaliado a terapêutica utilizada, em 45.4% dos casos foi usado Macroplastique® e em 54.6% Deflux.® Durante o *follow up*, apenas 8.5% (11) de doentes obtiveram complicações, a maioria infeção do trato urinário. O sucesso clínico foi confirmado em 80% (104) dos doentes. Os restantes 20% (26) foram submetidos a um segundo procedimento (20 endoscópico e 6 reimplantação ureteral). Os 20 doentes que foram submetidos a um segundo procedimento endoscópico não tiveram complicações e foram todos considerados um sucesso clínico.

Conclusão: O tratamento endoscópico com injeção de um agente de volume é uma opção adequada para RVU, com uma taxa de sucesso de até 80% na primeira intervenção. O procedimento é adequado para RVU simples e complexo, unilateral ou bilateral e de todos os graus.

Nº: 74

RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA NO TRANSPLANTADO RENAL: FATORES PREDITIVOS E IMPACTO NA FUNÇÃO DO ENXERTO

Ana Marinho¹; Pedro Simões¹; Carlos Alberto Bastos¹; António Roseiro¹; Belmiro Parada¹; Edgar Tavares Silva¹; Edson Retroz¹; Francisco Rolo¹; Lorenzo Marconi¹; Pedro Moreira¹; Pedro Nunes¹; Vitor Dias¹; Catarina Romãozinho²; Lídia Santos²; Arnaldo Figueiredo¹

¹Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;

²Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução/Objetivo: A hiperplasia benigna da próstata (HBP) é frequente em idosos com doença renal crónica. Embora seja assintomática porque o fluxo de urina diminui nos doentes com insuficiência renal crónica, pode tornar-se sintomática quando a diurese

aumenta após o transplante renal.

Pretendeu-se avaliar o impacto da retenção urinária aguda (RUA) nos primeiros 4 meses após o transplante renal na função do enxerto aos 6 meses, bem como identificar fatores preditivos deste evento.

Material e métodos: Analisou-se retrospectivamente 303 homens submetidos a transplante renal entre janeiro de 2015 e dezembro de 2018. A idade média da amostra populacional foi de 51 anos (17-73). Verificou-se que 40 doentes eram obesos (13,2%); 82 doentes tinham excesso de peso (27,1%); 56 possuíam diabetes mellitus; 244 hipertensão arterial (80,5%); 27 doença arterial periférica (8,9%) e 34 tinham história de um evento trombótico (11,2%). Em 39 doentes a causa da doença renal crônica foi a nefropatia diabética (12,9%) e em 12 casos foi uma malformação congénita do trato urinário (4%). Verificou-se que 11,6% dos doentes tinham diagnosticada HBP previamente ao transplante (35 casos).

Recorreu-se ao teste t-student de amostras independentes na comparação da taxa de filtração glomerular aos 6 meses após o transplante. Foi aplicada uma regressão logística para identificar fatores preditivos de RUA nos primeiros quatro meses após o transplante renal. Para comparar a variável numérica identificada como fator preditivo foi utilizado o teste de Mann-Whitney.

Resultados: Verificaram-se 14 casos de RUA nos primeiros 4 meses após o transplante renal, o que corresponde a 4,6% do total de casos analisados. O tempo médio até ocorrer o episódio de retenção urinária foi de 38,57 dias (6-130). Dez doentes foram submetidos a ressecção transuretral da próstata, sendo que 8 apresentavam HBP e em 2 foi realizado o diagnóstico incidental de carcinoma da próstata. Três doentes foram medicados para alívio da obstrução provocada pela HBP.

A taxa de filtração glomerular na consulta aos 6 meses após o transplante foi significativamente inferior no grupo que sofreu um episódio de RUA ($p=0,01$). No grupo que desenvolveu um quadro de RUA foi de 49,4 mL/min, ao passo que no grupo em que não se observou este evento foi de 64,5 mL/min.

Verificou-se que a presença de obesidade, excesso de peso, diabetes mellitus, hipertensão arterial, doença arterial periférica, história de um evento trombótico ou a causa da doença renal crônica (nefropatia diabética ou malformação congénita do trato urinário) não foram fatores preditivos. A idade do doente aquando da realização do transplante, o diagnóstico prévio de HBP, bem como a toma de α -bloqueadores ou inibidores da 5- α -reductase não foram fatores preditivos.

A diurese residual foi o único fator preditivo de RUA precoce ($p=0,048$; $B=0,002$; $\text{Exp}(B)=0,998(0,996-1)$). Verificou-se que a diurese residual média foi significativamente inferior nos doentes que evoluíram com RUA ($p=0,026$). Enquanto que a diurese residual pré-transplante renal foi de 559,3 ml no grupo de indivíduos que não sofreu RUA no pós-operatório, no grupo em que se verificou este evento foi de 226,9 ml.

Discussão/Conclusão: Embora as principais razões de perda da função do enxerto renal sejam a rejeição e infeções, as patologias obstrutivas devem ser consideradas. Verificou-se que a ocorrência de RUA nos primeiros 4 meses após o transplante condicionou uma menor taxa de filtração glomerular do enxerto aos 6 meses.

A principal causa de RUA foi a HBP. Desta forma, e sobretudo em idosos, a anamnese, a urofluxometria e o toque rectal são críticos na avaliação pré e pós-transplante. Doentes com diurese residuais pré-transplante reduzidas têm maior risco de desenvolver RUA. Consequentemente, homens com HBP e diurese residuais reduzidas devem ser monito-

rizados no pós-operatório a fim de identificar e corrigir precocemente quadros de uropatia obstrutiva, evitando a perda de função renal.

Nº: 75

TUMOR ADENOMATÓIDE DO TESTÍCULO, UMA PATOLOGIA RARA – RELATO DE CASO A

Raquel Rodrigues; Daniela Pereira;
Alexandre Gromicho; Débora Araújo; Rui Amorim;
Luís Ferraz
CHVNG/E

Introdução: Os tumores adenomatóides são as neoplasias benignas mais frequentemente encontradas no tecido paratesticular, correspondendo a 32% dos tumores paratesticulares. Têm origem mesenquimatosa e as localizações mais comuns são o epidídimo, mas podem ser encontrados na túnica albugínea, o cordão espermático e em raros casos no parênquima testicular, ductos ejaculadores e próstata. Os tumores adenomatóides podem ter envolvimento extra-genital, aparecendo em locais como o coração, gânglios linfáticos, glândulas supra-renais, mesentério, omento e retroperitoneu.

Objectivos: Relatar o raro caso de um doente com o achado anatomopatológico de neoplasia adenomatóide intratesticular. Até à data apenas se encontram reportados 5 casos de tumor adenomatóide intratesticular.

Materiais e métodos: Consulta do processo clínico do doente.

Resultados: Homem, 35 anos de idade enviado à consulta de urologia por apresentar uma tumefação dolorosa do testículo direito com cerca de um ano de evolução. Negava história familiar de neoplasia testicular, história pessoal de criptorquidia e/ou infertilidade. Na Ecografia identificava-se uma imagem, intratesticular, hipovascularizada com 16 mm, condicionando discreto abaulamento do contorno externo do testículo. Testículo esquerdo sem alterações ecográficas. Os marcadores tumorais AFP, β -HCG e LDH eram negativos à

data do diagnóstico e o TAC-TAP não revelou alterações. Por já ter 3 filhos o doente optou por não criopreservar esperma. Foi submetido a orquidectomia radical à direita. A anatomia patológica revelou um nódulo de superfície lisa e esbranquiçada com 17 mm bem delimitado com padrão trabecular e em ninhos, rodeada por um estroma fibroso com fibras musculares e células inflamatórias. O diagnóstico de com tumor adenomatóide, variante epitelióide do testículo, foi confirmado através da análise imunohistoquímica da peça com positividade para calretinina, WT1 e vimentina.

O doente encontra-se em regime de *follow-up*, apresentando-se totalmente assintomático, sem sinais de recidiva.

Discussão/Conclusão: Classicamente os doentes com tumores adenomatóides apresentam-se entre a terceira e a quinta década de vida, sendo que a apresentação típica é o aparecimento de massa intra-escrotal firme assintomática, habitualmente nos anexos testiculares. Os marcadores ao diagnóstico são sempre negativos. Os achados ecográficos são inespecíficos, não permitindo a diferenciação entre lesão maligna ou benigna quando esta é intratesticular. No caso acima descrito a história clínica, localização da massa e achados imagiológicos não permitiram um grau de suspeição de patologia benigna, tendo sido realizada orquidectomia radical. O prognóstico destas lesões é favorável, sem nenhum caso de recidiva e/ou metastização à distância descrito.

Nº: 76

ADENOCARCINOMA DO ÚRACO: CASO CLÍNICO RARO

Mariana Medeiros; Frederico Ferronha;
Francisco Fernandes; Fortunato Barros;
Luís Campos Pinheiro
Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central

Introdução e objetivo: O úraco origina-se da cloaca fetal e comunica com a bexiga fetal. Com o desenvolvimento fetal, o seu lúmen é

progressivamente perdido, mas permanece um cordão fibromuscular que se encontra entre o umbigo e a cúpula vesical.

O carcinoma do útero é uma neoplasia rara e representa 0,17-0,34% do total de tumores da bexiga. É geralmente insidiosa, levando a um diagnóstico tardio e frequentemente de mau prognóstico.

O objetivo deste trabalho consiste em apresentar um caso clínico de neoplasia do útero.

Material e métodos: Neste trabalho, recorreu-se ao processo clínico da doente para exposição do caso.

Discussão: Trata-se de uma doente do sexo feminino de 47 anos, cuja apresentação clínica foram sintomas de polaquiúria, urgência miccional, e desconforto suprapúbico. A realização de exames complementares de diagnóstico como ecografia, ressonância pélvica e uretroscopia levou à suspeita de tumor do útero. A doente foi submetida a cistectomia parcial que confirmou posteriormente, por exame anatomopatológico, adenocarcinoma do útero.

Conclusão: O *gold standard* do tratamento é ressecção cirúrgica. O papel de outras terapêuticas como radioterapia e quimioterapia permanece por esclarecer. Existe a necessidade de mais estudos, com maior número de casos analisados para melhor entendimento desta patologia.

Nº: 77

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA – UMA PANACEIA OU UMA ARMADILHA PARA OS CENTROS DE BAIXO VOLUME? – RESULTADOS DO CHVNG/E

Raquel Rodrigues¹; Daniela Pereira¹;
Alexandre Gromicho¹; Débora Araújo¹; Rui Amorim¹;
Luís Ferraz¹; João Neves²

¹CHVNG/E; ²CHUSJ

Introdução: Inúmeros estudos têm comparado a associação dos achados em RMNmp e a probabilidade de se encontrar de Carcinoma

da próstata clinicamente significativo (Cs-Cap) na biópsia. No entanto, a correlação do *score* PIRADS e o *score* de Gleason na peça de prostatectomia radical não se encontra bem estabelecida.

Objetivos: Analisar a correlação entre o *score* de Gleason na peça de Prostatectomia radical e o *score* de PIRADS obtido da RMNmp da próstata realizada no pré-operatório.

Materiais e métodos: Estudo analítico retrospectivo de doentes submetidos a prostatectomia radical na nossa instituição entre os anos de 2015 e de 2019 que possuíam RMNmp da próstata com classificação PIRADS V2 pré operatória. Análise estatística realizada com SPSS®

Resultados: Entre Janeiro de 2015 e Julho de 2019 foram submetidos a prostatectomia radical (PR) 124 doentes. Destes, apenas 57 doentes apresentavam RMNmp da próstata pré operatória. A idade média da nossa população foi de 63,56 +/- 6,45 e o PSA médio de 9,46 +/-5,5. 38,6% tinham RMNmp realizadas por um prestador externo e 61,4% dos doentes tinham uma RMNmp realizada no CHVNG/E. A anatomia patológica final desta população foi de Gleason 6 em 5,3% (N=3) Gleason 7 em 75,4% (n=43) Gleason 8 em 8,8% (n=5) e Gleason 9 em 10,5 %.(n=6). A classificação PIRADS obtida na RMNmp foi de 2 em 10,5 % (n=6), 3 em 1,8% (n=1), 4 em 54,4%. (n=31) e 5 em 33,3% (n=19)

Na nossa população houve uma má concordância entre *score* de PIRADS e o *score* de Gleason final (cohen Kappa = 0.164, P= 0.186), não se verificando uma relação linear entre estes dois *scores* (HR; -1.0164, IC: -1,684 – 0,535, P= 0,304). A percentagem CsCap no grupo classificado como PIRADS <3 foi de 83,3% e a percentagem de doentes com Carcinoma da próstata não clinicamente significativo no grupo PIRADS ≥ 3 foi de 33,3%. A acuidade diagnóstica da RMNmp

na nossa população para a deteção de csCap foi baixa, apresentando uma AUC (área debaixo da curva) de 0,571, $P=0,0304$.

Discussão/Resultados: Embora a RMNmp seja uma ferramenta no arsenal ao dispor do Urologista e apesar de muitos estudos já associarem a classificação de PIRADS V2 ao risco de CsCap, a RMNmp é um exame operador e técnico dependente. Os resultados publicados na literatura são de centros especializados e com um grande volume de doentes. Com base neste trabalho não é seguro, no presente momento, extrapolar esses resultados para a população servida no CHV-NG/E. Com a criação de um grupo de trabalho dedicado à RMNmp da próstata no serviço de Imagiologia desta unidade espera-se a obtenção de melhores resultados no futuro.

Nº: 78

CISTITE ENFISEMATOSA – UMA INFECÇÃO POTENCIALMENTE FATAL

Vanessa Andrade; João Guerra; Rita Tomás; Mariana Medeiros; Thiago Guimarães; Rui Bernardino; Gil Falcão; Francisco Fernandes; Rui Farinha; Luís Campos Pinheiro
Hospital São José, Centro Hospitalar Lisboa Central

Introdução: A cistite enfisematosa é uma infecção do tracto urinária complicada, rara e potencialmente fatal. É caracterizada pela presença de ar no lúmen e parede vesicais. É mais frequente no sexo feminino e em doente diabéticos. O prognóstico é variável e depende do rápido reconhecimento desta patologia e tratamento adequado.

Objetivos: Apresentação de um caso clínico de cistite enfisematosa e revisão bibliográfica do tema.

Material e métodos: Relatamos um caso clínico de uma doente com cistite enfisematosa. Para obtenção da informação clínica relevante foi consultado o processo clínico e realizada entrevista à doente. A revisão bibliográfica foi realizada através da base de dados pubmed®.

Resultados/Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 65 anos, diabética, apresentava história de dor abdominal com várias semanas de evolução e distensão abdominal e obstipação nas últimas 2 semanas. Negava sintomas urinários. Ao exame objectivo contactou-se massa abdominal com cerca de 20cm de diâmetro, ligeiramente dolorosa. Analiticamente apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios. Foi solicitado exame de imagem, tomografia computadorizada (TC) abdominal que demonstrou distensão vesical com cerca de 5700cc com nível líquido/ar e ar intra-parietal, associada a ureterohidronefrose bilateral. Assumiu-se o diagnóstico de cistite enfisematosa e iniciou-se antibioterapia de largo espectro, posteriormente ajustada às culturas colhidas previamente. A evolução clínica foi favorável, com resolução completa do quadro.

Discussão/Conclusões: Apesar da cistite enfisematosa ser uma entidade rara é necessário estarmos alerta para o seu diagnóstico, visto que a sua apresentação clínica pode ser pouco específica, variando desde completamente assintomática até urossépsis. Apesar de potencialmente letal, o tratamento precoce, que assenta em 3 princípios: drenagem vesical, controlo metabólico e antibioterapia de largo espectro, contribui para um prognóstico favorável sem necessidade de tratamento cirúrgico.

Nº: 79

DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE LINFOMA NA PEÇA OPERATÓRIA DE UMA NEFRECTOMIA RADICAL

Vanessa Andrade; Rebeca Brito; João Guerra; Rita Tomás; Mariana Medeiros; Thiago Guimarães; Rui Bernardino; Gil Falcão; Francisco Fernandes; Rui Farinha; Luís Campos Pinheiro
Centro Hospitalar Lisboa Central

Introdução: Apesar de se tratarem de casos raros, a ocorrência de carcinomas de células renais (CCR) e neoplasias hematológicas,

como os linfomas não-Hodgkin, no mesmo paciente, parece ser superior ao expectável para a população em geral.

Objetivos: Apresentação de um caso clínico de diagnóstico de linfoma linfocítico crónico (LLC) através da peça cirúrgica de uma nefrectomia radical por CCR.

Material e métodos: Relatamos um caso clínico de um doente a quem foi diagnosticado um linfoma linfocítico crónico por achado na peça de nefrectomia radical por CCR. Para obtenção da informação clínica relevante foi consultado o processo clínico do doente. A revisão bibliográfica foi realizada através da base de dados pubmed®.

Resultados/Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 69 anos, assintomático, em RMN foi descoberto, incidentalmente, uma lesão nodular sólida no rim esquerdo, suspeita de atipia. Foi submetido a nefrectomia radical esquerda por via laparoscópica. A anatomia patológica confirmou o diagnóstico de carcinoma de células renais. Encontrava-se também presente um infiltrado linfóide atípico consistente com linfoma/leucemia linfocítica crónica. Em TC de reavaliação foram encontradas múltiplas adenomegalias intra-abdominais bem como lesões ósseas lombares e no fémur esquerdo. A lesão de L3 foi biopsada confirmando tratar-se de leucemia/linfoma linfocítico crónico. Actualmente, aos 13 meses de seguimento, o doente não apresenta recidiva do CCR e continua assintomático e sob vigilância da sua doença hematológica.

Discussão/Conclusões: Apesar de conhecida a associação entre o CCR e doenças hematológicas, os mecanismos responsáveis não são ainda completamente conhecidos. Pensa-se que possam contribuir as alterações induzidas por tratamentos prévios (quando uma das neoplasias é diagnosticada primeiro), desregulação imunológica, predisposição genética, exposição ambiental ou alterações cromossómicas.

Nº: 80

NEFRECTOMIA PARCIAL E RADICAL – A EXPERIÊNCIA NO CHLC

Vanessa Andrade; João Guerra; Rita Tomás;
Mariana Medeiros; Thiago Guimarães;
Rui Bernardino; Gil Falcão; Francisco Fernandes;
Rui Farinha; Luís Campos Pinheiro
Hospital São José, Centro Hospitalar Lisboa Central

Introdução: Os carcinomas de células renais representam cerca de 2 a 3% do total das neoplasias. No nosso país foram reportados 18.3 novos casos por 100.000 habitantes em 2018. Existe uma predominância no sexo masculino e um pico de incidência entre os 60 e 70 anos. O tratamento cirúrgico continua ser o *gold standard* no tratamento dos tumores localizados.

Métodos: Procedeu-se a uma avaliação retrospectiva das nefrectomias parciais e radicais realizadas por suspeita tumoral entre Janeiro de 2017 e Dezembro de 2018 no CHLC. Foram revistas as anatomias patológicas de cada peça bem como o *follow-up* clínico desde a cirurgia.

Resultados: Durante o período considerado foram realizadas 124 nefrectomias por suspeita de CCR. A maioria (68,5%) dos doentes eram do sexo masculino, com uma idade média de 66 anos. 67,7% dos procedimentos foram nefrectomias radicais e 32,3% nefrectomias parciais, tendo a maioria (71%) sido realizada por via laparoscópica. A maioria dos tumores eram carcinomas células claras (46%), seguidos dos cromóforos (16,1%) e papilares (14,5%). Foram reportadas complicações no pós-operatório de 9 doentes, 5 dos quais Clavien-Dindo ≥ 3 . Em cerca de 19 meses de *follow-up* há a reportar progressão da doença em 3 doentes com metastização à distância e 3 óbitos, dois dos quais no pós-operatório imediato.

Discussão/Conclusão: A terapêutica cirúrgica continua a ser o tratamento recomendado para os tumores do rim localizados, podendo ser aplicada a outras situações com o intuito

de controlo da doença, apesar de não curativa. A nossa série de doentes encontra-se dentro do expectável do descrito globalmente tanto no sexo como na idade, bem como nos 3 tipos mais comuns de CCR. Os óbitos verificados ocorreram em doente com mau prognóstico de base.

Nº: 81

PODE A APRENDIZAGEM BASEADA EM VÍDEO MELHORAR A SEGURANÇA CIRÚRGICA DIMINUINDO O ERRO DO CIRURGIÃO? UM ESTUDO EXPERIMENTAL

Ricardo Matos Rodrigues; Sara Anacleto; Vítor Fernandes; Nuno Carvalho; Manuel João Costa; Nuno Moraes; João Torres; Agostinho Cordeiro; Emanuel Dias; Jorge Correia-Pinto; Estevão Lima; Paulo Mota

Hospital de Braga, Escola de Medicina da Universidade do Minho

Introdução: A laparoscopia revolucionou a prática cirúrgica e o modelo Halstediano de aprendizagem tornou-se ultrapassado e insuficiente. A aprendizagem cirúrgica baseada em vídeo e em simulação está a surgir como técnica importante para ultrapassar esta necessidade. O objectivo deste estudo foi desenvolver dois tutoriais em vídeo (TV) para os exercícios de transferência de “pegs” (PT) e de condução da agulha (NG) do *Euro-pean Basic Laparoscopy Urological Skills examinations* (E-BLUS) e avaliar o impacto no desempenho dos participantes.

Materiais e métodos: Realizou-se um trial clínico randomizado, experimental, não cego com uma amostra de 42 estudantes de medicina voluntários, distribuídos de forma aleatória por 2 grupos (grupo 1 = 21; grupo 2 = 21). Ambos os grupos dispuseram de duas tentativas em cada exercício. O grupo 1 observou o tutorial antes de cada tentativa, e o grupo 2 observou primeiro o vídeo original do E-BLUS e depois o tutorial. Os *outcomes* medidos foram o tempo total da tarefa e o número de erros.

Foi distribuído um inquérito pós-experimental. **Resultados:** No primeiro período, os participantes que visualizaram os tutoriais PT e NG tiveram um número total de erros menor do que os participantes que visualizaram o vídeo E-BLUS ($p=0,001$ e $p=0,014$, respetivamente). No segundo período, depois de ver o tutorial, constatou-se uma diminuição do número total de erros nos exercícios PT e NG nos participantes que tinham observado o vídeo E-BLUS (grupo 2) previamente ($p=0,001$ e $p=0,002$, respetivamente). No segundo período, observou-se uma redução no tempo médio da tarefa nos dois grupos depois de ver o tutorial PT ($P<0,001$ e $p=0,003$, respetivamente) e o tutorial NG ($p=0,005$ e $p=0,010$, respetivamente). Da análise do inquérito pós-experimental verificou-se que a característica preferida do tutorial foi a presença de “Truques e dicas”.

Conclusão: Estes achados sugerem que o uso de tutoriais de vídeo pode levar a menor número de erros, e se aliado a prática deliberada, poderia levar a diminuição do tempo na realização dos exercícios em participantes sem experiência prévia de laparoscopia. Finalmente, estes skills poderiam ser transferidos para o cenário do bloco operatório, melhorando a performance do cirurgião e os *outcomes* dos doentes.

Nº: 82

O IMPACTO DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL NOS OUTCOMES DA NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA E DA CIRURGIA INTRA-RENAL RETROGRADA

Matos Rodrigues R.; Pimentel Torres J.; Pereira P.; Cordeiro A.; Moraes N.; Anacleto S.; Leão R.; Lima E.; Mota P.

Hospital de Braga, Escola de Medicina da Universidade do Minho

Introdução: O aumento da prevalência de doentes obesos e com excesso de peso levou à necessidade de escolha do procedimento

ideal para o tratamento da nefrolitíase. O objetivo deste estudo é comparar os *outcomes* e as complicações cirúrgicas da nefrolitotomia percutânea (NLPC) e da ureterorenoscopia flexível (RIRS) em doentes com diferente índice de massa corporal (IMC).

Métodos: De janeiro 2011 a maio 2018, 331 doentes (RIRS= 130; PCNL=201) com nefrolitíase foram tratados num único centro. Definiram-se três grupos de doentes de acordo com o IMC [obesos (BMI>30), excesso de peso (30>IMC>25) e peso normal (BMI<25)]. Foram avaliadas e comparadas entre os grupos variáveis demográficas, características do cálculo (tamanho, número e localização), *outcomes* cirúrgicos, nomeadamente taxa *stone-free* e as complicações intra e pós-operatórias.

Resultados: As variáveis sociodemográficas eram semelhantes entre os grupos. Entre os doentes submetidos a RIRS, os obesos e com excesso de peso apresentaram menos complicações pós-operatórias do que os doentes com peso normal ($p=0,038$ e $p=0,045$, respetivamente). No grupo da PCNL, os doentes obesos apresentaram uma menor queda de hemoglobina (mediana=1,40g/dL) do que os doentes com peso normal (mediana =2,00g/dL) e com excesso de peso (mediana =2,10g/dL) ($p=0,030$). Ainda na PCNL, os doentes obesos e com excesso de peso tiveram um risco menor de hematúria pós-cirúrgica do que os doentes com peso normal ($p=0,026$ e $p=0,015$, respetivamente). As taxas *stone-free* foram semelhantes ($p=0,030$) nos dois procedimentos, com taxas *stone-free* semelhantes entre os diferentes grupos de IMC para cada procedimento. Adicionalmente, nos doentes obesos e com excesso de peso, a PCNL estava associada a complicações mais frequentes quando comparada com a RIRS ($p=0,004$), nomeadamente hematúria ($p=0,024$) e queda de hemoglobina ($p=0,024$) condicionando estadia hospitalar

mais prolongada ($p<0,010$) e maior tempo cirúrgico ($p<0,010$).

Conclusão: O IMC não teve impacto sobre as taxas *stone-free* em doentes submetidos a RIRS e PCNL. Contudo, um IMC elevado parece ter efeito protetor em vários *outcomes* pós-operatórios, nomeadamente complicações hemorrágicas na PCNL e complicações globais na RIRS. Finalmente, estes dados mostram que a RIRS é aparentemente mais segura que a PCNL em doentes selecionados e com elevado IMC. São necessários estudos prospetivos e com amostra maior para confirmar estes resultados.

Nº: 83

HAND-POCKET VS CONVENTIONAL ULTRASOUND GUIDED PERCUTANEOUS NEPHROSTOMY: A PROSPECTIVE COMPARATIVE STUDY

Pedro Passos¹; Nuno Carvalho²; Sara Anacleto²; Nuno Morais²; João Torres²; Ricardo Rodrigues²; Andreia Cardoso²; Estêvão Lima²; Emanuel Carvalho-Dias²

¹Department of Urology, Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal; ²Department of Urology, Hospital de Braga, Braga, Portugal and School of Medicine, University of Minho, Braga, Portugal

Introduction and objectives: Recently a new type of ultrasound devices have emerged, the Hand Pocket portable ultrasound machines (PUMs). PUMs have several potential advantages comparatively to conventional ultrasound machines, being the most obvious the portability and immediate disponibility at the bedside of the patient, even in the Emergency Rooms. Although, several reports have explored the diagnostic accuracy of PUMs comparably to conventional ultrasound, in urological field few reports have compared both methods. The limited available reports have focused only in the diagnostic capacity of PUMs in the detection of hydronephrosis. However, no studies have used PUM in inter-

ventional Urology. In this study our aim was to verify the feasibility of PUM in the placement of percutaneous nephrostomy tube (NPC) and at the same time prospectively compare both types of ultrasound machines in terms of safety, satisfaction and procedure success.

Materials and methods: From July 2018 until January 2019, a total of 40 patients requiring urgent PCN were prospectively evaluated. Patients were separated in two groups: Group 1 (n=20) PCN with conventional ultrasound machine and Group 2 (n=20) PCN using PUMs. In both groups: dimension of hydronephrosis, pre-puncture ultrasound time, time of puncture, number of attempts for effective calyx puncture and lost of tract during dilatation were recorded and compared. Visual Analogue scale ranging from 0 to 10 was assessed 5 minutes after the completion of the procedure in all patients. Intra-procedure and post-procedure monitoring of safety was evaluated by the recording of vaso-vagal responses, nausea/vomiting during the procedure, intra-procedure bleeding, and post procedure haematuria.

Results: We describe here the introduction of a PCN using a portable ultrasound machine (PUM). The success rate of this procedure was 100% (20/20). No major complications occurred and no significative pain was observed. When we compared patients submitted to PCN using PUM with conventional ultrasound machine for: dimension of hydronephrosis, pre-puncture ultrasound time, time of puncture, number of attempts for effective calyx puncture, lost of tract during dilatation, pain and complications no significant differences were observed ($p>0,05$).

Conclusions: In this study we described for the first time at the best of our knowledge the feasibility of PCN using a portable ultrasound. This approach is feasible and safe and compares equally to PCN with conventional ultrasound.

Nº: 84

RETROPERITONEOSCOPIA OU LAPAROSCOPIA? – QUAL A MELHOR VIA PARA NEFRECTOMIA PARCIAL DE TUMORES POSTERIORES?

Jorge Correia; Bernardo Teixeira; Gonçalo Mendes; Catarina Tavares; Paulo Príncipe; Rui Versos; Rui Borges; Avelino Fraga; Miguel Silva-Ramos
Centro Hospitalar Universitário do Porto, Hospital Lusíadas Porto

Introdução: Nos últimos anos, várias publicações se têm centrado no papel da cirurgia renal retroperitoneal, tentando demonstrar possíveis vantagens. A via retroperitoneal permite um acesso mais directo e rápido ao rim e hilo renal, e evita a manipulação de órgãos intra-abdominais, podendo melhorar os resultados cirúrgicos intra-operatórios e diminuir as complicações pós-cirúrgicas. Apesar disso, apenas raramente é utilizada nas nefrectomias parciais. Os tumores posteriores parecem ser os mais apropriados para esta via de abordagem.

Objectivos: Realizar uma análise comparativa dos resultados peri-operatórios e oncológicos das nefrectomias parciais para tumores posteriores entre as vias laparoscópica e retroperitoneal.

Material e métodos: Foi efectuada análise retrospectiva dos dados clínicos de 112 doentes submetidos a nefrectomia parcial minimamente invasiva, realizada pelo mesmo grupo de cirurgiões, em duas instituições, entre Abril de 2011 e Abril de 2019. As características demográficas e os resultados peri-operatórios e oncológicos foram comparados entre doentes no grupo da laparoscopia (GL) e no grupo da retroperitoneoscopia (GR). O RENAL score foi utilizado para classificar a complexidade cirúrgica e indicar a localização tumoral.

Resultados: 43 doentes (38%) apresentaram tumores posteriores, 31 intervencionados por

via laparoscópica e 12 utilizando a via retro-peritoneal. O diâmetro médio da neoplasia ($29,7 \pm 10,7$ mm no GL e $26,7 \pm 10,1$ mm no GR) e o RENAL score ($6,9 \pm 1,8$ no GL e $6,3 \pm 1,3$ no GR) foram semelhantes em ambos os grupos. De igual modo, o tempo de isquemia quente ($18,7 \pm 5,2$ min no GL e $20,2 \pm 6,6$ min no GR), tempo de cirurgia ($145,2 \pm 39,4$ min no GL e $135,9 \pm 43,6$ min no GR) e tempo de internamento ($4,71 \pm 2,51$ dias no GL e $4,45 \pm 5,9$ dias no GR) não apresentaram diferenças entre os grupos. As perdas sanguíneas foram significativamente menores no GR ($69,0 \pm 34,8$ ml *versus* $160,0 \pm 150$ ml no GL, $p=0,016$). A classificação histológica, margens cirúrgicas e complicações $\geq$ grau III de Clavien-Dindo também foram semelhantes em ambos os grupos.

Discussão/Conclusões: A via retroperitoneal apresentou menores perdas sanguíneas, com resultados peri-operatórios e oncológicos equivalentes à via laparoscópica. A nefrectomia parcial por retroperitoneoscopia é uma opção segura e eficaz, sendo uma abordagem interessante para o tratamento de massas renais posteriores.

Nº: 85

UNDERACTIVE DETRUSOR – DIFFERENT WAYS TO DIAGNOSE AN UPCOMING CONDITION

Rodrigues Fonseca R.¹; Lains Mota R.¹; Peyroteo I.²; Bilé Silva A.¹; Alpoim Lopes F.¹; Santos J.C.¹; Covita A.¹; Nogueira R.¹; Abranches Monteiro L.¹

¹Hospital de Egas Moniz - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; ²Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

Hypothesis: Detrusor underactivity (DU) is a prevalent condition, affecting up to 48% of men over 70 years old and 12-45% of elderly women. While its etiopathogenesis remains to be completely understood, we know it may be consequence of a neurogenic or a non-neurogenic insult, with probable major

factors including diabetes, trauma, neurological disorders, bladder outlet obstruction (BOO) and age-related dysfunction. Though this condition has gained renewed interest, we are still not able to diagnose it without using invasive urodynamic exams. A variety of urodynamic criteria have been proposed to diagnose detrusor underactivity, however, none of these criteria are validated.

Aims of the study: We compared different sets of urodynamic criteria (previously published) to diagnose the prevalence of DU diagnosis in a sample of patients with refractory lower urinary tract symptoms. We also studied the correlation between the DU diagnosis and its associated risk factors.

Study design, materials and methods: We retrospectively reviewed the urodynamic findings in 506 consecutive patients who had conventional urodynamics between 01/04/2016 and 31/12/2018.

The terminology used was defined by the ICS reports of 2016 and 2019. Patients demographic and clinical issues were assessed (namely risk factors for DU – Diabetes Mellitus, neurological disorders, previous surgeries, radiotherapy and drugs consumption). Patients were classified according to two different sets of diagnostic urodynamic criteria. In set A we used the Bladder Contractility Index (BCI). In set B, males patients were stratified using BCI, BOO index and Bladder Voiding Efficiency (BVE) and female patients using Qmax, PdetQmax and BE, according with previous literature.

Statistical analysis was by T-Test and Chi-Square analysis and significance determined as $P < 0.05$.

Results: About 22,5% of patients ($n=114$) were excluded due to technical issues. A total of 53,75% of patients ($n=275$) had reliable data excluding DU.

In set A ($n=119$; 19 males and 100 females),

women with DU were younger than male patients. Regarding their comorbidities, male patients had a higher prevalence of Diabetes Mellitus, Parkinson Disease and past urological surgery. Concerning medication, women generally consumed higher rates of drugs such as tricyclic antidepressants and opioids; there was no significant difference regarding SSRI. They had more mixed urinary incontinence complaints. Regarding the urodynamic findings, women presented with higher Qmax levels, higher post-void residuals and higher BVE.

In set B, there was a substantial reduction in patients number; however, it still displayed the same male:female proportion. Regarding demographics and comorbidities, women were still younger, had less neurological disorders and consumed higher rates of drugs, as in set A. They also presented with more complaints of stress, urge and mixed type urinary incontinence. There was no difference in the prevalence of Diabetes Mellitus.

When comparing sets A and B, there was no significant statistical difference in all categories, except in post-void residual in males ($p < 0,042$).

Conclusions: DU affects a considerable proportion of patients referred to our functional urology unit. Despite using different sets of diagnostic criteria, both groups presented with prevalence rates that correlate with the ones published in previous studies and there is no significant statistical difference in clinical or urodynamic patients' characteristics or regarding their treatment. However, using set B we narrowed the number of patients labeled with DU, and simultaneously the number of patients that might benefit from treatment. Notwithstanding the inherent limitations of our study, since it is a retrospective analysis of an already existing database, it confirms the need for establishing a gold-standard urodynamic definition of DU. More prospec-

tive, longitudinal studies are mandatory to ascertain its urodynamic set of diagnostic criteria.

Nº: 86

CATETERES URETERAIS INCRUSTADOS: A REALIDADE DO SERVIÇO DE UROLOGIA DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA

Carolina Borges da Ponte; Margarida Paiva; Afonso Castro; Joana Polido; João Gomes; Paulo Pé-Leve; João Felício; João Lemos Almeida; Ricardo Pereira e Silva; Sérgio Pereira; José Palma dos Reis; Tomé Matos Lopes
Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Introdução: Os cateteres ureterais são amplamente utilizados em Urologia. O aumento da frequência da sua utilização foi acompanhado pelo aumento das suas complicações, nomeadamente a inscrustação.

Os cateteres incrustados apresentam morbilidade significativa (inclusive risco de urosepsis potencialmente fatal) e custos acrescidos no tratamento.

Material e métodos: Procedeu-se a revisão dos doentes com cateteres ureterais incrustados tratados no Serviço de Urologia do CHULN de modo a apurar o tempo médio de permanência do cateter e fatores de risco para incrustação.

Avaliaram-se retrospectivamente os doentes submetidos a cirurgia por cateter ureteral incrustado de janeiro de 2016 a julho de 2018. Além dos dados demográficos, foram revistas as indicações para colocação de cateter, tempo de permanência do mesmo e fatores de risco reconhecidos para incrustação (como gravidez, colonização bacteriana e pH urinário). A análise estatística foi realizada através do SPSSv25.

Resultados: Durante o período de 18 meses, quinze doentes apresentaram cateter ureteral incrustado, o que correspondeu a 5.8% da

cirurgia eletiva realizada por litíase no Serviço de Urologia do CHULN.

A média de idade foi 57 ± 18 anos e 53.3% dos doentes eram do sexo masculino. Todos os doentes tinham colocado cateter por litíase do aparelho urinário: 53.3% com caráter urgente e 46.7% eletivamente (dois doentes para realização posterior de LEOC). Uma das doentes foi derivada durante a gravidez.

O intervalo médio de tempo desde a colocação de cateter ureteral até à cirurgia para tratamento de cateter incrustado foi 6.5 ± 4.2 meses (mínimo 3 semanas, máximo 14 meses). Destes doentes, três (20%) apresentavam colonização do cateter (*Klebsiella pneumoniae*, *Enterococcus faecalis* e *Aerococcus viridans*). Esses doentes apresentavam pH urinário superior a 7, sendo neutro nos restantes doentes.

Pelo menos seis doentes (40%) apresentaram recidiva do quadro.

Foram necessárias, em média, 1.5 cirurgias para a remoção do cateter (máximo de quatro procedimentos).

Discussão/Conclusão: A incrustação do cateter elevou o nível de complexidade cirúrgica e o risco de infeção, quando comparado com a indicação inicial para a derivação urinária.

Apesar do tempo de permanência ser apondoando como o principal fator de risco, verificou-se que um doente apresentava incrustação do cateter apenas três semanas. Além disso, 40% dos doentes apresentaram novamente incrustação de cateter, o que parece sugerir que existem fatores litogénicos, ainda não completamente esclarecidos, que contribuem para este processo.

O número de doentes com cateter colocado em regime de urgência foi praticamente semelhante àqueles operados eletivamente.

Reconhece-se o limitado número da amostra, ausência de registo do fabricante do cateter

e do ionograma urinário, que são fatores determinantes no processo de incrustação. Não foi também possível confirmar se a colonização constituiu um fator de risco de calcificação nesta casuística.

Os cateteres ureterais incrustados são uma realidade na prática diária de todos os Serviços de Urologia, seja por fraca adesão do doente ao esquema terapêutico proposto ou por limitações logísticas no aconselhamento, seguimento e tratamento destes doentes. Deste modo, a estratégia para a redução deste problema poderá passar pela redução do número de cateteres colocados, sinalização dos doentes com maior risco para incrustação e extração de cateter no pós-operatório precoce. Além de fornecer informação adequada ao doente, também seria relevante a sensibilização dos cuidados de saúde primários para identificação desta problemática.

Nº: 87

INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO E HIPOCONTRATILIDADE DO DETRUSOR: REVISÃO DA LITERATURA

Mariana Madanelo¹; Maria Alexandra Rocha¹; Paulo Príncipe¹; Avelino Fraga¹; Carlos Ferreira¹

¹Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: A hipocontratilidade do detrusor é definida, segundo a *International Continence Society* (ICS), por uma contração de força ou duração reduzida, resultando num esvaziamento vesical prolongado ou incapacidade em esvaziar completamente a bexiga num intervalo de tempo considerado normal. Apesar de alguns sintomas serem, frequentemente, associados a bexiga hipoativa, a tradução fenotípica exata dos parâmetros urodinâmicos de hipoatividade do detrusor ainda não se encontra bem estabelecida.

A incontinência urinária de esforço (IUE) define-se, segundo a ICS, como a existência de queixas de perda involuntária de urina duran-

te situações que elevem a pressão abdominal. Esta revisão pretende reunir a evidência existente acerca de duas patologias cuja sobreposição é, ainda, subestimada.

Métodos: A revisão bibliográfica resultou da pesquisa de artigos publicados na Pubmed/Medline, Cochrane e em revistas específicas como *Neurourology and Urodynamics*, *International Neurourology Journal* e *European Urology*.

Os termos MeSH usados foram *underactive bladder*, *underactive detrusor*, *stress urinary incontinence*. Foram selecionados artigos em inglês, português ou espanhol, publicados entre 2009 e 2019.

Resultados: De uma pesquisa inicial, resultaram 162 artigos. Após leitura do título ou resumo, foram selecionados 16 artigos. Da respetiva análise, 12 contribuíram para a construção desta revisão. Em mulheres, a hipocontratilidade do detrusor coexiste, frequentemente, com bexiga hiperativa ou IUE, existindo estudos a demonstrar mostrar uma prevalência de bexiga hiperativa ou IUE de cerca de 70% em doentes com hipocontratilidade do detrusor. A hipocontratilidade do detrusor, combinada com outras patologias, pode exacerbar sintomatologia e complicar o tratamento, daí resultando piores resultados a curto e longo prazo. Relativamente ao tratamento, os estudos consultados mostram taxas semelhantes de satisfação em doentes tratadas com redes suburetrais para IUE com ou sem hipocontratilidade do detrusor. No entanto, o fluxo máximo (Q_{máx}), após colocação de rede, mostrou-se inferior e o resíduo pós-miccional superior em doentes com detrusor hipocontrátil. Foi, ainda, referida a importância crescente em usar redes suburetrais de tensão ajustável, cuja taxa de eficácia ultrapassa os 90% em doentes com sobreposição de detrusor hipocontrátil e IUE. Foram estabelecidos alguns fatores prediti-

vos de sintomas de esvaziamento pós-operatórios, como antecedentes de retenção urinária aguda e de histerectomia e existência pré-operatória de um detrusor hipocontrátil e de sintomas obstrutivos.

Conclusão: Apesar da evidência ainda ser escassa, pensa-se que a sobreposição de bexiga hipoativa com IUE pode dificultar o tratamento da IUE, com consequências na qualidade de vida da doente. Importa conhecer o impacto dessas consequências, bem como determinar formas de as prever ou prevenir aquando da ponderação de cirurgia no tratamento da IUE.

Torna-se imprescindível existência de mais e melhor evidência relativamente à tradução fenotípica da hipocontratilidade do detrusor, bem como a elaboração de estudos prospetivos relativamente aos resultados a curto e longo prazo do tratamento cirúrgico da IUE em doentes com detrusor hipocontrátil.

Nº: 88

UTILIZAÇÃO DE RADIAÇÃO EM CIRURGIA ELETIVA POR LITÍASE

Carolina Borges da Ponte; Afonso Castro;
Paulo Pé-Leve; Margarida Paiva;
Ricardo Pereira e Silva; Sérgio Pereira;
José Manuel Palma dos Reis; Tomé Matos Lopes
Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Introdução: A fluoroscopia é crucial na endourologia, pela informação anatómica que fornece, orientação espacial e monitorização do tamanho e localização do cálculo durante a cirurgia. No entanto, a exposição a radiação ionizante tem efeitos nefastos amplamente conhecidos, quer para o doente quer para a equipa cirúrgica.

Pretende-se avaliar a dose de radiação utilizada durante os procedimentos eletivos de litíase, assim como esclarecer os fatores de risco relacionados com maior utilização de fluoroscopia.

Material e métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo onde se incluíram os doentes com litíase do aparelho urinário submetidos a cirurgia eletiva no Serviço de Urologia do CHULN, durante um período de 18 meses. Procedeu-se à colheita de dose de radiação utilizada e dados relacionados com a cirurgia e cálculo. O volume do cálculo foi estimado a partir da fórmula do volume da esfera ($\frac{4}{3}\pi r^3$).

As cirurgias realizadas foram *Percutaneous Nephrolithotomy* (PCNL), *Endoscopic Combined Intrarenal Surgery* (ECIRS), *Retrograde Intrarenal Surgery* (RIRS) e Ureterorenoscopia (URS). Pelo reduzido número de ECIRS, aglomeraram-se esses doentes com aqueles submetidos a PCNL. A análise estatística foi realizada através do SPSSv25.

Resultados: De janeiro de 2016 a julho 2017, 256 doentes foram submetidos a cirurgia, designadamente: 142 URS (55.5%), 98 RIRS (38.3%) e 16 PCNL/ECIRS (6.3%). A média de idade foi 55.3 ± 14.8 anos, 53.1% dos doentes eram do sexo feminino. O número médio de cálculos tratado por doente foi 1.3, a carga litíásica média $4.2 \pm 0.022 \text{ cm}^3$, sendo 9.4% dos casos cálculos coraliformes. A localização mais frequente foi o bacinete (24%), seguido do ureter proximal (22%) e ureter distal (15.6%). Cerca de 13% encontrava-se no grupo calicial inferior (GCI), 12% no grupo calicial médio (GCM) e 6% no grupo calicial superior (GCS).

Cerca de 58% dos procedimentos foram realizados por especialistas e os restantes por internos da especialidade.

O tempo médio de fluoroscopia foi $1.7 \pm 1.4 \text{ min}$ nas URS, $2.4 \pm 1.7 \text{ min}$ nas RIRS e $10.5 \pm 3.3 \text{ s}$ nas PCNL/ECIRS, o que correspondeu a uma dose média de radiação de $0.34 \pm 0.56 \text{ mSv}$, $2.7 \pm 20.6 \text{ mSv}$ e $2.3 \pm 0.72 \text{ mSv}$, respetivamente. Verificou-se diferença estatisticamente significativa entre a dose de radiação utilizada nas URS e RIRS ($p < 0.05$). O tempo

de fluoroscopia foi superior nos cálculos localizados no GCI, seguidos de GCS e GCM, com uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0.05$).

Não se verificou diferença estatisticamente significativa entre o tempo de fluoroscopia e a carga litíásica ou com interno *versus* especialista como cirurgião.

Cerca de 69% dos doentes apresentava derivação urinária prévia (stent ureteral ou nefrostomia). A dose de radiação utilizada nos doentes derivados foi inferior, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p < 0.05$).

Discussão e conclusão: Estima-se que a quantidade de radiação a que o doente é exposto durante a fluoroscopia varie entre 1.1-12.4 mSv/min. O limiar superior de radiação não está definido, embora seja consensual que a exposição deverá ser inferior a 50 mSv/ano.

Verificou-se uma maior necessidade de fluoroscopia nos cálculos com localização que exige uma técnica mais complexa, como aqueles do GCI. Provavelmente por esse motivo, as URS estão associadas a menor dose de radiação. O facto dos doentes previamente derivados apresentarem menor exposição a radiação pode ser justificado por uma via de acesso facilitada. Apesar de não ser consensual, atendendo à sua morbilidade.

A carga litíásica e graduação do cirurgião não se associaram ao tempo de fluoroscopia. Provavelmente os cálculos de maiores dimensões são visualizados mais facilmente, havendo menor necessidade de controlo fluoroscópico.

Salienta-se que, frequentemente, estes doentes apresentam recorrência de litíase, pelo que serão expostos repetidamente a radiação ionizante. Assim, as variáveis que se relacionam com maior tempo de fluoroscopia devem ser conjugadas, de forma a identificar os doentes com maior risco.

MASSAS RETROPERITONEAIS RESIDUAIS PÓS-QUIMIOTERAPIA – A EXPERIÊNCIA DOS ÚLTIMOS 3 ANOS DO SERVIÇO DE UROLOGIA DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA

Carolina Borges da Ponte; Inês Peyroteo; Celso Marialva; Raquel João; Ricardo Pereira e Silva; Rodrigo Brito Ramos; Rui Carneiro; José Lencastre; Jorge Silva; José Palma dos Reis; Tomé Matos Lopes; Eduardo Silva

Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa; Serviço de Urologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa

Introdução: A cirurgia é uma das opções terapêuticas de massas retroperitoneais residuais pós-quimioterapia em doentes com tumor do testículo.

Pretende-se caracterizar os doentes submetidos a linfadenectomia retroperitoneal num centro de grande volume, assim como avaliar os seus resultados e complicações.

Material e métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo que incluiu todos os doentes submetidos a linfadenectomia retroperitoneal no contexto de neoplasia do testículo pós-quimioterapia, no Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Lisboa (IPO Lisboa), durante o período de três anos (2016 a 2018). A colheita de dados foi realizada a partir dos registos clínicos. A análise estatística foi realizada através do SPSSv25.

Resultados: Foram submetidos a linfadenectomia retroperitoneal um total de 24 doentes, laparotomia mediana. A idade média dos doentes foi $33,6 \pm 9,6$ anos. Na peça de orquidectomia, 70,8% dos doentes apresentavam tumor de células germinativas não seminomatoso (14 com tumor misto, pelo menos 3 com componente de teratoma; dois com carcinoma embrionário; um com teratoma puro). Os restantes apresentavam seminoma (20,8%), neoplasia de células germinativas *in situ* (4,2%) e necrose pós quimioterapia (4,2%).

Considerando o estadiamento TNM, cerca de 54,2% eram estadio II e 45,8% estadio III. De acordo com a classificação do IGCC-CG, 41,6% dos doentes pertencia ao grupo de mau prognóstico, 29,2% de prognóstico intermédio e 29,2% de bom prognóstico.

Em 3 casos houve necessidade de procedimentos adicionais, nomeadamente colocação de prótese vascular na veia cava inferior e veia renal, ressecção duodenal e nefrectomia (por invasão tumoral).

Das massas ressecadas, 50% eram teratomas, 16,7% tumor de células germinativas misto, 4,2% tumor do saco vitelino, 4,2% seminoma e 25% necrose/fibrose.

O tempo médio de internamento foi $9,1 \pm 3,6$ dias. Ocorreram complicações em 4 casos (16,7%), designadamente: hemorragia com necessidade de revisão cirúrgica, hepatite aguda isquémica, ileus paralítico e infeção da ferida operatória.

O tempo médio de *follow-up* foi $17,2 \pm 13,6$ meses), correspondendo o mais longo a 36 meses. Ocorreu recidiva em 16,7% dos doentes (duas locais e duas à distância) e um óbito. Um dos doentes era estadio II e pertencia ao grupo de prognóstico intermédio, sendo os restantes estadio III e pertencentes ao grupo de mau prognóstico.

Discussão: A linfadenectomia retroperitoneal está indicada em doentes com massa retroperitoneal após quimioterapia, uma vez que alguns estudos estimam que até 50% destes doentes possam apresentar doença residual. Está descrito que 45% dos doentes apresenta teratoma maduro e 15% tumor de células germinativas viável. A complementação do estadiamento constitui outro benefício. No entanto, reconhece-se que é uma cirurgia com morbilidade considerável, destacando a importância da adequada seleção dos candidatos. Atualmente, não existem ferramentas clínicas preditivas do outcome, pelo que a

decisão deverá ser feita caso a caso.

Na análise realizada verificou-se que os resultados do IPO Lisboa são sobreponíveis aos descritos na literatura no que concerne à sobrevida a curto/médio prazo, taxa de recidiva e complicações.

Apesar da limitada dimensão da amostra, a sobrevida livre de doença a curto prazo foi favorável, pelo que a linfadenectomia retroperitoneal parece constituir uma opção terapêutica com bons resultados. O número reduzido de séries publicadas enfatiza a importância do estudo deste tipo de doentes. Atendendo à complexidade técnica deste procedimento, é importante a existência de centros de referência com experiência em cirurgia retroperitoneal.

Conclusão: A linfadenectomia retroperitoneal tem um papel determinante no estadiamento de doentes com massa retroperitoneal residual, além de constituir uma opção terapêutica com bom outcome, devendo ser realizada em centros com experiência em cirurgia retroperitoneal.

Nº: 90

O TAMANHO IMPORTA?

IMPACTO DO VOLUME PROSTÁTICO NA PROSTATECTOMIA RADICAL

Nuno Ramos; Vanessa Metrogos; Alexandre Macedo;
João Paulo Rosa; Miguel Carvalho
Hospital Garcia de Orta

Introdução: A prostatectomia radical (PR) é atualmente considerada o *gold standart* no tratamento do carcinoma da próstata localizado. No entanto, o volume da próstata (VP) é um importante fator a ter em consideração na decisão terapêutica. OS doentes com VP maiores, apresentam-se como um desafio cirúrgico, por uma visualização e exposição cirúrgica prejudicada. Contudo, têm sido associados a menor probabilidade de margens cirúrgicas positivas, assim como, menor taxa de recidiva bioquímica. O VP continua assim,

com um impacto controverso nos resultados oncológicos.

Objectivo: Este trabalho tem como objetivo avaliar o impacto do volume prostático na recorrência bioquímica, em doentes submetidos a PR.

Métodos: Foi efetuada uma análise retrospectiva dos doentes diagnosticados com carcinoma da próstata submetidos a PR, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2016, no nosso serviço. Foram avaliadas as características clínicas dos doentes, o volume prostático, assim como, os fatores anatomopatológicos da biópsia prostática e da peça cirúrgica, tendo sido correlacionados com a recorrência bioquímica (RB). A sobrevivência livre de RB foi calculada através da análise de Kaplan-Meier. O impacto do VP foi avaliado pelo modelo de regressão de Cox. Um valor de $p < 0.05$ foi considerado estatisticamente significativo.

Resultados: A amostra analisada é constituída por 107 pacientes, com idade média de 63 anos e PSA médio prévio à biópsia de 7,8 ng/ml. O VP médio foi de 45.1 gr, tendo 54.2% dos casos, um VP ≥ 40 gr. Durante o *follow-up* dos doentes, registou-se RB em 24,3% dos casos. As características clínicas e anatomopatológicas foram estratificadas em função do VP (< 40 e ≥ 40 gr). Os doentes com VP < 40 , apresentaram mais frequentemente doença localmente avançada ($p=0.015$) e margens cirúrgicas positivas ($p=0.042$), sendo estas frequentemente multifocais ($p=0.024$). Contudo, em relação à RB não foram encontradas diferenças. Na análise de regressão de Cox, o PSA inicial, estadiopatológico e margens cirúrgicas foram preditores de recorrência bioquímica. Por outro lado, o volume prostático não apresentou relação estatisticamente significativa. As curvas de Kaplan-Meier, com avaliação da sobrevivência livre de RB não revelaram diferença em

função do volume prostático ($p=0.199$)

Conclusões: Este estudo revela que, apesar de volumes prostáticos menores estarem relacionados com fatores anatomopatológicos adversos (margens cirúrgicas positivas, estádios avançados), estes não parecem influenciar a RB. Estes resultados deverão ser confirmados com um estudo prospetivo.

Nº: 91

ANGIOMIOLIPOMA EPITELIOIDE RENAL – RELATO DE UM CASO CATÁSTROFE

João Nuno Pereira; Isaac Braga;

José Sanches Magalhães; João Lobo;

Pedro Carvalho Martins; Joaquim Abreu de Sousa;

Rui Henrique; Jorge Oliveira

Instituto de Oncologia do Porto, Francisco Gentil

Introdução: A classificação de neoplasias renais da OMS de 2016 define os angiomiolipomas epitelióides (AMLE) como uma variante rara de angiomiolipoma e com evidência histológica de pelo menos 80% de células epitelióides.

Apesar do inequívoco potencial maligno, o comportamento biológico reportado no que se refere a recorrência local e metastização é altamente variável.

Pretende-se apresentar um caso clínico de angiomiolipoma epitelióide.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 69 anos de idade, com antecedentes de valvuloplastia mitral e hipocoagulado com cumarínico, enviado a consulta de Urologia em Dezembro de 2014 por achado incidental em RMN de controlo pós fractura esplénica de lesão nodular lobulada no polo superior do rim direito, com 47x36x45 mm, com hipossinal em T1 e T2 e com esboço de ligeira captação de contraste na sua vertente mais posterior.

A core-biopsia renal guiada por TC em Janeiro de 2015 revelou características histológicas e imunohistoquímicas sugestivas de angiomiolipoma.

Por incremento dimensional pericentimétrico em 6 meses, foi submetido em Setembro de 2015 a angioembolização. Após 2 anos de *follow-up*, o doente manteve-se assintomático e com lesão imagiologicamente estável. Em TC de Abril de 2018, a lesão revelou um marcado incremento dimensional (145x110x100 mm) e características de agressividade, nomeadamente, envolvimento dos vasos renais, ausência de plano de clivagem com a veia cava inferior e invasão do lobo direito do fígado. Sem evidência de doença à distância.

Foi submetido em Maio de 2018 a nova core-biopsia renal que revelou características histológicas e imunohistoquímicas sugestivas de angiomiolipoma epitelióide.

Após discussão em reunião oncológica multidisciplinar, o doente foi proposto para exérese alargada da lesão.

Dois dias antes da data prevista da cirurgia, o doente é admitido de urgência no serviço de cuidados intensivos por choque hipovolémico e disfunção multiorgânica com ponto de partida em hemorragia retroperitoneal maciça. Foi submetido a laparotomia exploradora de urgência com abertura e drenagem do hematoma retroperitoneal, laqueação da artéria renal direita e *packing* com compressas, tendo sido removidas 2 dias depois em nova laparotomia.

Após estabilidade clínica, o doente é submetido a exérese do tumor retroperitoneal com nefrectomia direita e segmentectomia hepática VI, VII e VIII, tendo transfundido 14 UGV, 12 unidades de plasma e 3 unidades de plaquetas.

O resultado anatomopatológico da peça operatória revelou um angiomiolipoma epitelióide com invasão do fígado e diafragma.

Após 30 dias de internamento no serviço de cuidados intensivo, o doente teve alta para a enfermaria. Durante o internamento, é dia-

gnosticada em TC uma lesão cerebral nodular suspeita de metastização. Aos 60 dias de internamento o doente acaba por falecer.

Discussão/Conclusão: O angiomiolipoma epitelióide renal é uma neoplasia mesenquimatosa potencialmente maligna. Por se tratar de uma neoplasia extremamente rara e pouco reportada, o seu diagnóstico é um desafio, requerendo confirmação histológica e imunohistoquímica. Por este motivo, o presente caso ilustra não só um caso raro, mas fundamentalmente instrui para uma variante potencialmente fatal de uma neoplasia renal benigna comum.

Nº: 92

TUMORES DO TESTÍCULO: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO CLÍNICO

Débara Araújo¹; Daniela Pereira¹; Raquel Rodrigues¹; Alexandre Gromicho²; Pedro Costa¹; Jorge Dias¹; Vitor Oliveira¹; Paulo Espiridião¹; Rui Amorim¹; Luís Costa¹; Luís Xambre¹; Manuel Pereira¹; José Amaral¹; Luís Ferraz¹

¹CHVN Gaia/Espinho; ²Hospital Central do Funchal

Introdução: Os tumores do testículo (TT) correspondem a cerca de 1% de todas as neoplasias, afectando sobretudo homens com idades entre os 20-40 anos. A sua incidência tem vindo a aumentar nas últimas décadas sobretudo nos países industrializados. Os tumores de células germinativas (TCG) são o tipo histológico predominante (90-95%) e dentro destes, o seminoma estadio I é a apresentação inicial da doença mais comum. Estas neoplasias estão associadas a excelentes taxas de cura sobretudo na era da quimioterapia com cisplatina. Em 10-20% dos casos podem apresentar-se como doença metastizada e a mortalidade associada aos TT não é desprezível.

Objetivos: Caracterização dos doentes com diagnóstico histológico de TT orientados no nosso centro clínico.

Material e métodos: Realizado um estudo

retrospectivo que incluiu todos os doentes com diagnóstico de tumor do testículo confirmado histologicamente observados no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho (CHVNG/E) no período de 01/01/2005 até 31/12/2018.

Resultados: 82 doentes foram propostos para orquidectomia radical (OR). Destes, 2 foram excluídos por falta de informação clínica e 4 por outros diagnósticos que não TT. No total, foram incluídos 76 casos de TT confirmados histologicamente com uma mediana de idades de 31(24;44) anos. A presença de uma massa indolor foi a apresentação mais comum (48,3%), seguida da dor/desconforto testicular (43,1%). 3,6% tinham antecedentes de criptorquia (n=2) e 1,3% história familiar de TT conhecida (n=1). 17,3% dos doentes (n=9) tinham lesões não palpáveis e detectadas apenas por ecografia. Todos realizaram OR, à excepção de um doente em que foi realizada orquidectomia parcial com confirmação peri-operatória extemporânea de lesão benigna. 57,8% tinham marcadores tumorais elevados à data de diagnóstico; 54,8% destes doentes normalizaram os marcadores após OR. Em 78,9% das lesões detetou-se a presença de TCG (n=60), 10,5% do tumores do estroma (n=8) e 10,5% outras entidades como tumor adenomatóide, linfoma e quisto epidermóide (n=8). Dos TCG, o seminoma clássico foi a neoplasia mais diagnosticada (34,2%). Um dos doentes foi diagnosticado com um TCG de origem primária extragonal com localização no retroperitонеu. Quanto ao estadiamento clínico, 81,5% dos seminomas diagnosticaram-se no estadio I (n=22) e 18,5% no estadio II (n=5); os TCG foram detectados no estadio I em 54,8% (n=17), estadio II em 25,2% (n=9) e estadio III em 15,2% (n=5). 36,5% dos doentes foram propostos para vigilância ativa (n=27); 45,9% para quimioterapia (n=34); 9,5%

realizaram radioterapia dog-leg (n=7); 8,1% necessitaram de linfadenectomia retroperitoneal pós-quimioterapia (n=6). A presença de teratoma retroperitoneal foi confirmada em 50% doentes submetidos a linfadenectomia (n=3). Houve 3 casos de tumores metácronos no testículo contralateral aos 5 meses, 7 meses e 6 anos após a lesão inicial que foram submetidos a orquidectomia parcial e biópsia da restante polpa testicular. Dois deles detectou-se a presença seminoma puro estadio I e neoplasia células germinativas intra-tubular na restante polpa; realizaram posteriormente radioterapia local. Até à data, 42,1% (n=32) ainda mantêm seguimento clínico e apenas em 2 casos se observou uma recidiva clínica após quimioterapia. 35,5% dos doentes (n=21) já tiveram alta clínica. Em 17,1% (n=13) perdeu-se o seguimento clínico por não-compliance ou transferência para outro centro. Ocorrem 4 mortes (5,3%), 3 dos casos relacionadas com a doença. A sobrevida global e específica de doença é de 97,4% e 96,1% respetivamente.

Discussão/conclusão: Os TT são neoplasias potencialmente curáveis, com bom prognóstico e diagnosticadas sobretudo numa fase precoce da doença. Um diagnóstico correto e um tratamento multidisciplinar atempado são cruciais na abordagem clínica uma vez que a mortalidade associada à doença não é inexistente.

Nº: 93

INVASÃO DA PAREDE ABDOMINAL – A PROPÓSITO DE UM CASO-CLÍNICO

Débora Araújo¹; Daniela Pereira¹; Raquel Rodrigues¹; Alexandre Gromicho²; Jorge Dias¹; Rui Amorim¹; Sandra Custódio¹; Luís Ferraz¹

¹CHVN Gaia/Espinho; ²Hospital Central do Funchal

Introdução: O diagnóstico das neoplasias vesicais (NV) são realizados sobretudo numa fase não musculo-invasiva (>75%), ou seja, com lesões confinadas à mucosa e submu-

cosa. No entanto, alguns doentes podem ser diagnosticados numa fase avançada da doença, com extensa invasão da parede pélvica e abdominal (T4 a e T4b, respetivamente). Estas situações requerem a realização de cistoscopia e ressecção transuretral (RTU-V) para um diagnóstico definitivo. Nestes casos, o diagnóstico clínico pode ser um verdadeiro desafio.

Objetivos: Realçar dificuldades no diagnóstico e tratamento de uma NV com invasão da parede abdominal através da descrição de um caso clínico.

Material e métodos: Descrição de um caso clínico de NV com invasão da parede abdominal com apresentação inicial observado no CHVNG/E.

Resultados: Homem caucasiano de 66 anos, fumador. Recorre ao serviço de urgência com sintomas de disúria terminal, polaquiúria, dor e aumento de volume escrotal bilateral, lombalgia direita ocasional e sintomas constitucionais (anorexia e perda ponderal) com 2 meses de evolução. Sem história de hematuria conhecida. Ao exame objetivo, apresentava ECOG PS 2, aspeto emagrecido e uma massa suprapúbica palpável de consistência pétrea, mal definida, fixa e aderente aos planos profundos; aumento do volume escrotal bilateral mais acentuado à direita, com testículos tensos, difíceis de individualizar das túnica escrotais e edema do peniano; sem edema dos membros inferiores. Os exames de imagem mostravam a presença de um espessamento parietal vesical difuso com provável envolvimento do meato ureteral direito associado a ureterohidronefrose homolateral e suspeita de invasão da parede abdominal. O doente foi proposto para cistoscopia e RTU-V diagnóstica. Durante a intervenção cirúrgica, foi impossível aceder à cavidade vesical. Recorreu-se ao cistoscópio flexível que permitiu transpor a uretra e visualizar a presença

de uma massa vesical extensa localizada na cúpula/fundo da bexiga. Incapacidade de recolha de tecidos com as pinças disponíveis. Citologia urinária revelou a presença neoplasia urotelial de alto grau. Toque bimanual realçava-se uma rigidez extrema da região suprapúbica e escrotal e a palpação de uma massa de consistência dura e fixa, difícil de individualizar dos tecidos prostáticos. O diagnóstico histológico apenas foi conseguido através de biópsia percutânea da massa suprapúbica que revelou a presença de um carcinoma urotelial de alto grau. Os restantes exames de estadiamento confirmaram o estadio clínico T4-N+M1 com metastização óssea. Necessitou da colocação de nefrostomias percutâneas bilaterais por agravamento da função renal por uropatia obstrutiva bilateral. Em consulta de grupo multidisciplinar foi proposto tratamento sistémico paliativo. O doente não era elegível para tratamento de quimioterapia baseado em platino. O estudo imunohistoquímico PD-L1 com uma marcação combinada (CPS<10) negativa. Cumpriu 22 ciclos semanais de paclitaxel com resposta parcial, com uma melhoria das queixas algicas, diminuição da massa suprapúbica, volume escrotal e edema do pénis. Suspendeu o tratamento por progressão de doença e degradação do estado geral. Até à data, aos 10 meses de *follow-up* após diagnóstico inicial, apresenta controlo dos sintomas, mantendo resolução completa do edema dos genitais. Foi decidido manter cuidados de suporte.

Discussão/Conclusão: Na maioria das NV é realizado o diagnóstico numa fase de doença não musculo-invasiva e a orientação destes doentes está bem estabelecida. Apesar de menos comum, as NV podem apresentar-se em estadios avançados, sendo por vezes difícil aplicar os métodos de diagnóstico convencionais. Este caso clínico ilustra a necessidade pontual de uma abordagem individualizada.

Nº: 94

NEOPLASIAS UROLÓGICAS EM TRANSPLANTADOS RENAI – EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA

Nuno Dias; Francisco Botelho; Tiago Antunes-Lopes; Paulo Dinis; João Silva

Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução: Há evidência de que os doentes imunossuprimidos em contexto de transplante renal têm maior risco de desenvolver neoplasias, nomeadamente urológicas.

Objectivo: Esta é a primeira parte de um trabalho que visa descrever a dados relativos a neoplasias urológicas em doentes submetidos a transplante renal, quanto a incidência, tratamento e seus resultados.

Métodos: Realizou-se uma análise retrospectiva dos 552 doentes submetidos a 560 transplantes renais no nosso centro, no período entre Janeiro de 2008 e Dezembro 2017. Foram excluídos os doentes submetidos a transplante de outros órgãos ou transplante de rins anterior a 2008, ou com história de neoplasias prévias.

Resultados: Foram identificadas 13 neoplasias em 12 doentes, resultando numa incidência de 2.2%. O tempo mediano entre o transplante e o diagnóstico de primeira neoplasia foi de 19 (mín-máx: 2-77) meses.

Identificaram-se 5 casos de neoplasias da próstata, todos adenocarcinomas, 4 Gleason Group2 e 1 Gleason Group5, tendo as modalidades de tratamento escolhidas sido braquiterapia em 2 casos, prostatectomia radical em 2 casos e radioterapia + hormonoterapia em 1 caso. Todos os doentes se mantêm livres de progressão após seguimento mediano de 30 meses.

Identificaram-se 7 casos de neoplasias do rim em 6 doentes, todos com tamanhos inferiores a 4cm (pT1a). Histologicamente dividiram-se em 5 carcinomas de células claras

(1 de apresentação bilateral síncrona nos rins nativos e 1 no aloenxerto) e 2 carcinomas papilares de tipo 1. Todos os doentes foram submetidos a nefrectomia radical. Para um seguimento mediano de 74 meses apenas 1 doente apresentou progressão com metastização retroperitoneal aos 79 meses e morte aos 80 meses após diagnóstico.

Identificou-se 1 caso de neoplasia da bexiga, tratando-se de neoplasia urotelial papilar de baixo potencial maligno (PUNLMP) submetida a ressecção transuretral única e apresentando-se livre de recidiva ou progressão aos 109 meses de seguimento.

Não se identificaram casos de neoplasias do urotélio alto, do pénis, dos testículos ou das glândulas supra-renais.

Conclusão: As neoplasias urológicas têm uma incidência relevante na população de doentes submetidos a transplante renal e a comparação do seu prognóstico com o das mesmas neoplasias em populações não imuno-suprimidas não é conhecido. Por essas razões é importante conhecerem-se dados epidemiológicos e resultantes da gestão destes doentes, de forma a que se possa optar pelas estratégias de diagnóstico precoce e de gestão adequada da doença quando necessário.

Nº: 95

SCHISTOSOMÍASE URINÁRIA COMO CAUSA RARA DE HEMATÚRIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Alexandre Gromicho¹; Raquel Rodrigues²;
Daniela Pereira²; Débora Araújo²; Pedro Costa²;
Luís Xambre²; Manuel Pereira²; Luís Ferraz²

¹Hospital Central do Funchal; ²Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia

Introdução: A schistosomíase é uma doença parasitária endémica em alguns países africanos e no oeste asiático. Existem três espécies de *Schistosoma* que provocam infecções no homem: *S. Manson*, *S. Japoni-*

cum. e *S. haematobium*, sendo este último o principal responsável pela infecção no aparelho urinário. Em Portugal a Schistosomíase é uma causa rara de hematúria. No entanto devido à estreita relação com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) este diagnóstico deve ser considerado em pessoas oriundas destes países.

Objectivos: Descrever um caso clínico de schistosomíase urinária como causa de hematúria.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um homem de 63 anos, caucasiano, ex-fumador e com antecedentes de enfarte agudo do miocárdio em 2016 medicado com antiagregação dupla (ácido acetilsalicílico e ticagrelor), hipertrofia benigna da próstata e litíase renal; reside em Angola 6 meses por ano. Recorreu ao serviço de urgência (SU) a 22/6/2018 por hematúria macroscópica e lombalgia direita com alguns dias de evolução. Referia episódios repetidos de hematúria macroscópica com resolução espontânea durante os últimos dois anos. A ecografia renal revelou uretero-hidronefrose direita com ectasia do ureter até pelo menos ao cruzamento com os vasos ilíacos, tornando-se inacessível distalmente por vacuidade vesical e interposição gasosa. Teve alta com tratamento médico expulsivo e orientado para consulta de Urologia. Observado após 4 meses, com resolução das queixas álgicas e noção de expulsão de fragmentos litíasicos, sem novos episódios de hematúria. Uretrocistoscopia mostrou presença de próstata de dimensões aumentadas e hiperemiada e lesão vesical submucosa, exofítica, de localização retrotrigonal com cerca de 2cm, endurecida, não friável, de coloração amarelada. Adicionalmente identificado cálculo de 1,5cm no lúmen vesical. Colhida citologia urinária que foi negativa para carcinoma urotelial de alto grau. Submetido a litotricia de

calculo endovesical e ressecção transuretral da lesão vescical a 8/4/2019, que confirmou a presença de mucosa urotelial com ovos de schistosoma. Doente foi referenciado à consulta de Doenças Infecciosas tendo realizado testes serológicos para schistosomíase que foram negativos. Foi medicado com praziquantel 20mg/kg/dose 3id - 1 dia e encontra-se em vigilância clínica.

Discussão: A schistosomíase urinária afecta aproximadamente 112 milhões de pessoas a nível mundial e que cerca de 150.000 pessoas morrem anualmente devido a doença renal crónica obstrutiva provocada pelo *S. haematobium*. A infecção no homem adquire-se pelo contacto directo com água contaminada. As principais manifestações clínicas são a presença de hematuria, disúria, polaquiúria, podendo em estadios mais avançados manifestar-se com sintomas de obstrução do tracto urinário e estar associado ao desenvolvimento de tumores vesicais, especialmente carcinoma espinhocelular. O diagnóstico definitivo da é feito pela identificação de ovos na urina ou nas biópsias vesicais. Através da uretroscopia podem ser observadas lesões mucosas papilares ou submucosas. Testes serológicos podem ser importantes, mas não permitem distinguir entre infecção aguda ou crónica. A ecografia reno-vesical pode ser útil na identificação de espessamentos ou lesões vesicais bem como na exclusão de ureterohidronefrose. O tratamento de eleição consiste na administração de praziquantel, o único fármaco recomendado pela WHO com taxa de cura entre 60-90%. No nosso caso clínico o diagnóstico de schistosomíase não foi desde logo evidente, em grande parte devido à presença de outras etiologias mais frequentes que poderiam explicar o quadro de hematuria. O diagnóstico definitivo apenas foi possível após realização de RTU-V com evidência histológica de ovos de schistosoma.

Conclusão: A schistosomíase urinária é uma causa rara de hematuria nos países ocidentais, mas deve ser considerada em doentes oriundos de regiões endémicas, mesmo na presença de outros factores de risco.

Nº: 96

COMPARAÇÃO ENTRE A BIÓPSIA DIRIGIDA E RANDOMIZADA NO DIAGNÓSTICO DE CaP EM DOENTES COM REALIZAÇÃO PRÉVIA DE RNM MULTIPARAMÉTRICA

Daniela Pereira; Luís Costa; Alexandre Gromicho; Débora Araújo; Raquel Rodrigues; Luís Ferraz
CHVNG/E

Introdução: O cancro da próstata é o tumor mais comum no homem. O seu diagnóstico implica a realização de uma biópsia para análise histológica, um exame invasivo, com complicações importantes.

A taxa de deteção de CaP na primeira BPTR é de 40-50%, enquanto que numa segunda biópsia este valor passa para 18%.

Neste sentido têm sido desenvolvidas técnicas de diagnóstico que permitam uma melhor seleção dos pacientes para biópsia e desta forma diminuir o número de biópsias realizadas.

A RNM multiparamétrica da próstata permite uma melhor identificação, localização e caracterização de lesões potencialmente suspeitas e se realizada previamente à BPTR possibilita a realização de uma biópsia dirigidas a áreas suspeitas com maior potencial de diagnóstico. Atualmente as *guidelines* da EAU (associação europeia de urologia) recomendam a realização de RNM antes de uma segunda biópsia.

Objetivos: O objetivo deste estudo é comparar a taxa de deteção de neoplasia na biópsia dirigida ao nódulo em comparação com a biópsia randomizada para o diagnóstico de CaP significativo.

Pretende adicionalmente avaliar a acuidade de deteção de neoplasia da biópsia de fusão cognitiva.

Métodos: Entre 01 de janeiro de 2018 e 30 de julho de 2019 foram realizadas no serviço de urologia do CHVNG/E 486 BPTR, guiadas por ecografia.

Noventa e sete dos casos tinham uma biópsia prévia negativa e realizaram RNM prostática antes do exame. A interpretação dos achados da RNM foi efectuada segundo os critérios PI-RADS v2.

Nesta análise foram incluídos trinta e um doentes. Todos tinham uma RNM da próstata classificada com PI-RADS 3 ou superior.

Todas as biópsias foram realizadas por um grupo de 3 urologistas. Na biópsia dirigida por fusão cognitiva foram colhidos em média 3 fragmentos por área suspeita. Adicionalmente foi realizada biópsia prostática padrão.

Resultados: A média de idades dos doentes incluídos na análise foi de 68 anos.

No total foram detetadas 35 lesões suspeitas na RNM. O valor de PSA variou entre os 2 e os 24 ng/ml.

A taxa global de deteção de neoplasia nestes doentes foi de 51,72%. A taxa de deteção de CaP clinicamente significativo foi de 35,48%, para ambos os grupos.

No total foram colhidos 19 fragmentos na biópsia prostática randomizada, dos quais 39 foram positivos para neoplasia. Nas biópsias dirigidas (fusão cognitiva) foram colhidos 38 fragmentos, dos quais 24 foram positivos.

A taxa de deteção de CaP por fragmento foi de 33% para a biópsia randomizada e de 63% para a biópsia dirigida.

Conclusão: No presente estudo não foi encontrada uma diferença na taxa de diagnóstico entre a biópsia dirigida e a biópsia randomizada, no entanto a taxa de positividade por fragmento foi superior nas biópsias dirigidas à lesão.

Verificou-se adicionalmente o diagnóstico de Gleasons mais altos na BPTR dirigida, fazendo prever que a realização de RNM multipa-

ramétrica prévia, permite a deteção de lesões altamente suspeitas e poderá aumentar a acuidade diagnóstica do CaP.

Nº: 97

QUAL O IMPACTO DA REPETIÇÃO DA RESSECÇÃO TRANSURETRAL (reRTU) NO CARCINOMA VESICAL pT1 DE ALTO GRAU?

Alexandre Gromicho¹; Raquel Rodrigues²; Daniela Pereira²; Débora Araújo²; Pedro Costa²; Jorge Dias²; Rui Amorim²; Paulo Espiridião²; Luís Costa²; Vitor Oliveira²; Luís Xambre²; Manuel Pereira²; José Amaral²; Luís Ferraz²

¹Hospital Central do Funchal; ²Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia

Introdução: A ressecção transuretral dos tumores vesicais (RTU) é considerado o *Gold Standard* no tratamento do carcinoma não músculo-invasivo (CNMI), em associação com terapêutica adjuvante intravesical de acordo com a estratificação do risco. A repetição da RTU (reRTU) está indicada em casos de ressecção inicial incompleta, tumores de alto grau sem representação da camada muscular e em todos os tumores pT1. No entanto existe controvérsia, existindo alguns estudos que argumentam que reRTU pode não ser necessária quando a primeira RTU foi completa.

Objectivos: O objectivo deste estudo foi analisar o resultado das reRTU ao longo dos últimos 4 anos e identificar os preditores de doença residual.

Material e métodos: Foram analisados todos os doentes submetidos a reRTU de 1 de Janeiro de 2015 a 30 de Julho de 2019. Os critérios de inclusão foram: a) histologia com pT1 de alto grau após a primeira RTU; b) RTU primária completa, confirmada pela presença de muscular própria no exame histológico; O protocolo da reRTU incluía ressecção em profundidade da cicatriz de ressecção prévia e ressecção de lesões adicionais consideradas suspeitas (lesões papilares ou eritematosas).

Foram incluídos no estudo 36 doentes.

Foi efectuada análise estatística identificar factores preditores de doença residual na reRTU.

Resultados: Do total de doentes submetidos a reRTU, em 26 (72.2%) não foi encontrada malignidade, em 8 (22.2 %) verificou-se a presença de CNMI e em 2 (5.6%) foi identificada doença musculo-invasiva pT2.

A presença de Diabetes Mellitus (DM) ($p=0.04$) foi um factor preditivo da presença de doença residual na reRTU.

Discussão e conclusão: Este estudo mostrou que em doentes com tumores vesicais pT1 alto grau numa primeira ressecção completa que foram submetidos a reRTU foi encontrada doença residual em 27.8%, verificando-se a presença de CNMI em 22.2% e doença musculo-invasiva (pT2) em 5.6%. Estas taxas são inferiores às descritas na literatura, especialmente em relação à taxa de doença residual.

No nosso estudo verificou-se que a presença de DM pode estar relacionada com a presença de doença residual na reRTU. A presença de doença residual não foi observada com outros factores clínicos (idade, sexo, obesidade, HTA) ou patológicos (presença de CIS, dimensão, multifocalidade e invasão linfocelular).

Conclusão: A reRTU deve ser realizada em todos os doentes CNMI para reduzir o risco de subestadiamento e detecção de doença invasiva.

Nº: 98

PERSONAL MONETARY COSTS OF UROLOGY RESIDENCY – AN EUROPEAN STUDY

Mário Pereira-Lourenço^{1,7}; Taha Uçar^{2,7}; João Almeida^{3,7}; Maria José Freire^{4,7}; Moises Socarras^{5,7}; Diego Carrion^{6,7}; Juan Rivas^{6,7}

¹Department of Urology, Portuguese Institute of Oncology - Coimbra, Portugal; ²Department of Urology, Istanbul Medeniyet University, Turkey;

³Department of Urology, North Lisbon Hospital Center, Portugal; ⁴Department of Urology and Kidney

Transplantation, Coimbra University and Hospital Center, Portugal; ⁵Advanced Urological Institute

- Madrid, Spain; ⁶Department of Urology, La Paz Hospital, Spain; ⁷European Society of Residents in

Urology

Introduction: Urology residency is academically, personally and monetarily demanding. The personal costs associated with the Urology residency have not been studied at national or European level.

Objectives: To characterize and quantify the personal monetary costs of the Urology residency. To compare Portuguese results with the other European countries.

Methods: The European Society of Urology Residents (ESRU) developed a survey of 35 questions that was sent online through the ESRU communication channels (distribution in each country by the respective national coordinators). Descriptive statistical analysis.

Results: 224 answers were obtained, 29 (13.0%) from Portugal (P). The remaining European countries (E) with the highest response rate were Poland (14.7%), Greece (13.4%) and Italy (11.2%).

*Gender – P: Male: 75.9%; E: Male: 81.0%.

*Relationship status – P: Single: 69.0%; E: Single: 26.2%.

*Number of children – P: 0: 93.1%, 1: 6.9%; E: 0:71.8%, 1: 15.9%, ≥2: 12.3%

*Monetary spendings on urology education in the last 12 months – P: 0-999€: 10.3%, 1000-1999€: 34.5%, ≥2000€: 55.2%;

E: 0-999€: 42.6%, 1000-1999€: 24.1%, ≥2000€: 33.3%.

*Amount of sponsored spendings – P: <20%: 20.7%, 20-49%: 20.7%, ≥50%: 58.6%; E: <20%: 43.6%, 20-49%: 14.9%; ≥50%: 41.5%.

*Biggest sponsor – P: No one: 3.5%, hospital: 0.0%, pharmaceutical industry: 86.2%, others: 10.3%; E: No one: 27.2%, hospital: 13.9%, pharmaceutical industry: 51.7%, others: 7.2%.

*Would you be a better urologist if you had more sponsorships? – P: Yes: 93.1%; E: yes: 83.1%.

*Do you consider that the distribution of sponsorships in your Urology Department is fair? – P: Yes: 44.8%; E: yes: 44.6%.

*Do you consider that the distribution of sponsorships in your country is fair? – P: Yes: 17.2%; E: yes: 31.3%.

*Do you agree with the existence of sponsorships by the pharmaceutical industry? – P: Yes: 93.1%; E: yes: 80.0%.

*Do you experience any type of coercion or commercial pressure when you accept a sponsorship from the pharmaceutical industry? – P: Yes: 3.4%; E: yes: 21.0%.

*Ideally, who do you think should sponsor your training? – P: Hospital: 51.7%, pharmaceutical industry: 13.8%; E: hospital: 57.5%, pharmaceutical industry: 10.8%.

Discussion and conclusion: Portuguese urology residents have fewer children and most are single. The results show higher expenses with training of Portuguese residents. Compared to the rest of European countries, Portuguese residents receive more sponsorships, being the role of the pharmaceutical industry more marked in Portugal. Most Portuguese and European residents agree that sponsorships should ideally be given by the hospital.

Nº: 99

CURA CIRÚRGICA DO VARICOCELO – O ESTADO DA ARTE DE UMA PATOLOGIA PREVALENTE E COM GRANDE IMPACTO NA SAÚDE SEXUAL MASCULINA

Guimarães T.; Guerra J.; Tomas A.; Medeiros M.; Andrade V.; Bernardino R.; Falcão G.; Fernandes F.; Pina J.; Muresan C.; Ferronha F.; Coral L.; Patena Forte JP.; Morales J.; Farinha R.; Calais F.; Barros F.; Cabrita Carneiro J.; Menezes N.; Campos Pinheiro L.

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (C.H.U.L.C.)

Introdução: A varicocelectomia atrasa o declínio progressivo da função testicular, no entanto, não está isenta de complicações. O Urologista assume assim um papel preponderante na seleção da técnica que minimize o risco de complicações e recidiva.

Objetivos: Descrição do perfil clínico e epidemiológico dos doentes submetidos a cura cirúrgica do varicocele e revisão das nossas taxas de complicações e recidiva de varicocele relacionadas ao tratamento cirúrgico.

Materiais e métodos: Estudo retrospectivo e descritivo de doentes submetidos a várias técnicas cirúrgicas de varicocelectomia em contexto ambulatorial entre Jan/14 e Jul/19 no C.H.U.L.C. Foram avaliados dados clínicos, imagiológicos e laboratoriais além das complicações pós-operatórias de acordo com a classificação de Clavien-Dindo e calculadas as taxas de recidiva de varicocele e incidência de hidrocele consoante a técnica cirúrgica.

Resultados: 105 homens identificados; média de idade: 30,6 anos. A “orquialgia”, foi o principal motivo de indicação cirúrgica: 56% dos casos (n:59). Destes, 18,6% dos homens (n:11) apresentavam sintomas com duração <6 meses e 18,6% realizaram espermograma previamente (n:11) com evidência de normozoospermia em 54,5% (n:6). O 2º motivo de indicação cirúrgica foi a “inferti-

lidade” presente em 15,2% (n:16) com >36 meses de evolução em cerca de 25%(n:4). 93,8% desses homens tinham espermograma prévio (n:15), com evidencia de normozoospermia em apenas 6,7% (n:1). 5 doentes realizaram testes hormonais, 2 teste de cariótipo e deleção do Y. Houve 1 caso de elevação do nível de FSH. Verificou-se 3 casos de varicocele recidivado (2,8%). A classificação em grau do varicocele segundo a classificação de Dubin L e Amelar RD: grau I em 11,4%(n:12), grau II 30,4%(n:32), grau III em 27,6%(n:29). O varicocele foi considerado subclínico em 30,4%(n:32). O Eco-doppler escrotal foi realizado em 89 homens (84,7%) e identificou varicocele unilateral esquerdo em 74,2%(n:66); direito 0% (n:0) bilateral em 25,8%(n:23). – apenas 2 foram operados bilateralmente. Identificou-se casos de assimetria testicular e outras patologias concomitantes como hidrocele e espermatocele. Foi preferida a via aberta em 89,5% dos casos (n:94). As técnicas cirúrgicas abertas utilizadas por ordem decrescente foram: a retroperitoneal, inguinal e subinguinal em 68%(n:64), 25,6%(n:24) e 6,4%(n:6) respetivamente. Em 10,5% dos casos (n:11) a via laparoscópica foi a escolhida. Houve 1 complicação intraoperatória durante a realização da técnica retroperitoneal com lesão iatrogénica do uréter esquerdo que culminou em anastomose termino-terminal do ureter lesado e colocação de stent ureteral duplo-J. As complicações pós-operatórias foram distribuídas de acordo com a classificação de Clavien-Dindo, com uma taxa de incidência de 7,4% nos doentes submetidos a cirurgia aberta (n:7), todas Clavien-Dindo I. Não houve complicações após a cirurgia laparoscópica (n:0). O *follow-up* médio em consulta foi de 4,7 meses. Foram requisitados espermogramas de reavaliação em 52,1%(n:12) dos doentes com espermograma prévio a cirurgia

com alterações seminais (total de 23). Destes, 41,7% (n:5) apresentaram melhoria dos parâmetros do espermograma após cirurgia. No *follow-up* foram requisitadas apenas 10 ecografias escrotais pelo Urologista identificando-se 4 (3,8%) de casos de hidrocele - 2 após técnica inguinal (8,3%), 1 após técnica retroperitoneal (1,6%) e 1 após cirurgia laparoscópica (0,9%) que culminou em posterior hidrocelectomia e 7 (6%) casos de recidiva de varicocele - 3 após técnica retroperitoneal (4,6%), 2 após técnica inguinal (8,3%) e 2 após cirurgia laparoscópica (18%).

Conclusão: A técnica retroperitoneal é a mais amplamente utilizada em nosso meio. A prevalência de efeitos adversos pós cirúrgicos em todas as técnicas é baixa e houve recuperação ligeira-moderada dos parâmetros seminais de reavaliação. São necessários estudos prospetivos para atenuar impacto que esta patologia tem na sexualidade masculina.

Nº: 100

PREDICTING NEGATIVE URETEROSCOPY FOR STONE DISEASE – AVOIDING RISK AND COST

Miguel Eliseu; Roberto Jarimba; Maria João Rocha; Pedro Moreira; Pedro Simões; Luís Sousa; Henrique Dinis; Paulo Temido; Arnaldo Figueiredo
Serviço de Urologia e Transplantação Renal, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introduction: *Urolithiasis is a common disease worldwide, with prevalence rates in general population of 1-20%; countries with high standard of life show rates over 10%. Ureteric stones are a particular burden with frequent need of emergency care. Ureteroscopy (URS) is one of the most useful procedures in treating ureteric stones not passed spontaneously; this procedure has a general complication risk of 4%. Negative URS, with rates up to 15% described, represents avoidable patient risk and use of medical resources. Predicting negative URS preoperatively*

and cancelling the procedure would prevent this unnecessary burden.

Objectives: To describe rates and identify predictive factors of negative URS and to define strategies which would minimize patient and financial burden of these unnecessary procedures.

Patients and methods: A retrospective cohort study analysed patients who underwent URS in our Center to treat ureteric stones over a period of 2 years (from July 1st, 2016 until June 30th, 2018). Patient age, gender and comorbidities, previous procedures, as well as clinical, laboratory and imaging findings were analysed.

Results: During the defined period, 262 patients underwent URS for ureteric stones. The population was 50.8% female, with a mean age of 56.89 years. A total of 78 procedures were negative URS, representing 29.8%. Univariate analysis showed a higher prevalence of negative URS in female patients ($p=0,023$), as well as in primary ($p=0,001$), smaller ($p=0,010$), and radiolucent stones ($p=0,035$). With multivariate analysis, a logistic regression model correctly classified 76% of patients, with smaller stone size ($p=0,003$) and radiolucency ($p=0,011$) being significant predictors of negative URS, accounting for 47.7% of the variance.

Discussion and conclusions: Our Center showed a high rate of negative URS, more than previously described in the literature. Female patients tend to have an even higher rate, possibly due to unnoticed passage of stones or more frequent pelvic phleboliths mistaken as ureteric stones. Patients with small, radiolucent stones showed the highest rates of negative URS; these would benefit the most from pre-operative computed tomography to identify and preclude unnecessary treatments and costs.

Nº: 101

DOIS ANOS DE PROSTATECTOMIAS RADICAIS NO CHLC – REVISÃO ANATOMOPATOLÓGICA E FOLLOW-UP

Vanessa Andrade; João Guerra; Rita Tomás; Mariana Medeiros; Thiago Guimarães; Rui Bernardino; Gil Falcão; Francisco Fernandes; Rui Farinha; Luís Campos Pinheiro
Hospital São José, Centro Hospitalar Lisboa Central

Introdução: A prostatectomia radical (PR) é um dos tratamentos recomendados no adenocarcinoma prostático localizado. O balanço entre uma ressecção tumoral completa e preservação funcional da função erétil e continência urinária nem sempre é fácil, podendo resultar margens cirúrgicas positivas (MCP).

O nosso objectivo consiste em identificar se na nossa população a percentagem de doentes com margem cirúrgica positiva pode ser explicado pela abordagem cirúrgica e pela experiência do cirurgião e se tal se traduz num maior risco de recidiva bioquímica.

Métodos: Procedeu-se a uma avaliação retrospectiva dos relatórios de anatomia patológica das peças de PR realizadas no Centro Hospitalar Lisboa Central entre Janeiro de 2017 e Dezembro de 2018. Através da consulta do processo clínico do doente foram avaliados o seguimento e a necessidade de terapêutica adjuvante ou de resgate.

Resultados: Durante o período considerado foram realizadas 114 prostatectomias radicais, a maioria por via aberta. Os doentes tinham em média 66 anos e um PSA inicial de 10,57ng/mL. Na peça, a maioria apresentava um gleason 7 (3+4) (39,8%) e 7 (4+3) (27,4%). 41,6% apresentava margem cirúrgica positiva, mais comum a nível do ápex. Destes doentes, 41,3% realizou terapêutica adjuvante com radioterapia externa (RTE), bloqueio androgénico (BA) ou ambos. Dos restantes, 4 apresentaram recidiva bioquímica e

foram submetidos a terapêutica de resgate. Não se encontrou relação entre a existência de MCP e a abordagem cirúrgica utilizada, a experiência do cirurgião e a necessidade posterior de tratamento de resgate, contudo esta relaciona-se com a existência de invasão extra-prostática ($p=0,04$) e das vesículas seminais ($p=0,01$). Dos doentes com margem cirúrgica negativa, 9% realizaram terapêutica adjuvante no pós operatório e outros 9% apresentaram recidiva bioquímica, tendo sido submetidos a terapêutica de resgate. Há ainda a reportar um caso de metastização óssea e um óbito.

Discussão/Conclusão: A presença de margens cirúrgicas positivas após prostatectomia radical é uma situação relativamente frequente (6 a 41%), podendo ser atribuída a diversos factores. A sua presença representa um risco bem definido para recidiva bioquímica, contudo a sua tradução em outcomes clínicos está menos esclarecida. Apesar da presença de margens positivas não significar automaticamente a necessidade de terapêutica adjuvante, quase metade dos nossos doentes foram imediatamente tratados, ficando os restantes em vigilância de potencial recidiva bioquímica, sendo ambas as opções válidas. É por isso importante que se tenha acesso ao máximo de informação possível, incluindo as características anatomopatológicas, que em conjunto com outros factores ajudem o cirurgião a decidir qual a necessidade ou não de tratamento adjuvante imediato.

Nº: 102

O DIABO MORA NOS DETALHES – OCLUSÃO INTESTINAL NUM DOENTE TRANSPLANTADO, UM CASO CLÍNICO

Bernardo L Teixeira; João F Cabral;

Nuno P Azevedo; Joana Gaspar²;

Gonçalo G. Mendes; Avelino Fraga

¹Serviço de Urologia Centro Hospitalar do Porto;

²Serviço Cirurgia Geral Centro Hospitalar do Porto

Introdução: As complicações gastrointestinais são relativamente comuns em doentes transplantados renais, relacionando-se geralmente com a imunossupressão e medicação crónica. Os doentes que realizaram diálise peritoneal têm ainda maior risco de eventos oclusivos. Neste trabalho, apresentamos um caso clínico de oclusão intestinal causada por uma torção de ansa sobre o ureter transplantado.

Objectivos: Descrição de caso clínico

Materiais e métodos: Análise de registos clínicos e meios auxiliares de diagnóstico de um doente transplantado renal no Centro Hospitalar do Porto

Resultados: Descrevemos o caso de uma doente de 34 anos, com antecedentes de diálise peritoneal e transplante renal com rim de cadáver em 2017 no contexto de doença renal terminal por nefropatia de refluxo.

Cerca de 1 ano após o transplante, recorre ao serviço de urgência do Centro Hospitalar Universitário do Porto, por quadro de dor abdominal periumbilical constante associada a diminuição do trânsito intestinal e débito urinário. A doente com sinais vitais estáveis apresentava ao exame objectivo abdómen distendido nos quadrantes inferiores e dor com defesa à palpação do hipogastro.

No estudo analítico, foi documentada elevação dos valores de creatinina (2.34 mg/dL, para um basal de 1.13mg/dL) associada a leucocitose ligeira ($11.27 \times 10^3/\mu\text{L}$). A radiografia abdominal evidenciou a presença

de níveis hidroaéreos a nível do intestino delgado e a ecografia comprovou a distensão de ansas intestinais nos quadrantes inferiores do abdómen, bem como uma ligeira dilatação do aparelho excretor do enxerto.

A doente manteve-se sob tratamento conservador, tendo-se verificado agravamento progressivo do quadro clínico; foi realizada TC AP com evidência de sinais de sofrimento de ansas e ureterohidronefrose importante, embora sem se conseguir precisar a causa por ausência de excreção urinária de contraste.

No decorrer destes achados, a doente foi submetida a laparotomia exploradora, confirmando-se o quadro de oclusão intestinal causado por torção de ansas intestinais sobre o ureter transplantado, que apresentava um trajeto parcialmente intra-peritoneal; reduziu-se a torção intestinal, verificando-se viabilidade da ansa. De seguida, foi realizada a intraperitonealização do ureter. O pós-operatório decorreu sem intercorrências, com retorno dos valores de creatinina ao nível basal e restabelecimento do trânsito intestinal. Aos 2 meses pós-operatório, tinha valor de creatinina de 1.32mg/dL.

Discussão/Conclusão: Este caso clínico descreve uma causa inusitada de oclusão intestinal num doente transplantado renal. Vem lembrar-nos o importante paradigma: em cirurgia, o diabo mora mesmo nos detalhes!

Nº: 103

UTILIDADE DA TERAPIA DE PRESSÃO NEGATIVA EM UROLOGIA

Luis Sepulveda; Liliana Miranda; Antonio Oliveira; Filipe Rodrigues

Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro

Introdução: Em 1997, Argenta e Morykwas popularizaram a utilização de terapia de pressão negativa (TPN) para acelerar a cicatrização de feridas. Recorrendo à utilização de pressão subatmosférica exercida através de uma espuma de poliuretano com

uma estrutura de poros abertos, esta técnica é usada actualmente para tratamento clínico de muitos tipos de feridas como trauma ortopédico, trauma tecidos moles, enxertos cutâneos, úlceras pressão, úlceras venosas, úlceras do pé diabético, queimaduras, infecções cirúrgicas, etc.

Na última década, o tratamento de feridas com terapia de pressão negativa aumentou drasticamente, dada a sua eficácia terapêutica.

O mecanismo de ação desta envolve efeitos físicos, como o aumento da perfusão, controle do edema e do exsudato, redução das dimensões da ferida e depuração bacteriana, e efeitos biológicos, como o estímulo à formação de tecido de granulação, microdeformações e redução da resposta inflamatória local.

Objetivos: O objetivo deste estudo é demonstrar os resultados obtidos com a utilização da terapia por pressão negativa (TPN) no tratamento de feridas complexas, nomeadamente na Fasceíte necrotizante (Gangrena Fournier) ou deiscências de feridas operatórias através da apresentação de 3 casos clínicos distintos.

Material e métodos: Foram recolhidos os dados clínicos e documentação fotográfica da evolução de feridas sob tratamento por TPN em 3 casos distintos:

Caso 1- Doente de 80 anos, com Fasceíte necrotizante, submetido a intenso desbridamento cirúrgico envolvendo a região perineal, perianal, escrotal, base do pénis e fossas isquio-retais. Submetido simultaneamente a colostomia derivativa e realocação bilateral dos testículos em bolsa na raiz da coxa. Realizou tratamento com TPN durante internamento durante 38 dias e posteriormente penso (hidrofibras e interface de silicone) em ambulatório por 50 dias até epiteliação completa.

Caso 2 - Doente de 68 anos, submetido a cistoprostatectomia radical e neobexiga ortotó-

pica, apresentando no pós-operatório várias intercorrências infecciosas por gérmen multirresistente, incluindo formação de abscesso pélvico com fistulização cutânea e infecção e deiscência de ferida operatória. O doente foi submetido a desbridamento cirúrgico, limpeza de ferida operatória, drenagem de abscesso pélvico e remoção de trajecto fistuloso cutâneo, tendo sido complementado a atitude cirúrgica com a aplicação de terapia de pressão negativa. Realizou tratamento com TPN durante internamento durante 20 dias e posteriormente em ambulatório por 17 dias, com boa evolução cicatricial e resolução do status infeccioso.

Caso 3 - Doente de 51 anos, paraplégico desde os 26 anos, apresentava extensa Fasceite necrotizante envolvendo região perineal, perianal, isquio-rectal e extensão sacro-coccígea. Foi submetido a desbridamento cirúrgico, complementado com colostomia derivativa laparoscópica e, posteriormente, enxerto de pele total. Realizou tratamento com TPN durante internamento por 70 dias. Apresentou evolução favorável durante o internamento, mantendo cuidados de TPN em ambulatório durante 15 dias.

Resultados: Nos 3 casos apresentados constatou-se uma evolução favorável no decurso de algumas semanas a meses, com resultado final com bons resultados funcionais e estéticos. Realça-se a evolução sem significativas intercorrências infecciosas ou necessidade de reintervenções recorrentes para desbridamento cirúrgico. Na fase inicial do tratamento, destaca-se a necessidade de realização dos cuidados de penso em contexto de Bloco Operatório sob sedo-analgesia, dada intolerância algica e estado clínico débil.

Discussão/Conclusões: A terapia de pressão negativa constitui actualmente uma técnica promissora na abordagem da resolução cicatricial da Fasceite Necrotizante/Gangrena

de Fournier e deiscências complexas de feridas operatórias, contribuindo para um rápido processo de cicatrização, diminuindo a dor, o exsudato, o risco de sobreinfecção e o custo total do tratamento.

Nº: 104

MICROLITÍASE TESTICULAR: QUANDO E COMO VIGIAR?

Margarida Morgado; Afonso Morgado;
Filipe Barros Alves; Ricardo Castro
Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar Universitário de S. João; Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário de S. João; Departamento de Biomedicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: A microlitíase testicular (MT) define-se pela presença de múltiplas pequenas calcificações dispersas por um ou ambos os testículos. Nos últimos anos, tem sido reportada e questionada a sua associação com múltiplas patologias, tais como o cancro do testículo (CT), a infertilidade, a atrofia testicular, a criptorquidia, o hipogonadismo, o síndrome de Klinefelter, o síndrome de Down, entre outras. Os resultados contraditórios, nomeadamente na sua associação com o CT, criaram incerteza na necessidade da sua valorização como achado patológico e na sua posterior abordagem adequada.

Objectivos: Clarificar a importância da MT como achado incidental numa ecografia testicular e definir a abordagem de seguimento apropriada para o contexto clínico do indivíduo.

Material e métodos: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre o tema e uma revisão do arquivo de imagens da nossa instituição.

Resultados: A MT é um achado incidental ocasional em ecografia testicular, na qual classicamente se observam múltiplos pequenos focos ecogénicos, sem cone de sombra, de dimensões relativamente uniformes, dis-

persos pelo parênquima testicular. Em adultos, as estimativas de frequência variam entre 0,6 a 9% e entre 2,4 a 5,6% em homens sintomáticos e assintomáticos, respectivamente. A MT já foi associada a várias entidades patológicas, a mais importante sendo o CT, o que levou a que, num passado recente, a MT fosse considerada uma condição pré-maligna. Este conceito levou à aplicação de estratégias exaustivas de vigilância periódica dos homens com MT. Contudo, estudos posteriores com maior validade demonstraram não existir uma associação causal entre a MT e o CT e que a realização de exames de rastreio em indivíduos com MT e baixo risco de CT não é custo-eficaz, nem melhora significativamente os resultados nos indivíduos que desenvolvem CT. Deste modo, as recomendações actuais para a abordagem dos doentes com MT focam-se principalmente na presença ou não de factores de risco para CT. Já foram descritos vários factores de risco para o CT, sendo os mais reconhecidos: história de criptorquismo, história de CT, história de CT num familiar em 1º grau, carcinoma *in situ* (CIS) do testículo e atrofia testicular. Assim, num homem com MT sem qualquer factor de risco para CT, apenas se recomenda o auto-exame testicular mensal. Já um indivíduo com MT e pelo menos um factor de risco para CT deve ser seguido anualmente com realização de ecografia testicular. Se a MT for detectada concomitantemente com uma lesão testicular focal ou uma macrocalcificação suspeita, a MT é irrelevante e a lesão testicular suspeita para neoplasia deve ser prontamente estudada, podendo incluir doseamento de marcadores tumorais, reavaliação por ecografia testicular em 4 a 6 semanas, avaliação por estudo imagiológico complementar como RM com contraste ou ecografia contrastada, realização de biópsia testicular ou orquidectomia radical. A reali-

zação de biópsia testicular permanece um tema controverso. Contudo, esta pode estar indicada em indivíduos pós-orquidectomia por CT em que é detectada MT ou atrofia no outro testículo, visto que apresentam um risco aumentado de CIS.

Conclusão: Não parece existir uma associação causal entre MT e CT, não se devendo considerar a MT uma condição pré-maligna. O risco de desenvolver CT num indivíduo apenas com MT e sem factores de risco para CT é extremamente baixo. Deste modo, estes homens não devem ser submetidos a programas de vigilância exaustiva. O seguimento deve ser reservado para os indivíduos com MT e factores de risco para CT.

Nº: 105

CONDILOMA ACUMINADO DA GLANDE – IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

Alexandre Macedo; Nuno Ramos;
Vanessa Metrogos; Carolina Vasconcelos;
Nuno Figueira; Miguel Carvalho
Hospital Garcia de Orta

Introdução e objetivo: O Condiloma Acuminado é uma doença sexualmente transmitida causada pelo *human papilloma vírus* (HPV) e em crescente incidência. Na mulher a prevalência do vírus é de 40-60% e em homens sexualmente activos 5-20%, tendo como manifestação nos últimos o aparecimento de lesões papilomatosas, de aspecto tipo “couve-flor”, nos órgãos genitais, uretra, períneo e outros. O tratamento é dirigido à erradicação do vírus, terapêuticas locais, crioterapia e tratamento cirúrgico, nomeadamente terapêutica excisional. Os condilomas em genótipos mais agressivos de HPV podem evoluir para carcinoma *in situ* de Bowen ou para carcinoma espinocelular.

Materiais e métodos: Consulta de processo clínico e descrição do caso de um doente com o diagnóstico de Condiloma Acuminado.

Com o consentimento do doente foi obtida reportagem fotográfica do procedimento cirúrgico e evolução semanal pós-operatória. Revisão da informação obtida após pesquisa bibliográfica através da *Medscape*, usando os termos médicos *Condyloma Acuminatum* e *Genital warts*.

Resultados: Homem de 68 anos, antecedentes de circuncisão operado em 2014 no Hospital de São José, no contexto de Condiloma Acuminado. Após 5 anos foi orientado para o Hospital Garcia de Orta onde foi observado em consulta de Dermatologia em Janeiro/2019 por aparecimento de lesão de aspecto verrucoso com cerca de 2cm, com erosão e infiltrativa. Realizou biópsia da lesão que revelou histologicamente um condiloma acuminado. Pedida a observação por Urologia dada a extensão da lesão. Constatou-se a presença de uma lesão com cerca de 3,5cm, de aspecto verrucoso, com algumas áreas de necrose e infiltração da uretra distal. Após discussão com Cirurgia Plástica foi proposto para excisão cirúrgica da lesão e reconstrução com enxerto de pele.

Procedeu-se em primeiro tempo à preparação de enxerto de pele de espessura total em lâmina colhido na face interna do braço direito. Em segundo tempo, foi realizada a excisão da lesão en-bloc com preservação da uretra e revestimento com enxerto e imobilização em tie-over. A evolução no pós-operatório foi favorável.

Conclusão: A crescente incidência do Condiloma Acuminado alerta-nos para a necessidade da prevenção e tratamento de lesões anteriormente pouco frequentes. A abordagem multidisciplinar é fundamental na prática clínica actual, traduzindo resultados clínicos e estéticos superiores. Tendo esta patologia alta probabilidade de recidiva e progressão a vigilância clínica é de extrema importância.

Nº: 106

LINFÓCITOS, MONÓCITOS E PLAQUETAS COMO VALOR PROGNÓSTICO NOS TUMORES DE CÉLULAS GERMINATIVAS DO TESTÍCULO

Alexandre Macedo; Nuno Ramos;
Vanessa Metrogos; Nuno Figueira; Miguel Carvalho
Hospital Garcia de Orta

Introdução e Objetivo: O tumor do testículo, apesar de ser uma neoplasia pouco frequente, é o tumor mais frequente no Homem entre os 15-40 anos. O sistema imunológico exerce um papel chave na resposta do organismo às neoplasias. Existem diversos marcadores hematológicos que podem ter influência no prognóstico e sobrevida dos doentes. O nosso estudo teve como objectivo avaliar o seu valor prognóstico nos tumores de células germinativas do testículo.

Materiais e métodos: Estudo longitudinal retrospectivo (2009-2018) dos doentes com tumores de células germinativas do testículo no Hospital Garcia de Orta. Análise do processo clínico, revisão das análises pré-operatórias, exame histológico e *follow-up* dos doentes. Foram avaliadas e comparadas as contagens de linfócitos, plaquetas e monócitos e razão neutrófilos/linfócitos (N/L), plaquetas/linfócitos (P/L) e linfócitos/monócitos (L/M). Foi analisada a relação que estes marcadores podem ter como preditores do estadió e como factores de prognóstico. A análise estatística foi realizada através do programa IBM SPSS Statistics.

Foram diagnosticados 34 tumores de células germinativas do testículo numa população com uma idade média de 41 anos (23-67), dos quais o exame histológico revelou 20 tumores do tipo seminoma, 8 não-seminoma e 5 do tipo misto.

27,3% dos doentes tinham uma razão N/L >4 e 12,1% tinham N > 8000/uL. Existe uma relação directa entre a razão neutrófilos/lin-

fócitos e o estadió da doença (Pearson correlation: 0.594, $p=0,002$), assim como uma relação direta entre o valor de neutrófilos e o estadió da doença (Pearson correlation: 0.487, $p=0,017$). Doentes com razão $N/L > 4$ apresentaram estadios superiores (II ou III) (77,8% vs 22,2%, $p=0,005$). Estas percentagens significam que dos doentes com razão $N/L > 4$, 77,8% apresentavam estadió II ou III e apenas 22,2% tinham estadios inferiores.

24,2% dos doentes demonstraram uma contagem total de plaquetas $> 300000/uL$. Não houve diferença comparativa relativamente à histologia (seminoma vs outros, $p=0,695$). Contudo estes doentes apresentaram estadios superiores (75% vs 25%, $p=0,015$), maior progressão da doença (83,3% vs 16,7% $p=0,010$) e tendencialmente maior metastização (60% vs 17,9% $p=0,078$) – p não significativo por reduzida amostra.

30,3% dos doentes apresentaram razão plaquetas/linfócitos > 150 . Estes apresentavam estadios mais avançados (estadió II ou III) (66,7% vs 9,5% $p=0,001$).

51% tiveram razão $L/M > 3$, no entanto não foram encontrados resultados comparativos relativamente ao prognóstico ou sobrevida, assim como uma relação com os marcadores tumorais.

As curvas ROC mostram uma AUC (área sobre a curva) de 0,717 para a razão $N/L > 4$ e uma AUC de 0,617 para o valor de $N > 8$. Isso significa uma especificidade moderada na previsão destes dois parâmetros na progressão da doença.

Conclusão: Os nossos resultados demonstram que os marcadores hematológicos podem ter um valor prognóstico na predição da agressividade e progressão da doença, nomeadamente situações de mau prognóstico desde o momento do diagnóstico.

Consideramos que a utilidade destes marcadores na prática clínica pode ser considerada

uma ferramenta não invasiva importante na avaliação dos doentes com tumores de células germinativas do testículo.

Nº: 107

AValiação DO SCORE DE PADUA EM NEFRECTOMIAS PARCIAIS

Alexandre Macedo; Nuno Ramos;

Vanessa Metrogos; Nuno Figueira; Miguel Carvalho
Hospital Garcia de Orta

Introdução e objetivo: A nefrectomia parcial tornou-se no tratamento de eleição do carcinoma de células renais com estadió cT1. Gradualmente a indicação estendeu-se para tumores com mais de 4cm. Vários *Nephrometry Scores* foram desenvolvidos para avaliar complicações no pós-operatório de cirurgias poupadoras de rim. No entanto, aquele que é uniformemente mais aceite é o *Preoperative Aspects and Dimensions Used for an Anatomical Classification* (PADUA).

O nosso trabalho teve como objectivo avaliar uma série retrospectiva de doentes submetidos a nefrectomia parcial com parâmetros cirúrgicos e as complicações associadas ao procedimento.

Materiais e métodos: Estudo longitudinal retrospectivo (2010-2018) dos doentes submetidos a nefrectomia parcial no Hospital Garcia de Orta. Análise do processo clínico e relato operatório, revisão dos exames de imagem, exame histológico e as complicações segundo a classificação de Clavien-Dindo. Foi aplicado o *score* de PADUA com base em tomografia computadorizada pré-operatória. A análise estatística foi realizada através do programa IBM SPSS Statistics.

Foram realizadas 75 nefrectomias parciais com uma idade média de 63 anos, por suspeita de tumor do rim. Da nossa amostra 54 eram do sexo masculino e 21 do sexo feminino. 78,08% revelaram um carcinoma de células renais (83,02% estadió pT1, destes 68,4% eram de células claras, 22,8% car-

cinomas do tipo papilar e 8,8% do tipo cromóforo. Para a nossa população, 83,03% apresentava um estadio clínico cT1a e o tamanho médio dos tumores foi de 3cm. Foram avaliados parâmetros cirúrgicos, nomeadamente tempo de isquémia quente (média=20 minutos), líquido drenagem (média=200cc) e tempo de internamento (média=7 dias).

As complicações no pós-operatório foram sub-divididas em maior e menor e segundo a classificação Clavien-Dindo. Um total de 23 doentes desenvolveram complicações (Clavien-Dindo I-V, n=5; 16, 2, 0 e 1, respectivamente). Os *score* de PADUA foram sub-divididos em baixo (5-7), intermédio (8-9) e alto (10) grupos de pontuação (74,28%, 24,28% e 1,43%, respectivamente), sendo que a análise estatística dos dados não revelou correlação entre as complicações associadas ao procedimento e os 3 grupos de *score* PADUA. O estadio clínico (cT) teve uma correlação estatisticamente significativa com o *score* PADUA (*Pearson correlation* 0,424; $p=0,011$). O tempo de isquémia revelou uma correlação positiva com o *score*, no entanto esta não revelou significância estatística.

Conclusão: O *score* de PADUA é utilizado como indicador da complexidade associada às nefrectomias parciais. Para a nossa população, no entanto, não foi encontrada uma correlação directa com os diversos parâmetros analisados. Posto isto, e em conformidade com outros trabalhos publicados, a sua utilidade na previsão de complicações associadas ao procedimento é limitada.

Nº: 108

NEFROURETERECTOMIA RADICAL EM CARCINOMA UROTELIAL DO TRATO SUPERIOR LOCALMENTE AVANÇADO (T3 OU SUPERIOR): CIRURGIA LAPAROSCÓPICA OU ABERTA?

Gonçalo Grilo Mendes¹; Carlos Ferreira¹;
Bernardo Lobão Teixeira¹; Severino Ribeiro¹;
Avelino Fraga¹; Miguel Ramos¹

¹Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP)

Introdução: O carcinoma urotelial do trato superior (CUTS) é um tumor relativamente raro, sendo responsável por 5-10% de todos os carcinomas uroteliais. A nefroureterectomia radical é atualmente considerada o *gold-standard* para o tratamento curativo dos CUTS de alto risco. O tipo de abordagem cirúrgica, nomeadamente entre a via aberta e a via laparoscópica, tem sido tema de debate, com a literatura a suportar o uso da via aberta em CUTS localmente avançados ou invasivos (T3/T4 e/ou N+/M+), devido ao pior controlo oncológico pela via laparoscópica.

Objetivo: Este estudo visou investigar os resultados oncológicos a longo prazo entre a nefroureterectomia laparoscópica e aberta em doentes com estadio clínico e patológico igual ou superior a T3.

Material e métodos: O estudo realizado é do tipo observacional retrospectivo. A amostra é constituída por doentes submetidos a nefroureterectomia radical no período compreendido entre Maio de 2006 e Maio de 2018 e cuja anatomia patológica revelou um estadio patológico igual ou superior a T3, representando uma amostra de 37 doentes. Foram avaliadas as características anatomo-patológicas, o tipo de cirurgia (aberta ou laparoscópica) e a sobrevida dos doentes através da análise de Kaplan-Meyer.

Resultados: Analisando as curvas de sobrevivência da nefroureterectomia aberta relativamente à nefroureterectomia laparoscópica,

parece haver uma tendência para uma maior sobrevida global nos doentes submetidos a cirurgia laparoscópica do que cirurgia aberta, contudo sem significância estatística, para um $p=0.098$ (Mantel-Cox *test*). Aos 36 meses de seguimento, cerca de metade dos doentes submetidos a nefroureterectomia laparoscópica encontravam-se vivos, enquanto que ao final de 8 meses de seguimento metade dos doentes submetidos a nefroureterectomia aberta já se encontravam mortos. Todos os doentes submetidos a nefroureterectomia com margens positivas (8,1%) por via aberta (8,3%) ou por via laparoscópica (7,7%) morreram em menos de 18 meses.

Discussão/Conclusão: O presente estudo demonstra que não existem diferenças na sobrevida entre a abordagem laparoscópica e aberta no tratamento de CUTS localmente avançados (T3 ou superior), contrariamente ao que a literatura atualmente suporta, sugerindo até, embora sem significância estatística, uma tendência para uma melhor sobrevida com a abordagem laparoscópica. Serão necessários mais estudos, em particular coortes prospetivas e com amostras populacionais maiores, para suportar estes dados, sendo a reduzida amostra e o desenho retrospectivo as principais limitações deste estudo.

Nº: 109

CONCORDÂNCIA DO SCORE DE GLEASON ENTRE A BIÓPSIA E A PEÇA CIRÚRGICA E OS RISCOS DOS ERROS DE GRADAÇÃO

Raquel Rodrigues; Daniela Pereira;
Alexandre Gromicho; Débora Araújo; Rui Amorim;
Luís Ferraz
CHVNG/E

O carcinoma da próstata é a segunda neoplasia mais frequente no sexo masculino e a segunda causa de mortalidade por neoplasia em homens após a neoplasia do pulmão. As decisões terapêuticas baseiam-se na pre-

missa de um estadiamento correto, sendo a biópsia prostática o exame diagnóstico central para a tomada de decisões terapêuticas.

Objetivo: Comparar o *score* de Gleason na biópsia e na peça de prostatectomia radical numa série contemporânea de doentes submetidos a prostatectomia radical no CHVNG/E, tentando identificar possíveis preditores de erro da biópsia prostática.

Materiais e métodos: Foi efetuado um estudo retrospectivo, baseado em revisão de processos clínicos, de 208 doentes com carcinoma da próstata clinicamente localizado, submetidos a biópsia prostática e prostatectomia radical no nosso Serviço, entre 1 de Janeiro de 2014 e 31 de Julho de 2019.

Resultados: A idade média dos doentes foi de 63,72 $\pm$ 5,816. A média do PSA ao diagnóstico foi de 15,36 $\pm$ 17,53 e a média do número de fragmentos obtidos da biópsia prostática transrectal (BPTR) foi de 13,95 $\pm$ 5,4. A média do erro de gradação da BPTR em relação ao exame anatomopatológico da peça operatória foi de -0,2415 $\pm$ 0,044. O *score* de Gleason da biópsia e da peça operatória foi o mesmo em 68,8% dos doentes. Encontrámos um *score* mais elevado na biópsia do que na peça de prostatectomia em 4,3%. O *score* de Gleason da peça operatória foi mais elevado do que o da biópsia em 26,6% dos casos (*downgrading* na biópsia). Esta diferença foi de 2 valores em 1,4% dos casos ($n=3$). A taxa de erro de gradação é significativamente maior nas biópsias com *score* mais baixo ($P<0,05$). Na análise univariada, não houve correlação estatisticamente significativa entre a probabilidade de erro de gradação e número de fragmentos da biópsia ($P=0.102$) o volume prostático ($P=0.102$), estadiopT ($P=0.135$), PSA à data de diagnóstico ($P=0.407$) ou com a relação livre/total ($P=0.557$). Houve uma associação entre a probabilidade de erro e o ano da biópsia prostática (HR: 0.062 IC:

0.152 -0.99 $P=0,028320$), sendo que, após a análise estatística multivariada esta associação não se manteve.

Discussão conclusão: Os resultados anatomopatológicos obtidos através da BPTR mantêm-se como um elemento fundamental na tomada de decisão partilhada com o doente acerca da sua estratégia terapêutica. No entanto embora esta seja representativa da doença em questão existe sempre o risco de se cometer um erro de gradação em relação a peça final de prostatectomia radical. Os valores encontrados na nossa população para os erros de gradação são semelhantes aqueles descritas na literatura. Da análise dos nossos dados não foi possível detetar fatores preditores de erro.

Nº: 110

NEOPLASIA DA BEXIGA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE MELANOMA DA CORÓIDE METASTIZADO

Duarte Vieira-Brito; Mário Lourenço;
Ricardo Godinho; Pedro Peralta; Carlos Rabaça;
Amílcar Sismeiro
Instituto Português de Oncologia Coimbra, Serviço de Urologia

Introdução: A metastização do melanoma maligno para a bexiga com tradução clínica é raríssima, com menos de 40 casos descritos na literatura. O número de referências a metastização para a bexiga de melanomas da coróides é ainda menor.

Objetivos: Descrever um caso clínico de melanoma da coróide com metastização para a bexiga.

Métodos: Descrição de caso clínico. Consulta de processo clínico para recolha de dados clínicos.

Resultados: Homem de 73 anos, com antecedente de globectomia ocular esquerda por melanoma da coróide 6 anos antes (sem sinais clínicos ou imagiológicos de recorrência), foi referenciado a consulta de Urologia

por hematúria macroscópica com 2 meses de evolução e ecografia vesical suspeita para neoplasia vesical com 4 cm na cúpula vesical. Dados os achados ecográficos, foi proposto para ressecção transuretral do tumor vesical (RTU-TV), tendo-se objetivado uma lesão na cúpula, ovalóide, de aspeto necrótico, com cerca de 5 cm de maior eixo e pediculada. Na restante mucosa vesical objetivaram-se várias (>10) lesões ovalóides milimétricas de superfície regular e cor castanha-escura. A RTU-TV foi completa em extensão e profundidade. O resultado histopatológico revelou a presença de melanoma em todas as lesões ressecadas.

Com a finalidade de estadiamento, o doente realizou uma PET-FDG18 que revelou metastização peritoneal e pulmonar. Dada a metastização difusa, o doente foi proposto para quimioterapia sistémica.

Discussão: Na literatura consultada, existem apenas 4 casos descritos de melanoma da coróide com metastização para a bexiga, o que demonstra a raridade do caso descrito. Tal como descrito em outros casos de metastização urinária do melanoma (cutâneo/ofthalmológico), o principal sintoma e que leva ao diagnóstico é a hematúria macroscópica indolor. O diagnóstico diferencial faz-se com outras neoplasias da bexiga, embora o antecedente pessoal de melanoma combinado com as características macroscópicas do tumor, devem levar o urologista e o patologista a pensarem em melanoma metastizado como forte possibilidade. Quando existe metastização para a bexiga, normalmente existem outros locais de metastização (o que também sucedeu neste caso), embora existam casos de metastização única para a bexiga. A quimioterapia sistémica é o tratamento de escolha do melanoma metastizado, embora a mestastasectomia cirúrgica seja ponderada em doença oligometastática. O prognóstico é reservado.

LINFOMA MALT PRIMÁRIO DO RIM – DESCRIÇÃO DE UM CASO RARO

Alexandre Gromicho¹; Raquel Rodrigues²;
Daniela Pereira²; Débora Araújo²; Paulo Espiridião²;
Vitor Oliveira²; Luís Ferraz²

¹Hospital Central do Funchal; ²Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia

Introdução: O linfoma da zona marginal de tecido linfoide associada à mucosa (MALT), também conhecido como linfoma MALT, faz parte do grupo de linfomas de células B segundo a classificação da *World Health Organization* (WHO). Estas neoplasias têm origem em locais extraganglionares geralmente associadas a inflamação crónica no contexto de infecções ou doenças auto-imunes. Teoricamente pode ter origem em qualquer localização extra-ganglionar, no entanto raramente envolve primariamente o rim.

Objectivos: Descrever caso clínico de um linfoma MALT do rim e realizar uma revisão na literatura sobre a patologia.

Caso clínico: Doente de 56 anos, fumador, sem outros antecedentes de relevo. Referenciado à consulta de Urologia em Março de 2019 por episódio de hematúria e há 3 meses. Ao exame objectivo apresentava bom estado geral. Analiticamente sem alterações de relevo. Portador de ecografia reno-vesical que descrevia uma massa de 66mm no rim esquerdo, com conteúdo líquido central, suspeita de neoplasia com necrose central, e lesão vesical com 29x22mm. A uretroscopia confirmou a presença de lesão papilar com cerca de 2cm na parede lateral esquerda. Para melhor caracterização da massa renal foi pedida uroTC, que revelou marcada densificação tecidular no seio renal peri-bacinet, sugerindo espessamento marcado do urotélio condicionando deformidade do bacinete e dos cálices, em particular do médio e inferior, com alguma heterogeneidade do parênquima

renal do terço inferior, aspectos altamente sugestivos de neoformação. Assumido diagnóstico provável de neoplasia urotelial e proposta nefroureterectomia esquerda com ressecção transuretral vesical, realizada a 16/04/2019. Ao exame histológico, macroscopicamente a lesão localizava-se centrada no seio renal estendendo-se ao tecido adiposo perinéfrico e parênquima renal, de características sólidas, limites mal definidos, de coloração amarelada. Microscopicamente observou-se proliferação linfoide atípica, constituída por células pequenas com diferenciação linfoplasmocitóide. Identificada expressão para CD20 e aparente restrição de expressão de cadeias leves kappa. Não se observou expressão de CD3, CD5, CD10, Bcl-6, Bcl-2, CD23, ciclina D1 e CD38. Portanto estabelecido diagnóstico de linfoma da zona marginal tipo MALT no rim. Adicionalmente, histologia da lesão vesical revelou carcinoma urotelial vesical de alto grau pTa com representação da camada muscular. Foi referenciado à consulta de Hemato-Oncologia onde se encontra em vigilância. Actualmente a realizar adjuvância intravesical com instilações de BCG.

Discussão: O linfoma da zona marginal tipo MALT com origem renal é extremamente raro. Uma das razões para a baixa incidência é o facto de o rim não conter tecido linfático. Os linfomas MALT têm origem em localizações extra-ganglionares, mais frequentemente gástrica, ocular, intestinal, pulmonar e glândulas salivares. O linfoma renal atinge sobretudo pessoas > 40 anos. Clinicamente caracteriza-se pela presença de lombalgia, astenia, perda ponderal, hematúria e em casos mais avançados com massa abdominal e insuficiência renal. O diagnóstico é desafiante, sendo difícil diferenciar o linfoma MALT dos tumores renais mais frequentes, como o carcinoma de células renais e carcinoma do urotélio alto. Por esta razão, na maioria

dos casos o diagnóstico é estabelecido após nefrectomia radical. Apesar da biópsia renal percutânea permitir diagnóstico histológico, não deve ser realizada na suspeita de carcinoma urotelial devido ao risco de *seeding*. O tratamento do linfoma MALT do rim não está bem definido, mas pode ser tratado com quimioterapia, cirurgia ou radioterapia. Estão reportadas na literatura taxas de sobrevida 75.6% aos 5 anos.

Conclusão: O Linfoma MALT do rim é uma patologia extremamente rara e que coloca dificuldades no seu diagnóstico. Apesar de o tratamento não estar estabelecido, a intervenção cirúrgica pode ser curativa sem necessidade de tratamentos adjuvantes, como foi demonstrado neste caso clínico.

Nº: 112

EXISTE CORRELAÇÃO ENTRE INFECÇÃO HPV E SOBREVIDA NO CARCINOMA DO PENIS?

Duarte Vieira-Brito; Mário Lourenço;
Ricardo Godinho; Pedro Peralta; Carlos Rabaça;
Amílcar Sismeiro
Instituto Português de Oncologia Coimbra, Serviço de Urologia

Introdução: O carcinoma do pênis é raro, constituindo <1% de todos os cânceros no homem nos países industrializados. O cancro do pênis é mais comum em zonas com elevada prevalência de HPV, com cerca de um terço dos casos atribuídos à carcinogénese relacionada com o HPV. Tendo em conta a elevada correlação entre níveis de expressão de p16INK4 e a presença de transcrição de HPV, a expressão de p16INK4 pode ser utilizada como marcador de infeção por HPV. O objetivo principal deste trabalho é avaliar o valor prognóstico da expressão p16INK4 no cancro do pênis.

Métodos: Avaliação retrospectiva de todos os doentes com diagnóstico primário de carcinoma do pênis, sujeitos a cirurgia numa insti-

tuição de tratamento oncológico portuguesa, nos últimos 20 anos (n=35). Revisão patológica de todas as peças operatórias e teste imunohistoquímico para identificação do p16INK4. Estudou-se a relação do p16INK4 com os seguintes fatores: idade, subtipo histológico, dimensão tumoral, grau de diferenciação, estadiamento T e N, invasão perineural, invasão perivascular, sobrevivência livre de doença (DFS) e sobrevivência relacionada com o cancro (CSS).

Resultados: O p16INK4 foi positivo em 8 doentes (22.4%). A identificação do p16INK4 não se relacionou com nenhum fator histopatológico. Neste trabalho identificámos uma tendência de melhor DFS e CSS nos doentes positivos para p16INK4 (DFS aos 36 meses de 100.0% vs. 66.7%; CSS aos 36 meses de 100.0% vs. 70.4%), embora sem significância estatística ($p>0.05$).

Na análise multivariada, dos fatores clinicopatológicos estudados, apenas o estadiamento se relacionou com a DFS e CSS ($p=0.017$ e $p=0.014$, respetivamente).

Discussão: a percentagem de casos positivos para p16INKa é menor do que a encontrada na literatura internacional, o que pode sugerir um papel menos relevante da infeção por HPV na oncogénese do cancro do pênis na população estudada. A identificação do p16INKa não se relacionou com outros fatores clinicopatológicos. A tendência a um prognóstico mais favorável nos doentes p16INKa vai de encontro à bibliografia internacional. O fator mais relevante para o prognóstico é o estadiamento ganglionar. A força estatística deste trabalho é limitada pela dimensão da amostra.

Conclusão: cânceros do pênis positivos para p16INK4a apresentam uma tendência para melhores sobrevivências, embora o fator mais relevante no outcome seja o estadiamento ganglionar.

URETROPLASTIA COM ENXERTO DE MUCOSA BUCAL: EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE UROLOGIA DO CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA

Pedro Valente; Hélder Castro; Fernando Vila; Paulo Araújo; Cristina Vivas; Joaquim Lindoro
Serviço de Urologia, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Penafiel

Introdução: A estenose da uretra é uma patologia frequente com grande impacto na qualidade de vida dos doentes. Na maioria dos casos o tratamento de primeira linha é endoscópico, no entanto, caracteriza-se por ter uma natureza recidivante com necessidade de múltiplas intervenções e cirurgia reconstrutiva, inclusivé com recurso a transferência de tecidos autólogos.

Objetivos: Analisar a casuística do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa referente ao tratamento de estenoses da uretra complexas com recurso a aplicação de enxerto de mucosa bucal.

Material e métodos: Desde Janeiro de 2017 a Junho de 2019 foram tratados 14 doentes com estenose da uretra com utilização de enxerto de mucosa bucal. Para tal foram realizadas 19 cirurgias reconstrutivas de uretra, das quais, 8 intervenções de aplicação de enxerto dorsal na uretra peniana (Tipo Johanson-1º tempo), 7 intervenções de uretroplastia bulbar com aplicação de enxerto dorsal (Tipo Barbagli), e 4 intervenções de Tunelização da uretral peniana (Tipo Johanson-2º tempo). O enxertos foram colhidos da mucosa jugal.

Os doentes foram avaliados antes e depois da intervenção cirúrgica com avaliação clínica, ecografia incluindo avaliação do resíduo pós-miccional (RPM) e Urofluxometria.

A análise dos dados foi feita usando o programa IBM SPSS Statistics 20.0 software.

Resultados: Os doentes tinham uma idade média de 54 anos e um IMC médio de

28,7Kg/m². 42,9% dos doentes apresentavam HTA, 35,7% eram diabéticos, 28,6% fumadores e 21,4% estavam medicados com antiagregantes.

A causa mais frequente de estenose uretral foi o Lichen escleroso (42,9%).

71,4% dos doentes tinham antecedente de cirurgia de uretra sendo a mais frequente a uretrotomia interna. 78,6% dos doentes tinham antecedente de dilatações regulares da uretra com uma duração média de 30 meses. Cerca de 36% dos doentes tinham sido submetidos a colocação de cistostomia suprapúbica por retenção urinária e dos restantes todos apresentavam queixas do trato urinário baixo graves, a média do fluxo máximo foi 5,8ml/s e o RPM médio de 81mL.

A estenose tinha em média 5,9cm de extensão e a sua localização era na uretra pendular em 35,7%, Bulbar em 42,9% e Bulbar e Pendular em 21,4% dos doentes.

Para a reconstrução uretral foram utilizados mais do que um enxerto em 28,5% dos casos. O tempo cirúrgico variou de acordo com o tipo de cirurgia, sendo em média 264 minutos para a uretroplastia bulbar, 200 minutos para o 1º tempo da uretroplastia peniana com aplicação do enxerto e 138 minutos para cirurgia de tunelização.

Não ocorreu qualquer intercorrência intraoperatória de relevo.

Relativamente a complicações pós-operatórias, de referir 1 caso de hematoma do local da colheita do enxerto de mucosa bucal que foi tratado de modo conservador e 1 caso de necrose cutânea peniana que foi tratado com desbridamento cirúrgico.

O tempo de seguimento médio foi de 10 Meses (mínimo de 1 mês e máximo de 25 meses). Todos os doentes intervencionados se encontram em micção espontânea. Sendo a média do fluxo máximo 17,8 ml/s e o RPM médio 39,4ml.

Ocorreu recidiva da estenose uretral em 1 doente submetido a uretroplastia bulbar, pelo que foi submetido a uretrotomia interna.

De referir a ocorrência 1 caso de incontinência urinária de esforço ligeira sem necessidade de tratamento cirúrgico e 1 caso de disfunção erétil tratada com alprostadil intracavernoso.

Conclusões: A uretroplastia com enxerto de mucosa bucal é uma intervenção cirúrgica tecnicamente exigente, usada para tratamento de estenoses da uretra complexas, com poucas complicações associadas e com uma boa taxa de sucesso.

Nº: 114

SINTOMAS URINÁRIOS BAIXOS E O SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES TRANSPLANTADOS RENAI

Jorge Correia; Mariana Madanelo; Alexandra Rocha; Bernardo Teixeira; Gonçalo Mendes; Catarina Tavares; André Marques Pinto; Avelino Fraga; Carlos Ferreira; Miguel Silva-Ramos
Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: O transplante renal é considerado a melhor forma de tratamento da doença renal crónica terminal. Contudo, devido ao tempo de espera prolongado para transplante, muitos doentes tornam-se anúricos e não utilizam o tracto urinário baixo levando à sua disfunção. Apesar de após o transplante existir uma adaptação ao longo de 6 meses, alguns estudos demonstraram que os sintomas urinários baixos (LUTS, *lower urinary tract symptoms*) podem persistir, aumentando a susceptibilidade a infecções urinárias e refluxo, com repercussão na função do enxerto e na mortalidade. A ausência de necessidade de terapêutica de substituição renal pode levar a que estes doentes interpretem os LUTS como positivos, levando ao subdiagnóstico de disfunção urinária baixa.

Objectivos: Realizar uma análise comparativa do impacto dos sintomas urinários baixos

na qualidade de vida, entre os doentes transplantados renais e uma população de doentes saudáveis referenciada a consulta pelas mesmas queixas.

Material e métodos: Foi efectuada uma análise retrospectiva dos dados clínicos de todos os doentes transplantados renais (TR) e de um grupo controlo (GC) de doentes saudáveis referenciados a consulta de Urologia por LUTS, entre Janeiro e Dezembro de 2018. Os doentes foram avaliados com urofluxometria e questionário IPSS (*International Prostate Symptom Score*) complementado com a escala de qualidade de vida (QoL, *Quality of life*) da AUA. A última foi categorizada como não afectada (0-1), ligeiramente (2), moderadamente (3-4) ou severamente afectada (5-6).

Resultados: Foram avaliados um total de 158 doentes, 65 doentes transplantados renais e 93 doentes controlo, com média de idades, respectivamente, de 46 ± 11 anos e 67 ± 9 anos ($p < 0,001$). O tempo mediano em diálise foi de 40 meses [IQR 34-60] e o tempo mediano decorrido desde o transplante de 15 meses [12-24]. 26 TR encontravam-se a realizar pelo menos um tipo de terapêutica médica (40%), enquanto 87% do GC estava medicado ($n=81$). Na avaliação com o questionário de QoL, verificamos que os doentes transplantados renais referiam uma melhor qualidade de vida ($1,43 \pm 0,7$ e no GC $3,29 \pm 1,3$; $p < 0,001$) em paralelo com um IPSS significativamente menor ($9,1 \pm 4,4$ e no GC $11,4 \pm 7,5$; $p = 0,026$). A urofluxometria não apresentou diferenças entre os grupos (Qmax de $12,6 \pm 7,0$ no TR e $14,6 \pm 7,8$ no GC; $p = 0,106$).

Constatou-se uma diferença significativa ($p = 0,001$) na distribuição de ambos os grupos pelas diferentes classes de QoL, observando-se que a maioria dos TR referiam que os LUTS não afectavam ou afectavam apenas ligeiramente a sua qualidade de vida (66,2% e 29,2%, respectivamente, *versus*

4,3 e 28,0% no GC). Ao invés, apenas 4,6% dos TR referiam uma qualidade de vida moderadamente afectada e nenhum (0%) uma interferência severa (48,4% e 19,4% respectivamente no GC).

Em ambos os grupos se observou uma correlação significativa entre o IPSS e QoL ($p < 0,001$), mas os TR apresentavam um incremento superior no IPSS para a mesma variação da QoL ($B = 3,9$ no TR e $3,3$ no GC). Utilizando um modelo de regressão logística multivariada, ajustando para as diferenças observadas na idade e IPSS existentes entre os grupos, verificou-se, ainda assim, que o facto de ser transplantado era o determinante com maior impacto na qualidade de vida.

Discussão/Conclusões: Os doentes transplantados renais apresentam uma melhoria significativa na qualidade de vida, apesar de manterem sintomas urinários baixos importantes. Esta relação deve ser reconhecida e identificada precocemente, devendo este benefício ser contrabalançado contra os seus inerentes riscos na função do enxerto a longo prazo.

Nº: 115

COMPLICAÇÕES E RESULTADOS FUNCIONAIS DA NEO-BEXIGA ORTOTÓPICA DE STUDER: 4 ANOS DE SEGUIMENTO

Francisco Fernandes; Gil Falcão; Rui Bernardino; Thiago Guimarães; Mariana Medeiros; Vanessa Andrade; Rita Tomás; João Guerra; Fernando Calais; Luís Campos Pinheiro
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução: O tumor da bexiga constitui um dos mais frequentes do aparelho génito-urinário. Nos doentes com necessidade de cistectomia radical, vários tipos de derivações urinárias podem ser utilizadas.

A utilização de derivações continentes parece trazer grande benefício psicológico para os doentes.

A neo-bexiga ortotópica de Studer aproxima-se do substituto ideal para a bexiga por per-

mitir a criação de um reservatório continente, de baixa pressão e que pode ser facilmente esvaziado.

No entanto, este tipo de derivação parece estar associado a uma maior taxa de complicações quando comparado com a derivação com o contido ileal. Complicações precoces incluem: leak urinário, pielonefrite e complicações associadas a anastomose intestinal. Complicações tardias incluem estenoses da anastomose neovesico-ureteral ou uretero-enterica, fístula urinária, litíase, retenção urinária e incontinência urinária.

Objectivos: O objectivo deste estudo é analisar as complicações e os resultados funcionais dos doentes submetidos no nosso centro a cistectomia radical com derivação urinária tipo neobexiga ortotópica de Studer nos últimos 4 anos.

Material e métodos: Entre 2015 e 2019, 12 doentes foram submetidos no nosso centro a cistectomia radical com derivação urinária tipo neobexiga ortotópica de Studer. Avaliou-se o tempo de seguimento, estadio patológico, o tempo médio de hospitalização, a existência de complicações precoces e tardias, a continência e a função sexual.

Resultados: A idade média dos doentes à data de cirurgia era de 58 anos [53-80]. O período médio de seguimento foi de 14 meses. O tempo médio de hospitalização dos doentes foi de 11 dias. A continência diária (0/1 penso dia) foi atingida em 100% dos doentes. A continência nocturna foi atingida em 78% dos doentes.

As complicações precoces foram as seguintes: leak da anastomose urinária (1/12); pielonefrite (1/12). As complicações tardias foram: pielonefrite (4/12) com evolução para sépsis em 1 doente e retenção urinária com necessidade de cateterismo intermitente em 1 doente.

Discussão/Conclusões: As complicações desta série vão de encontro às já descritas

na literatura actual onde as complicações precoces variam entre os 9-18% e as tardias entre os 6-24%. Apesar de associado a mais complicações (quando comparada com o conduto ileal) a neobexiga ortotópica de Studer está associada a um benefício psicossocial do doente pelo que deverá ser sempre tida em conta estimando-se que possa ser utilizada em até cerca de 80% dos doentes.

Nº: 116

DIVIDIR PARA CONQUISTAR – 8 ANOS DE DEPARTAMENTALIZAÇÃO NO SERVIÇO DE UROLOGIA DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO PORTO

Bernardo L. Teixeira; André M. Pinto; João F. Cabral; Gonçalves G. Mendes; João N. Pereira; Jorge R. Correia; Catarina M. Tavares; Diogo N. Carneiro; Alexandra Rocha; Mariana Madanelo; Avelino Fraga
Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: Em 2011 o serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto foi reestruturado em áreas funcionais, à semelhança de outros centros europeus, com vista ao aprimoramento técnico e científico em cada uma das diferentes valências da especialidade por forma a atingir a excelência nos cuidados a oferecer à população.

Objectivos: Comparar a evolução da cirurgia laparoscópica e de litíase e seus resultados, antes e após a departamentalização do serviço de urologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto.

Materiais e métodos: Análise retrospectiva da actividade cirúrgica do serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto nos períodos entre 1 de Julho 2010 e 30 de Junho 2011 e 1 de Julho 2017 e 30 de Junho 2018. Foram colhidos os dados demográficos dos doentes, *score* ASA, tempo de internamento e complicações cirúrgicas segundo a escala de Clavien Dindo modificada. Foram considerados nesta análise os seguintes pro-

cedimentos: Nefrectomia simples, radical e parcial; prostatectomia radical; adenomectomia por HBP; cistectomia radical, nefroureterectomia radical, ureterorrenoscopia flexível e nefrolitotomia percutânea. Realizada análise comparativa recorrendo ao software STATA 13.1, com um nível de significância de 0,05.

Resultados: O número total de procedimentos realizados foi de 776. A média de idade foi de 63,8 anos (DP 13,15; mín 19, máx 93). Houve um predomínio de doentes do sexo masculino (74.5%). A mediana de dias de internamento pós-operatório foi de 5 dias (Intervalo interquartis 3-7). A distribuição de acordo com o *score* ASA foi a seguinte: ASA I 5,5%, ASA II 64,6%, ASA III 25%, ASA IV 4,9%. Observou-se uma taxa de reinternamento e de complicações de 2,8% e 33,1% respectivamente.

No período em estudo, observou-se um aumento significativo da abordagem laparoscópica de 17,6% para 56,5% entre 2010 e 2018, excluindo os procedimentos endourológicos. A abordagem laparoscópica associou-se a menor incidência bruta de complicações (diminuição de 13%; $p=0.001$) Nas cirurgias exequíveis por via laparoscópica, observou-se uma tendência bruta para a redução de complicações após departamentalização ($p=0,085$; 39,5% vs 32,9%). A mediana de dias pós-operatórios foi significativamente menor [mediana 4 (IIQ3-6) vs. 6 (IIQ 5-7); $p=0.0001$]. Recorrendo a um modelo de regressão logística multivariada ajustando para idade, sexo e ASA, verificou-se uma redução de 40% na probabilidade de incidência de complicações nos procedimentos laparoscópicos (OR = 0,6 ; 95CI 0,4-0,9 $p=0,035$). Por outro lado, por cada ano de idade, o risco de complicações aumentou 3%, de forma independente ($P<0,001$). Concomitantemente, não se observou diferença na gravidade das complicações entre os procedimentos mais

antigos e os mais recentes, quando ajustados à idade ou ao facto de terem sido realizados por via laparoscópica.

Na área da litíase, para além de um aumento significativo do número de procedimentos (29 vs 112) observou-se uma diminuição dos dias de internamento com a departamentalização [mediana 2 (IiQ1-3) vs 3 (IiQ 3-5); $p=0.0016$], e uma tendência para a redução de complicações, embora não estatisticamente significativa (25.81 vs 16.96% $p=0.27$)

Discussão/Conclusão: A divisão do serviço de Urologia por áreas funcionais, com equipas dedicadas foi um projecto inovador em Portugal na altura da sua implementação, com ganhos óbvios em saúde decorrentes de uma melhor prestação de serviços à população. O aumento do número de cirurgia laparoscópica e de endourologia por patologia litíásica assim o demonstram. Apesar de não termos encontrado diferenças estatisticamente significativas no número de complicações, observou-se uma melhoria deste parâmetro com a cirurgia laparoscópica (OR = 0.6); a departamentalização e o aumento da laparoscopia são, no entanto, indissociáveis. Advogamos assim a subespecialização e a difusão desta prática a outros serviços de Urologia em Portugal

Nº: 117

DETEÇÃO DE MARCADORES TUMORAIS DE DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO DE TUMOR UROTELIAL VESICAL NO PROTEOMA URINÁRIO

Mariana Medeiros; Francisco Fernandes; Juliana João; Luis Carvalho; Frederico Ferronha; Luís Campos Pinheiro; Hugo Santos; Carlos Lodeiro; José Luís Capelo

Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central, Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa

Introdução e objetivo: A grande maioria dos tumores uroteliais vesicais (75-80%) são não músculo-invasivos e apresentam taxas ele-

vadas de sobrevivência (entre 88-98% aos 5 anos).

A natureza recorrente do carcinoma urotelial vesical obriga a um seguimento apertado e por longos anos, em estruturas hospitalares especializadas, com necessidade de exames endoscópicos pouco cómodos e dispendiosos, como a uretrocistoscopia, tornando-se necessário um método de diagnóstico e de *follow-up* alternativo, que seja de fácil utilização, com elevada sensibilidade e especificidade, não influenciável por outra patologia urológica ou afetado pelos tratamentos adjuvantes.

Após excisão do tumor, o estadiamento clínico é fundamental para o prognóstico e para a decisão do tratamento, que consistem em procedimentos completamente diferentes caso esteja presente um tumor urotelial não-músculo invasivo (Ta e T1) ou invasivo (T2 +).

Atualmente, nenhum método não invasivo tem sensibilidade suficiente para substituir a cistoscopia ou o exame histológico para estadiamento clínico do tumor.

Num estudo prévio, identificaram-se fenótipos proteicos urinários característicos para o estadiamento do carcinoma urotelial da bexiga.

O primeiro painel (32 proteínas) permite detetar o tumor da bexiga, e o segundo painel (70 proteínas) permite diferenciar entre os estadios Ta, T1 e T2+ (estadios invasivos: T2, T3 e T4).

Este trabalho tem como objetivo identificar a presença de tumor urotelial vesical através da urina de doentes selecionados aleatoriamente dum grupo com cerca de 150 pacientes com tumor urotelial vesical, saudáveis, doentes com LUTs e em seguimento de tumor urotelial.

Material e métodos: 9 doentes foram selecionados aleatoriamente: 7 doentes com carcinoma urotelial vesical T1, 1 doente com

carcinoma urotelial músculo invasivo T3 (variante micropapilar) e 1 doente com LUTs por Hiperplasia Benigna da Próstata (HBP)

Utilizando a Preparação da Amostra com Auxílio por Filtro, as proteínas urinárias foram purificadas e digeridas. Cromatografia Líquida acoplada à Espectrometria de Massa foi utilizada para a identificação e quantificação de peptídeos urinários digeridos.

Resultados: Através da identificação de proteínas dos dois painéis, o teste revelou que todos os doentes teriam carcinoma urotelial não músculo invasivo T1.

Assim, o teste nesta amostra apresentou uma sensibilidade de 100% para a presença de tumor e estadiamento T e um valor preditivo positivo (VPP) de 88,8% e 77,8% respetivamente para as categorias referidas.

Conclusão: Nossos resultados mostraram-se bastante promissores, no entanto um estudo de validação com um número superior de doentes é necessário.

Nº: 118

TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CANCRO DO RIM – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Joana Polido; Tito Palmela Leitão; Miguel Miranda; Afonso Castro; Carolina Borges da Ponte; Tiago Oliveira; José Palma Reis; Tomé Lopes

Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN)

Introdução: A nefrectomia é o tratamento cirúrgico *gold standard* na abordagem dos tumores renais localizados, permitindo tanto o diagnóstico histológico como o tratamento curativo na maioria dos casos. A nefrectomia parcial é o procedimento preferível, sempre que exequível, por permitir a preservação de parênquima renal, diminuindo o risco de doença cardiovascular ou metabólica a longo prazo. A abordagem laparoscópica apresenta menor morbilidade e resultados oncológicos idênticos, embora tecnicamente mais desafiante.

Objectivos: Analisar as nefrectomias realizadas na Unidade de Urologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN) num período de 3 anos, quanto às características dos doentes e dos respectivos tumores, ao período peri-operatório e às complicações.

Materiais e métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo dos doentes com tumores renais submetidos a nefrectomia radical (NR) e parcial (NP), tanto via aberta (VA) como via laparoscópica (VL) por tumor do rim, entre Janeiro de 2016 e Dezembro de 2018. Foram avaliados os dados referentes às características dos doentes (idade, sexo e co-morbilidades, *score* ASA — *American Society of Anesthesiologists*), ao seu diagnóstico (características e localização do tumor), ao período peri-operatório (técnica cirúrgica utilizada, tempo cirúrgico e tempo de internamento) e às complicações pós-operatórias (escala de Clavien-Dindo modificada). Os dados foram obtidos através da consulta do processo clínico informatizado e a análise estatística foi realizada utilizando o software IBM SPSS Statistics 24. Foram utilizados o teste de qui-quadrado para análise de variáveis categóricas e o teste T de amostras independentes (Levene) para análise de variáveis contínuas.

Resultados: No período referido realizaram-se 123 nefrectomias, sendo 62% (n=76) radicais e 38% (n=47) parciais. A idade média foi 63 ± 13 anos e 71% dos doentes eram do sexo masculino. Setenta e cinco por cento apresentavam *score* ASA $\leq$ II. A VL foi mais frequentemente utilizada nas NP do que nas NR (87% vs 61%; $p=0,002$). No estadiamento pré-cirúrgico dos doentes submetidos a NP, 80,4% tinham tumores T1a (PADUA *score* médio=7,17) e 19,6% tumores T1b (PADUA *score* médio=7,0). Dos submetidos a NR, 56,6% tinham tumores T1 (com PADUA *score* médio=8,42), 30,3% tumores T2, 11,8% tu-

mores T3 e 1,3% tumores T4. Os resultados histológicos mais frequentes foram: carcinoma de células claras (58,5%), papilar tipo 1 (14,6%), cromóforo (9,8%) e oncocitoma (8,1%). Não houve diferença estatisticamente significativa nas taxas de ressecção completa (R0) das NR e NP, seja por VL ou VA. O tempo cirúrgico médio (TCM) por VL foi superior nas NP em relação às NR ($164,5 \pm 42$ vs. $143,6 \pm 37$ min. $\pm 2DP$; $p=0,017$), enquanto que nas VA não houve diferença estatisticamente significativa em relação NP vs. NR (147 ± 63 vs 143 ± 55 min. $\pm 2DP$; $p=0,857$).

O tempo médio de internamento foi inferior nas nefrectomias VA vs VL ($3,9 \pm 1,7$ vs. $5,8 \pm 1,9$ dias $\pm 2DP$; $p \leq 0,001$). Verificou-se uma taxa de complicações global de 8% ($n=10$), sendo a diferença das abordagens VL vs VA não estatisticamente significativa (taxa complicações 9,4% vs 5,6%, respectivamente; $p=0,481$). A maioria (80%) das complicações foi de grau $\leq$ II Clavien-Dindo. Ao longo do período considerado, verificou-se um aumento da frequência de realização de nefrectomias parciais em 20% e de nefrectomias laparoscópicas em 19%.

Discussão/Conclusão: A maioria das nefrectomias realizou-se por abordagem laparoscópica, o que reflecte a tendência actual para a realização de procedimentos cada vez menos invasivos, diminuindo a duração do internamento e a recuperação no pós-operatório, sem diferença nas taxas de complicações ou de ressecção completa. A nefrectomia parcial continua a ser preferida para os tumores com estágio T1, por ser oncológicamente segura e poupadora de nefrónios, sem aumentar grandemente o tempo cirúrgico e as complicações, sempre que realizada por cirurgiões experientes.

Nº: 119

URINARY TRACT INFECTIONS AFTER RENAL TRANSPLANTATION: A SINGLE-CENTER EXPERIENCE

Vanessa Metrogos; Nuno Ramos;
Alexandre Macedo; Pedro Bravo; João Bastos;
Miguel Carvalho; Maria José Ferreira
Hospital Garcia de Orta

Introduction: Urinary tract infection (UTI) is the most common bacterial complication in renal transplantation (RTx). ITU is more common in the early postoperative period (three to six months post RTx) and has a direct effect on recipient morbidity and mortality.

Objective: The aim of this study was to evaluate the incidence, clinical manifestations, microbiology and risk factors for UTIs after renal transplantation.

Material and methods: We retrospectively analyzed the clinical data and urine cultures from consecutive patients undergoing RTx between January 2012 and July 2018 at a Transplantation Centre.

Results: We studied data from 94 RTx recipients, 66% ($n=62$) men, with a mean age of 55.67 ± 10.86 years. We observed 46 UTI episodes in 26 patients, including asymptomatic bacteriuria (50%, $n=23$), lower UTIs (23.9%, $n=11$), upper UTIs (13%, $n=6$), and 6 (13%) cases of urosepsis. 30.4% ($n=14$) of UTIs were diagnosed during the first month post RTx, 73.9% ($n=34$) were diagnosed during the first 6 months and 84.8% ($n=39$) during the first 12 months. The most frequently isolated uropathogen was *Escherichia coli* (34.8%, $n=16$) followed by *Klebsiella pneumoniae* (26.1%, $n=12$). We found a higher incidence of UTI in cases of acute tubular necrosis (ATN) ($p=0.028$) and urologic complication after RTx ($p=0.016$), however we did not found any statistically significant independent risk factor for UTI after RTx ($p=0.6$ and $p=0.26$, respectively).

Discussion/Conclusion: *In our study, the incidence of UTI during the first year after RTx was 84.8%, which is in accordance with the data from the literature (variable incidence of 6-86% of the recipients). Accordingly to other centers, E. coli was the most frequently isolated microorganism in urine cultures. The incidence of sepsis related to post RTx UTI was lower in our center (13%). We found statistical significance between urological complications (eg. ureterovesical stricture) and UTI incidence after RTx, as it also is a known risk factor for UTI recurrence. However, we failed to demonstrate independent risk factors for UTI after RTx. In our opinion, more studies are necessary in order to try to define risk factors to allow prevention or more rapid diagnosis in patients with predisposing characteristics.*

Nº: 120

PROLAPSO URETRAL TRATADO CIRURGICAMENTE – PATOLOGIA E TRATAMENTO RAROS

Vanessa Metrogos; Alexandre Macedo;
Nuno Ramos; Renato Mota; Miguel Carvalho
Hospital Garcia de Orta

Introdução: Prolapso uretral (PU) é uma eversão completa circular da mucosa da uretra distal através do meato uretral externo. É uma entidade rara, dos genitais femininos, identificada maioritariamente em crianças pré-púberes afrodescendentes. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico.

Objectivo: Apresentar um caso clínico de prolapso uretral e realizar uma breve revisão da literatura sobre essa entidade rara.

Material e métodos: Comparação e compilação da informação obtida após pesquisa bibliográfica através da PubMed, usando os termos médicos *urethral prolapse*, *urethra* and *surgical treatment*. Resumo e apresentação de um caso clínico após consulta do processo clínico.

Resultados: Mulher de 69 anos, caucasiana, apresentou-se com massa dolorosa vaginal associada a metrorragia, polaquiúria e disúria com 3 semanas de evolução. Antecedentes de tratamento cirúrgico de cistocele e retoccele via vaginal sem próteses há 6 anos. Na observação ginecológica verificou-se atrofia vaginal, hiato vaginal estreito, prolapso uretral com 3cm de maior diâmetro sem compromisso vascular. Efectuada tentativa de redução manual após anestesia tópica com lidocaína sem sucesso, pelo que iniciou tratamento conservador com analgesia e estrogénios tópicos. Reavaliação após 7 dias com agravamento sintomático significativo, pelo que se decidiu pela abordagem cirúrgica. Sob anestesia geral verificou-se a presença de trombo submucoso pelo que se efectuou excisão em doughnut, por quadrantes, da mucosa prolapsada – técnica de Shurtleff e Barone. Sutura da mucosa vaginal à mucosa uretral com 8 pontos de fio-absorvível e colocação de algália Foley siliconada de 16Ch. Aplicação de tampão vaginal, removido às 24 horas e remoção de algália aos 10 dias. Aplicação tópica de estrogénio no pós-operatório e reavaliação às 6 semanas com resolução completa da sintomatologia inicial. O exame histopatológico revelou inflamação benigna, edema e congestão vascular. A doente encontra-se assintomática e sem recidiva aos 7 meses após o procedimento.

Discussão/Conclusão: O PU é uma entidade rara e benigna, com incidência estimada de 1:3000, ocorrendo em crianças afrodescendentes pré-púberes e mulheres caucasianas pós-menopausa. Têm sido propostas várias etiologias. Este caso, atendendo à idade de apresentação e à anterior correcção cirúrgica de prolapso dos compartimentos anterior e posterior da vagina, será provavelmente decorrente de um deficiente suporte das estruturas do pavimento pélvico e de hipoestrogen-

nismo. Ao contrário do que acontece com as crianças, habitualmente assintomáticas com perdas hemorrágicas vaginais, nas mulheres adultas verificam-se sintomas associados à congestão venosa ou necrose, como a dor intensa, urgência, disúria, polaquiúria ou retenção urinária. A abordagem terapêutica deve considerar a gravidade dos sintomas, a eventual taxa de recidiva após terapêutica conservadora e a eventual presença de neoplasia maligna. Perante a decisão cirúrgica, existem diversas técnicas descritas, sendo a mais popular a excisão simples, seguida da sutura da mucosa uretral à mucosa vaginal. As complicações cirúrgicas mais frequentes são a estenose uretral e a incontinência urinária que, apesar de rara, pode resultar da redução do comprimento da mucosa uretral e compromisso esfinteriano subjacente após a excisão. A abordagem cirúrgica realizada permitiu uma ressecção completa do tecido prolapsado, a reconstrução anatómica da uretra e possibilitou o envio de material para análise anátomo-patológica em boas condições, atendendo à faixa etária e risco de atipia da uretra.

Nº: 121

ADENOCARCINOMA DO ÚRACO: UMA ENTIDADE RARA NO UNIVERSO DOS TUMORES DA BEXIGA

Ema Santos^{1,2}; Pedro Francisco Fernandes¹;
Manuel Serrão¹; Jorge Lima Fernandes¹;
Duarte Saunders¹; Artur Real¹; João Faria Nunes¹;
Ferdinando Pereira¹

¹Serviço de Urologia, Hospital Central do Funchal;

²Serviço de Cirurgia Pediátrica, Hospital Central do Funchal

Introdução: O úraco é uma estrutura tubular que conecta o seio urogenital ao alantoide durante o desenvolvimento embrionário. A sua involução ocorre antes do nascimento, apresentando-se, na idade adulta, como uma estrutura fibromuscular entre a cúpula

vesical e o umbigo. O carcinoma do úraco é um tumor extremamente raro (0,01% tumores dos adultos), correspondendo a < 1% dos tumores vesicais e a 20-40% dos adenocarcinomas primários da bexiga. É mais frequente no sexo masculino (5:1), entre a 5ª e 6ª década de vida. A apresentação clínica é indolente com manifestações clínicas em estádios tardios da doença, como hematúria, disúria, mucosúria, bacteriúria, dor abdominal, exsudado umbilical ou massa palpável nos quadrantes inferiores do abdómen. A apresentação clínica tardia, a predisposição para invasão local precoce e metastização secundária são características do carcinoma do úraco associadas ao seu mau prognóstico. **Objetivos:** Apresentação de um caso clínico de adenocarcinoma do úraco.

Material e métodos: Caso clínico.

Resultados: Mulher, 50 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e infeções urinárias de repetição desde há 2 anos. Recorreu ao Serviço de Urgência por persistência da disúria e peso supra-púbico com 4 dias de evolução, apesar de medicada com amoxicilina/ácido clavulânico, e drenagem purulenta pela cicatriz umbilical desde esse dia. Negou febre, vômitos, alterações do trânsito intestinal ou corrimento vaginal. Ao exame objectivo apresentava saída de exsudado purulento pela cicatriz umbilical e uma massa pétreia e indolor à palpação do hipogastro. TC abdominal identificou massa heterogénea de contornos anfractuados e componente quístico central, 89 x 103 x 183 mm, na vertente superior da parede vesical em continuidade com o plano do umbigo e invasão dos músculos rectos do abdómen, sugestiva de transformação maligna de remanescente vesico-umbilical. Submetida a cistoscopia com ressecção transuretral de fragmentos de lesão na parede vesical superior compatível com adenocarcinoma do úraco.

co. Colonoscopia sem alterações. TC toraco-abdomino-pélvica sem lesões secundárias. Submetida a ressecção em bloco da parede abdominal anterior até cicatriz umbilical, cistectomia parcial e linfadenectomia pélvica bilateral que decorreu sem complicações. Exame anátomo-patológico confirmou tratar-se de adenocarcinoma não quístico, do tipo entérico, de arquitectura tubulovilamentosa, bem diferenciado, sem invasão dos nódulos linfáticos ou da parede abdominal; margens cirúrgicas livres – Estadio IIIA (Estadiamento de Sheldon). Completou quimioterapia adjuvante com capecitabina e oxaliplatina. Atualmente, no primeiro ano pós-operatório, com TC toraco-abdomino-pélvica sem sinais de recidiva local ou metastização secundária.

Discussão/Conclusão: Dada a dificuldade de diferenciação histológica entre adenocarcinoma da bexiga, do úraco ou metastático, o diagnóstico do adenocarcinoma do úraco é feito segundo critérios M.D. Anderson *Cancer Center*. O tratamento de eleição é a ressecção cirúrgica em bloco do úraco, umbigo e cistectomia parcial combinada com linfadenectomia pélvica. A taxa de cura na doença localizada é em torno dos 70%, embora a recorrência local e à distância no primeiro ano pós-operatório é frequente (cerca de 54%). O estadio tumoral aquando do diagnóstico é um importante preditor do prognóstico. A taxa de sobrevida aos 5 anos é de 25 – 61%. O papel da quimioterapia no tratamento de estádios avançados de doença ou na recidiva ainda não é claro, não havendo ainda regimes standartizados. Um ensaio clínico, atualmente em fase II, com 5-fluororacilo, leucovorina, gemcitabina e cisplatina ser parece promissor.

Nº: 122

FACTORES PROGNÓSTICOS PÓS-CISTECTOMIA RADICAL EM DOENTES COM TUMOR VESICAL LOCALMENTE AVANÇADO

Pedro Barros; Bárbara Oliveira; Miguel Morgado; Vera Marques; Marco Soares; Miguel Cabrita; Anibal Coutinho

*Centro Hospitalar e Universitário do Algarve
- Unidade de Faro*

Introdução: As neoplasias vesicais constituem a 7ª neoplasia mais comum em homens no mundo, e a 11ª juntando os dois sexos. Para os tumores vesicais musculo-invasivos (TV-MI), a cistectomia radical (CR) continua a ser o *gold-standard* no tratamento, apesar do mau prognóstico associado a estes tumores.

Objectivos: Caracterizar os factores prognósticos de sobrevivência em doentes submetidos a CR por TV e analisar o seu impacto no subgrupo de doentes com TV-MI localmente avançado (TV-LA).

Materiais e métodos: Foram analisados os dados relativos a 193 doentes operados no Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA)-Faro, propostos para CR por TV num período de 10 anos, entre 2008 e 2019. Destes, foram excluídos 20 doentes nos quais apenas foi realizada derivação urinária paliativa por irressecabilidade da lesão primária. Dos 173 doentes submetidos a CR, foram estudados factores relacionados com o doente - sexo, idade à data da CR, classificação PS-ECOG - factores relacionados com a peça operatória - invasão linfo-vascular (ILV), invasão das vesículas seminais (IVS), multifocalidade do tumor, invasão do colo vesical (ICV), margens cirúrgicas, pN – e outros factores – intervalo entre o diagnóstico e a cirurgia, complicações relacionadas com a cirurgia, regime de quimioterapia neoadjuvante (QT-NA) ou adjuvante (QT-A). O impacto desses mesmos factores foi avaliado separadamente para o subgrupo de 117 doentes classifi-

cados como TV-LA ($\geq$ pT3a). A análise estatística univariada e estudo de sobrevivência foram realizados recorrendo ao programa SPSS®20.0, atribuindo-se significância estatística para $p < 0,05$.

Resultados: População constituída por 173 doentes, 152 do sexo masculino (87,8%), com uma idade média à data da CR de 68,2 anos (41-90). O intervalo médio desde o diagnóstico histológico endoscópico até à realização da CR foi de 14,8 semanas, sendo que em 108 casos (62,4%) este intervalo foi inferior a 12 semanas. A análise univariada global da população traduziu uma maior mortalidade na presença de tumores multifocais ($p=0,025$), ILV ($p=0,01$), ICV ($p=0,016$) e margens positivas ($p<0,01$). Para um PS-ECOG de 0-1 a sobrevivência destes doentes foi afectada positivamente ($p<0,01$). A presença de complicações durante o internamento decorrentes da CR não influenciou a mortalidade global da população ($p=0,26$). Na análise do subgrupo de TV-LA, a multifocalidade ($p=0,305$), ICV ($p=0,301$), IVL ($p=0,519$) não influenciaram a sobrevivência. Nos doentes do sexo masculino classificados como pT4a, a presença de IVS adicionalmente à invasão da próstata não conferiu maior mortalidade ($p=0,934$). Um pior PS-ECOG ($p<0,01$) e a presença de margens positivas ($p=0,034$) apresentaram impacto negativo na sobrevivência deste subgrupo de doentes. Os doentes que realizaram QT-A apresentaram uma sobrevivência significativamente menor (1053 vs 1103 dias, $p=0,036$).

Quer na análise da população global, quer no subgrupo de TV-LA, um intervalo de tempo superior a 12 semanas entre o diagnóstico e a realização da CR não se associou a menor sobrevivência ($p=0,899$ e $p=0,485$, respectivamente).

Discussão/Conclusões: A presença de multifocalidade tumoral, ILV, ICV e de margens po-

sitivas constituem factores prognósticos independentes de sobrevivência global nos TV submetidos a CR. Contudo, os doentes com TV-LA carecem de uma avaliação prognóstica cuidada, atendendo à agressividade do tumor primário e à possível discordância com os factores prognósticos conhecidos. A classificação PS-ECOG constitui um factor prognóstico fundamental, mesmo no subgrupo de TV-LA, sendo fulcral na decisão operatória e na indicação para tratamento adjuvante. De ressaltar que a pior sobrevivência verificada nos doentes com TV-LA submetidos a QT-A pode dever-se à baixa percentagem de casos selecionados para tratamento adjuvante neste subgrupo (26%), sendo que 71 doentes com TV-LA e PS-ECOG 0-1 não o chegaram a realizar.

Nº: 123

HEMATOMA PERI-RENAL APÓS LITOTRÍCIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE: UMA COMPLICAÇÃO GRAVE SUBESTIMADA

Ema Santos^{1,2}; Pedro Francisco Fernandes¹;

Manuel Serrão¹; Jorge Lima Fernandes¹;

Duarte Saunders¹; Artur Real¹; João Faria Nunes¹;

Ferdinando Pereira¹

¹Serviço de Urologia, Hospital Central do Funchal;

²Serviço de Cirurgia Pediátrica, Hospital Central do Funchal

Introdução: A litíase renal é uma doença multifatorial muito comum mundialmente, com uma incidência global estimada de 2 a 3%. A litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOC) constitui um tratamento não invasivo da litíase renal, realizado em ambulatório e com uma taxa de sucesso global a rondar os 90%. São contraindicações para o tratamento com LEOC a gravidez, o aneurisma calcificado da aorta abdominal ou artéria renal, as coagulopatias, a hipertensão arterial não controlada, a infeção urinária sintomática e as alterações anatómicas do aparelho urinário. O tratamento com LEOC é passível

de complicações *minor* e *major*, nomeadamente cólica renal, hematúria (frequente nas primeiras 24 horas), efeitos colaterais gastrointestinais autolimitados ou hematoma renal e peri-renal.

Objetivos: Apresentação de um caso clínico relativo a um hematoma peri-renal de grandes dimensões após sessão de LEOC.

Material e métodos: Caso clínico.

Resultados: Doente de 56 anos, sexo masculino, com antecedentes pessoais de litíase renal direita (cálculo de oxalato de cálcio) sob tratamento com LEOC. Negou hipertensão arterial, uso de medicações antiagregantes plaquetários ou anticoagulantes.

Recorreu ao Serviço de Urgência por lombalgia direita e hematúria após sessão de LEOC em clínica privada, desconhecendo o número, a frequência e a intensidade das ondas de choque. Negou náuseas, vômitos, queixas urinárias além da hematúria. Ao exame objetivo apresentava dor à palpação e percussão da região lombar direita. Analiticamente: hemoglobina - 15,5 g/dL, hematócrito - 45,5%, tempo de protrombina - 22,2 s, tempo de tromboplastina parcial ativada - 26 s, leucócitos 10100 μ /L, ureia 29,6 mg/dL, creatinina 1,11 mg/dL. Urina II com proteinúria, leucocitúria e eritrocitúria. Urocultura negativa. TC abdomino-pélvica demonstrou volumoso hematoma peri-renal direito, 15x10x9cm, espessura de 5,3 cm, que condicionava desvio anterior do rim; componente hemático para-renal até a região pélvica pela goteira parieto-cólica; hemoperitонеu de predomínio peri-hepático; cálculo calcificado de 7mm centrado no grupo calicial inferior do rim direito, sem condicionar obstrução. Foi internado para controlo sintomático e vigilância clínica e analítica. Durante o internamento, apesar de hemodinamicamente estável, apresentou decréscimo da hemoglobina para 7,8 g/dL no intervalo de 48 horas com

necessidade de transfusão de 2 unidades de concentrado eritrocitário. A TC abdominal de reavaliação descartou hemorragia activa ou aumento no tamanho do hematoma. Teve alta ao 7º dia de internamento. Sem documentação de hipertensão arterial ou alterações na função renal no *follow-up*.

Discussão/Conclusão: A hemorragia renal e peri-renal é uma das complicações mais comuns após LEOC (20-40%) mas apenas clinicamente significativa em cerca de 1% dos casos. O número de choques, a frequência e intensidade elevados foram implicados no aumento da incidência de lesão renal e formação de hematomas. A hematúria persistente associada a lombalgia não controlada com medicação algica são sinais de lesão renal significativa e requerem investigação. Na maioria dos casos, como no exposto, os hematomas peri-renais são tratados conservadoramente, necessitando apenas de monitorização hemodinâmica e da realização de hemogramas seriados, para além terapêutica analgésica. Raramente, a presença de hemorragia ativa e instabilidade hemodinâmica, exigem uma exploração renal urgente com embolização renal ou nefrectomia.

Nº: 124

A ATITUDE DE EMERGÊNCIA NA VIDA REAL E OS RESULTADOS DO PRIAPISMO ISQUÊMICO: SÉRIE DE CASOS

Cláudia Santos; Luís Figueiredo; Francisco Botelho; Carlos Silva; Paulo Dinis; João Silva
Centro Hospitalar Universitário de São João

Objetivos & introdução: O priapismo isquémico é uma emergência urológica rara que pode levar à disfunção erétil permanente se a apresentação e a intervenção médica imediatas não forem realizadas. O objetivo do nosso estudo foi descrever fatores etiológicos e demográficos, episódios de priapismo prévio, medicamentos, uso de drogas e álcool. Por outro lado, verificamos qual é a

abordagem da vida real no serviço de urgência para essa patologia e avaliamos a função erétil pós-tratamento.

Material & métodos: Pacientes internados no departamento de emergência de um único hospital universitário de atendimento terciário com diagnóstico de priapismo isquêmico de fevereiro de 2008 a agosto de 2018 foram incluídos. Os arquivos clínicos foram investigados para recuperar dados demográficos, etiologia e duração do priapismo, ferramentas diagnósticas empregadas e resultados da abordagem terapêutica. A função erétil atual foi avaliada com o questionário *International Index of Erectile Function-5* (IIEF-5).

Resultados: Um total de 86 pacientes com priapismo isquêmico foram avaliados neste período de 10 anos. A maioria dos pacientes era proveniente de uma área rural (59,3%). A idade mediana foi de 48,5 (P25-P75: 37-55) anos e a duração mediana da ereção antes de chegar ao hospital foi de 11 horas (P25-P75: 5-20). Em 26,7% (n = 23) dos pacientes, a etiologia foi atribuída ao uso de drogas psicotrópicas / antidepressivos e em 30,2% o priapismo ocorreu após a administração intracavernosa de alprostadil na ultrassonografia Doppler peniana diagnóstica (PDU). Em 25,3% dos pacientes, um ou mais episódios de priapismo haviam ocorrido anteriormente. Dos 86 pacientes, 43 foram internados no serviço de urologia, os demais foram descartados e orientados para ambulatório. No serviço de urgência, apenas 34,9% dos pacientes fizeram hemograma completo, 38,4% fizeram gasometria e 4,7% realizaram uma PDU. Em 19 pacientes, o priapismo resolveu com tratamento conservador, em 32 (37,2%) foi necessária aspiração de sangue isquêmico e irrigação salina, em 19 o priapismo resolvido com aspiração e instilação de agonistas β -adrenérgicos (fenilefrina ou adrenalina). A cirurgia foi necessária em 13

pacientes (procedimentos de derivação distal - Ebbehøj ou Al-Ghorab). A necessidade de cirurgia foi associada à duração do priapismo (9h para não operados e 27h para operados; $p = 0,01$). Em pacientes que responderam ao questionário IIEF-5, a gravidade da disfunção erétil foi associada à duração do priapismo.

Conclusão: O diagnóstico de priapismo depende essencialmente da história clínica na prática real, embora existam diretrizes oficiais no diagnóstico e tratamento dessa patologia. Os tratamentos parecem ter um padrão mais homogêneo, dependendo da duração e resposta do tratamento e começando com métodos menos invasivos. A necessidade de cirurgia é fortemente dependente da duração do priapismo, bem como da gravidade atual da disfunção erétil.

Nº: 125

RUPTURA TESTICULAR APÓS TRAUMATISMO FECHADO DO ESCROTO

Pedro Francisco Fernandes; Jorge Lima Fernandes; Artur Real; Duarte Saunders; João Faria Nunes; Manuel Serrão; Ferdinando Pereira
Hospital Central do Funchal, Serviço de Urologia

Introdução: Os testículos encontram-se protegidos de potenciais lesões pela sua mobilidade, elasticidade e resistência, para além da sua localização anatómica e do reflexo cremastérico.

O traumatismo fechado do escroto constitui o mecanismo de lesão mais comum, ocorrendo sobretudo no contexto da prática desportiva, acidentes de viação ou quedas e afectando tipicamente homens entre os 15 e 40 anos. Este poderá culminar na fractura, ruptura, hemorragia e hematoma testiculares, na formação de hematocele, na luxação testicular ou na torção do cordão espermático. A ruptura testicular é a principal complicação, pressupondo a existência de fractura da túnica albugínea acompanhada da extrusão dos túbulos seminíferos. A dor, imediata e in-

tensa, por vezes acompanhada de náuseas e vômitos constituem os sintomas mais comuns. O hemi-escroto apresenta-se normalmente equimótico, edemaciado e doloroso à palpação.

O diagnóstico e a intervenção atempados aumentam a possibilidade de preservação do testículo e das suas funções.

Metodologia: Apresentação de dois casos clínicos de ruptura testicular ocorridos no espaço temporal entre 1 de Setembro de 2018 e 30 de Abril 2019.

Resultados: Caso clínico 1: Jovem de 19 anos recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por persistência da dor escrotal após traumatismo fechado durante a prática desportiva ocorrido há mais de 48 h. Apresentava edema do escroto com marcada dor à palpação e aparente hematocelo. A ecografia escrotal revelou alterações morfo-estruturais do testículo esquerdo sugestivas de fractura. Intra-operatoriamente confirmou-se a ruptura da túnica albugínea, defeito este reparado com recurso a sutura contínua após a remoção dos túbulos seminíferos danificados. Dez meses após o acidente, a ecografia revelou diminuição do volume testicular, redução enquadrável no volume de polpa testicular excisado, sem alterações ecográficas do restante parênquima.

Caso clínico 2: Homem de 26 anos trazido ao SU após queda em sela de altura estimada de 7 m do qual resultou fractura bilateral dos ramos ísquio e ilio-púbicos. Apresentava volumoso hematocelo circunscrito ao hemi-escroto direito impossibilitando a palpação do testículo ipsilateral. Adicionalmente fora visualizado sangue no meato urinário e, decorridas algumas horas, verificada retenção urinária. Ecograficamente o volumoso hematocelo dificultava a observação do contorno testicular direito. Foi confirmada uretrorragia por uretroscopia sem aparente disrupção da

uretra e procedeu-se à algaliação. Durante exploração escrotal constatou-se a fractura do testículo direito, tendo-se optado pela excisão dos túbulos seminíferos lesados e encerramento da túnica albugínea.

Discussão: A ecografia escrotal afigura-se como exame auxiliar de diagnóstico de primeira linha. Por sua vez, a ressonância magnética poderá providenciar informações complementares na presença de dados ecográficos inconclusivos.

Perante a ruptura testicular confirmada ou suspeita, a exploração cirúrgica realizada precocemente após traumatismo escrotal fechado constitui a estratégia advogada por ambas as associações Europeia e Americana de Urologia. A primeira entidade recomenda adicionalmente a exploração escrotal diante hematocelos com tamanho três vezes superior ao volume do testículo contralateral. Preconiza-se assim a drenagem de eventuais hematomas, a excisão dos túbulos seminíferos danificados e o encerramento da túnica albugínea com sutura contínua. A orquidectomia estará indicada na impossibilidade de realização da reparação testicular.

Qualquer lesão traumática do testículo tem o potencial de afectar a espermatogénese, quer pela perda de parênquima testicular, quer, teoricamente, pela formação de anticorpos anti-espermatozóide. Também, a função hormonal poderá ficar comprometida face à atrofia testicular, pelo que durante o *follow-up*, para além do exame físico e da avaliação ecográfica, se recomenda a análise do sêmen e a mensuração dos anticorpos anti-espermatozóide e das hormonas sexuais.

AValiação DA SATISfação A LONGO PRAZO DE DOENTES E PARCEIRAS APÓS COLOCAÇÃO DE PRÓTESE PENIANA INSUFLÁVEL

Cláudia Santos; Afonso Morgado; Paulo Dinis;

Luís Pacheco-Figueiredo

Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: A colocação de próteses penianas insufláveis é uma opção eficaz no tratamento da disfunção erétil (DE), sendo actualmente utilizada no tratamento de doentes refractários à terapêutica farmacológica. O nível de satisfação a longo prazo do doente e da parceira afigura-se relevante na avaliação desta modalidade terapêutica.

Objectivo: Definiu-se como objectivo do presente estudo realizar uma avaliação a longo prazo do grau de satisfação do doente e da parceira, em doentes submetidos a colocação de prótese peniana insuflável na nossa instituição, durante o período de tempo 2007-2014.

Material e métodos: Cinquenta e cinco doentes foram submetidos a colocação de prótese peniana insuflável de 3 componentes dos modelos "Titan Coloplast" ou "AMS 700 CX" entre 2007-2014. Destes doentes, apenas 33 reuniram as condições para participação no estudo, nomeadamente ausência de falência da prótese e consentimento para aplicação do inquérito de satisfação. Os doentes e as parceiras foram avaliados telefonicamente por um único entrevistador, com recurso ao questionário "EDITS" para os homens e aplicação de 3 questões às parceiras: 1) Está satisfeita com a prótese peniana do seu parceiro?; 2) actualmente, consideraria novamente esta opção terapêutica para o seu parceiro?; 3) recomendaria ou aconselharia este tratamento a um amigo? Definiu-se como critério de satisfação global nos doentes a presença de uma pontuação no questionário

EDITS superior a 50. Realizou-se uma análise descritiva do grau de satisfação do doente e da parceira, com recurso a medidas de tendência central e de dispersão para variáveis contínuas e frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas. A mediana de seguimento dos doentes utilizados foi de 42,2 meses.

Resultados: Dos 33 doentes avaliados, a mediana de idade na data de avaliação foi de 64 anos (P25-P75: 59-70). As etiologias mais frequentes de DE foram vasculogénica e pós prostatectomia radical. A taxa de satisfação global dos doentes avaliados foi de 81.8% (n=27). Aproximadamente 79% (n=26) das parceiras reportaram estarem satisfeitas com a prótese do parceiro, 75.8% (n=25) afirmaram que considerariam que o parceiro repetisse o tratamento e 75.8% (n=25) aconselhariam o mesmo tratamento a um amigo.

Discussão/Conclusão: A cirurgia para colocação de prótese peniana insuflável de três componentes constitui uma alternativa terapêutica válida, com um elevado índice de satisfação a longo prazo do paciente e da parceira observado na nossa série de casos, estando de acordo com o descrito na literatura.

Nº: 2

NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA EM RIM PÉLVICO POR ABORDAGEM ANTERIOR

Rodrigues Fonseca R.¹; Lains Mota R.¹;
Peyroteo I.²; Bilé Silva A.¹; Alpoim Lopes F.¹;
Abranches Monteiro L.¹

¹Hospital de Egas Moniz – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; ²Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

Introdução: Actualmente, tem-se verificado um aumento da prevalência de doença litíase, nomeadamente em países mais desenvolvidos. No mesmo contexto, com a evolução científica e tecnológica, o aumento do número de transplantes renais e de doentes identificados com anomalias congénitas anatómicas do rim colocam desafios no tratamento cirúrgico da litíase.

A nefrolitotomia percutânea (PCNL) é utilizada no tratamento de cálculos volumosos ou complexos. Contudo, a utilização da PCNL nos doentes com rim pélvico pode implicar adaptações técnicas que facilitem a sua aplicabilidade nestes doentes.

Objectivos: Apresentar a aplicabilidade da PCNL por abordagem anterior em rins pélvicos realizados no mesmo centro hospitalar no que concerne ao acesso cirúrgico, técnicas de endo-urologia utilizadas e resultado intra-operatório.

Materiais e métodos: Apresentação da técnica cirúrgica utilizada em dois casos de litíase urinária em rim pélvico tratados mediante PCNL por abordagem anterior. A recolha de informação foi realizada de acordo com o regime de dados em vigência actualmente.

Resultados: Dos dois doentes submetidos a PCNL em rim pélvico, um era transplantado renal na fossa ilíaca e apresentava litíase uretérica e no grupo calicial inferior; o outro

doente era portador de rim pélvico congénito localizado na fossa ilíaca direita e litíase multicalicial.

O doente transplantado era portador de uma nefrostomia colocada no grupo calicial inferior por uropatia obstrutiva e lesão renal aguda. Este acesso foi utilizado na PCNL subsequente.

O acesso percutâneo foi realizado por via anterior na fossa ilíaca anterior através do cálice inferior e foi executado através da combinação de fluoroscopia e ecografia.

Um dos doentes foi submetido a nefroscopia apenas enquanto no outro foi utilizada combinação de endoscopia anterógrada e retrógrada.

Os doentes foram considerados stone-free (<5mm) imediatamente após a cirurgia.

Conclusões: A PCNL num rim pélvico pode ser um procedimento desafiante. Neste vídeo apresentam-se dois exemplos de litíase em rim pélvico e a abordagem percutânea utilizada.

Aquando do planeamento cirúrgico, a decisão do acesso calicial pode ser determinante no sucesso do procedimento relativamente ao atingimento do status stone-free mas igualmente para diminuição da taxa de complicações.

A melhoria da performance e dos resultados nestes doentes raros provavelmente será optimizada com a sua concentração atendendo à sua reduzida prevalência.

LAPAROSCOPIC LEVEL 2 VENA CAVA THROMBECTOMY AND RADICAL NEPHRECTOMY — STEP BY STEP TECHNICAL DESCRIPTION

Tito Palmela Leitão¹; João Almeida¹; Paulo Pé-Leve¹; Inês Pereira Pereira²; Joana Polido¹; Tiago Ribeiro de Oliveira¹; José Palma dos Reis¹; Luís Mendes Pedro³; Tomé Lopes¹

¹Urology Department – Centro Hospitalar Lisboa

Norte; ²Anesthesiology Department – Centro

Hospitalar Lisboa Norte; ³Vascular Surgery Department – Centro Hospitalar Lisboa Norte;

⁴Medical Oncology Department – Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introduction: Radical nephrectomy with inferior vena cava thrombectomy (RN-IVCT) is a complex procedure. Recently, minimally invasive RN-IVCT, either laparoscopic or robotic, have shown significant improvements in patient morbidity, while maintaining the oncological results and safety of the open approach. Retrospective series have shown six-fold blood loss reductions, three-fold transfusion rate reductions and five-fold reductions in length of stay for the minimally invasive approach.

Objectives: To present a step-by-step technical description of a level 2 RN-IVCT according to the Novick Classification.

Material and methods: Data was gathered by retrospective review of hospital records.

Results: A 71-year-old male patient presented an eight Kg weight loss in three months and otherwise asymptomatic. An abdominal ultrasound revealed a kidney mass which motivated a CT scan which revealed an 82 x 55 mm right kidney mass with a large tumor thrombus extending into the vena cava, with a cephalad extension of 3 cm above the right renal vein. No lymph node enlargement or metastasis were detected. Staging cT3bN0M0. The patient underwent a laparoscopic right radical nephrectomy, with en bloc excision

of the right renal vein and a patch of inferior vena cava along with the level two thrombus. The adrenal gland was preserved.

Firstly, the patient was positioned in the left lateral decubitus position and a 5-port transperitoneal access is performed. The right colon and the duodenum are mobilized along the Gerota's fascia plane. The vena cava is widely exposed and circumferentially isolated above and below the renal veins. Vessel loops are carefully placed in a double through fashion on the proximal and distal aorta as well as both renal veins. The posterior aspect of the vena cava is carefully dissected to identify possible lumbar veins, which need be ligated. The right renal artery is identified and ligated at its origin in the aorta, in the interaortocava space.

Then, ensues the thrombectomy phase. Control of the vena cava above and below the renal veins is obtained by carefully tensioning the vessel loops until a good venous occlusion is obtained. At this phase a good communication with the anesthesiology team is crucial. The loop is fixed with Weck clips. If further tension needs to be made, one can pull the loop further and place another Weck clip below the initial one. Cavotomy is then performed longitudinally and the right renal vein is liberated with a patch of adjacent vena cava. The thrombus is gently pushed away from the vena cava lumen. Care is taken not to disrupt the tumor. The vena cava is then closed with a 4-0 polypropylene continuous suture. Before completing the suture, appropriate proximal and distal flushing with heparinized saline is recommended to remove blood clots and CO₂. Sequential removal of the vessel loops is then performed, and the suture line is checked for leakage. After confirming a blood-tight suture, the remaining nephrectomy is done, with care not to rupture the tumor capsule or having it touching the surrounding tissues.

The specimen is then bagged and removed. In this specific case, operative time was 265 minutes, blood loss was 750 cc and vena cava clamping time was 55 minutes. The patient remained stable throughout the procedure. The post-operative period was uneventful, the drain was removed at post-operative day 2 with vestigial drainage and the patient was discharged at day 4. Pathology revealed a pT3b clear cell renal cell carcinoma (RCC), with invasion of the renal sinus, pelvis and vena cava wall. At 8 months follow-up the patient is asymptomatic and in remission.

Nº: 4

SURGICAL REPAIR OF A VESICORECTAL FISTULA AFTER A TRANS-PERINEAL PROSTATECTOMY AND TWO FAILED TENTATIVE OF PERINEAL REPAIR

Manuel Ruibal; Antón Zarraonandía;
Higinio Rodríguez; Juan González
Urology Department, Complejo Hospitalario
Universitario Pontevedra. VITHAS Fatima Hospital.
Vigo, Spain

The presence of a vesico-rectal fistula after a radical prostatectomy is a rare event however its resolution is challenging. Surgical repair is very difficult, and no clear solution always exist. There are several different techniques and often the perineal approach is preferred. The advances of laparoscopic surgery allow a minimally invasive approach to these situations.

We present a laparoscopic fistula repair of a patient after a trans-perineal prostatectomy and two failed tentatives of perineal repair. The patient is 75 years old and in 2013 was diagnosed of PCa Gleason 7, cT1NXMX. In august 2013 he undergoes a trans-perineal prostatectomy with urinary incontinence and vesico-rectal fistula. In 2014 he undergoes tentative of repair two times with no success. In our center we performed cystoscopy, rectoscopy and cystography confirming the

presence of the fistula. We then proposed a laparoscopic repair.

The patient was in the Trendelenburg position after the insertion of two double J catheters. The access was transperitoneal with the use of 4 trocars. After dissecting the Douglas and the vesicorectal space we opened the posterior wall of the bladder. With a guidewire we identify the fistula, dissection of it and open the rectum wall. After identifying and removing the fistula tissue we perform a 2 plane sutures with single sutures. Between the two planes a peritoneal flap is positioned. The bladder is closed in two planes. Total surgical time was 300 minutes. The patient went home on day 8 without complications. Catheter was removed at 1 month and after 3 months patients has no more losses.

In conclusion we agree that fistula repair has a high failure rate. We present a safe approach to this kind of surgery with laparoscopy.

Nº: 5

RADICAL CYSTECTOMY WITH ORTHOTOPIC NEOBLADDER: PURE LAPAROSCOPIC TECHNIQUE

Manuel Ruibal; Antón Zarraonandía; Juan González;
Higinio Rodríguez
Urology Department, Complejo Hospitalario
Universitario Pontevedra. VITHAS Fatima Hospital. Vigo

Laparoscopic radical cystectomy is gaining acceptance over the world however the derivation is still a challenging procedure if performed laparoscopically as it represents a challenging procedure.

We present a pure laparoscopic RC with orthotopic neobladder.

The patients is 62 years old and was diagnosed with bladder cancer pT2N0M0. We proposed a pure laparoscopic RC with orthotopic neobladder.

The patient is in the Trendelenburg position and 4 trocars are positioned. The cistoprostatectomy and lymphadenectomy are per-

formed as usual. We select a 60 cm bowel segment 15 cm away from the ileo-cecal valve. We perform a neo-neck to perform the anastomosis with the urethra with a barbed suture 3/0 vycril. The bowel is cutted with an Endoghia and the bowel transit is then restored performing a latero-lateral anastomosis. The remaining bowel segment is detubularized on the antimesenteric side to model the neo-bladder. The neobladder is closed with a running suture anteriorly and the ureters are re-implanted directly into the neobladder. Total surgical time 300 minutes and 7 days of hospital stay.

In conclusion we acknowledge pure laparoscopic radical cystectomy with orthotopic neobladder is feasible but challenging. The patient has less pain, bowel movements are achieved earlier and hospital stay is shorter.

Nº: 6

LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL ESQUERDA NERVE-SPARING LAPAROSCÓPICA NO TUMOR DO TESTÍCULO

Joana Polido¹; Tito Palmela Leitão¹; João Lemos Almeida¹; João Gomes¹; Carolina Borges da Ponte¹; Afonso Castro¹; Isabel Fernandes²; José Palma Reis¹; Luís Costa²; Tomé Lopes¹

¹Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria; ²Serviço de Oncologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria

Introdução: A realização de linfadenectomia retroperitoneal está indicada nos casos de tumores testiculares não-seminomatosos com doença ganglionar (estádio IIA e IIB) com massa residual após quimioterapia ou como tratamento primário nos casos em que os marcadores tumorais (alfa-fetoproteína, β -HCG e LDH) sejam negativos. Nestes casos pode tratar-se de teratoma, tumor quimio-resistente tratável apenas cirurgicamente. A abordagem nerve-sparing, com identificação

e preservação selectiva do plexo simpático lateroaórtico, diminui as taxas de ejaculação retrógrada no pós-operatório e é segura do ponto de vista oncológico, em casos selecionados, mesmo usando templates modificados. A abordagem laparoscópica, por ser menos invasiva, apresenta todas as conhecidas vantagens.

Objectivos: Demonstrar a técnica de linfadenectomia retroperitoneal *nerve-sparing* laparoscópica num caso de carcinoma embrionário do testículo estágio IIA com massa tumoral retroperitoneal residual e marcadores tumorais negativos após quimioterapia.

Materiais: Doente do sexo masculino com 28 anos, previamente submetido a orquidectomia radical direita e quimioterapia (QT) adjuvante aos 23 anos por carcinoma embrionário do testículo. Aos 27 anos foi submetido a orquidectomia radical contralateral também por carcinoma embrionário estágio IIB – T2N2MOS1, tendo realizado posteriormente 4 ciclos de QT. Por manutenção de 2 adenopatias retroperitoneais lateroaórticas esquerdas (dimensões máximas 15mm) com negativização dos marcadores tumorais, foi proposta uma linfadenectomia retroperitoneal *nerve-sparing* laparoscópica.

Métodos e resultados: Com o doente em decúbito lateral direito, foram colocadas 3 portas na linha média e 1 porta na fossa ilíaca esquerda, 2 cm medialmente à espinha ilíaca antero-superior. Foi utilizado um template modificado, tendo como limite superior a veia renal, limite inferior o orifício inguinal profundo e a bifurcação da artéria ilíaca comum esquerda, limite externo o ureter e limite interno o bordo direito da aorta. Procedeu-se inicialmente a incisão da linha de Toldt e mobilização do cólon descendente e baço para acesso ao retroperitонеu e posteriormente identificação da fáscia de Gerota. Após identificação e dissecação do ureter, procedeu-se

à dissecação do pedículo renal esquerdo, com isolamento da veia renal e laqueação da veia gonádica homolateral. Identificando e preservando o plexo simpático lateroaórtico e intermesentérico, procedeu-se a excisão da área ganglionar lateroaórtica esquerda. O procedimento durou 240 minutos e as perdas hemáticas estimadas foram 50 cc. O dreno aspirativo foi removido no D1 pós-operatório com drenagem residual. O pós-operatório decorreu sem intercorrências e o doente teve alta no 2º dia pós-operatório. Na reavaliação aos 30 dias após a cirurgia, o doente apresentava-se assintomático e com ejaculação preservada. O exame anátomo-patológico da peça revelou teratoma em 4 dos 8 gânglios linfáticos isolados.

Discussão/Conclusão: A linfadenectomia retroperitoneal com template unilateral parece ser oncológicamente segura nos tumores testiculares não seminomatosos com massa residual pós-QT inferior a 5 cm, marcadores tumorais negativos e risco favorável/intermédio na Classificação IGCCCG — *International Germ Cell Cancer Collaborative Group*. A cirurgia *nerve-sparing*, apesar de tecnicamente desafiante, permite a preservação da ejaculação anterógrada em 90-100% dos casos, pelo que deve ser realizada sempre que possível. A abordagem laparoscópica permite menores perdas hemáticas e uma recuperação mais rápida no pós-operatório, diminuindo a duração do internamento.

Vídeos II | Apresentação em sala

28 de setembro | 12:00-13:00h

Nº: 1

ADVANCED RECONSTRUCTION OF VESICourethRAL SUPPORT (ARVUS TECHNIQUE) DURING LAPAROSCOPIC RADICAL PROSTATECTOMY

Nuno Domingues; Tiago Oliveira; Artur Palmas
Hospital das Forças Armadas

Introduction: *The advent of laparoscopic and robotics, particularly 3D vision, promoted the development of new surgical techniques for radical prostatectomy. Better knowledge of pelvic anatomy and its functional relationships after prostate removal is of paramount importance to reduce post-prostatectomy incontinence rates and to improve early recovery of continence.*

Method: *In this video, we present a surgical technique for vesicourethral anastomosis reconstruction during laparoscopic radical prostatectomy using the levator ani muscle for support. In the advanced reconstruction of vesicourethral support (ARVUS) technique, levator ani muscle fibres, Denonvilliers fascia, retrotrigonal layer and median dorsal raphe are used to form the dorsal support for the urethrovesical anastomosis. From June 2017 to December 2018, a total of 27 patients were randomly assigned to undergo a laparoscopic radical prostatectomy with either the standard posterior reconstruction using the Rocco stitch (15 patients) or the ARVUS technique (12 patients). We compared preoperative and postoperative functional and oncological results for the two groups. The primary endpoint was continence, evaluated at different time points (24h, 4 and 8 weeks and 6 months). The secondary endpoints were perioperative and postoperative complications and erectile function.*

Results: Using a continence definition of 0 pads a day, the continence rates for the ARVUS versus the control group were 20,3% versus 8,3% at 24h ($p=0,078$), 65,1% versus 25,3% at 4weeks ($p<0,01$), 70,1% versus 30,2% at 8weeks ($p<0,001$) and 78,1% versus 45,5% at 6months ($p=0,013$). International Index of Erectile Function questionnaire results at 6 months showed similar potency rates for the control group 38.5% and the 37,5% in the ARVUS group (38,5% versus 37,5%).

Discussion and conclusion: The ARVUS technique seems to improve urinary continence rates when compared to standard posterior reconstruction, with no negative impact on erectile function, complication rate or oncologic outcome. This could improve the quality of life of patients undergoing radical prostatectomy. More studies are needed to confirm our results.

Nº: 7

NEFRECTOMIA LAPAROSCÓPICA POR PORTA ÚNICA ATRAVÉS DE UM ACESSO ALTERNATIVO

Ramos, S.¹; Guimarães, T.²; Bollens, R.³

¹Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca;

²Centro Hospitalar de Lisboa Central; ³Centre Hospitalier Hornu/Frameries

Introdução: Desde a realização da primeira nefrectomia laparoscópica por porta única em 2007, esta técnica tem-se mostrado uma alternativa em casos selecionados, estando atualmente disponíveis vários tipos de dispositivos com diferentes características. A sua utilização em cirurgia urológica laparoscópica é frequentemente realizada colocando o dispositivo em posição periumbilical. Segue-se o relato de um caso em que se optou por um acesso alternativo, a nível da fossa ilíaca direita, com posterior discussão das vantagens associadas ao mesmo.

Caso clínico: Relata-se o caso de uma jovem de 20 anos sem antecedentes pessoais para

além de obesidade de grau I. Na sequência de uma pielonefrite aguda realizou TAC abdôminopélvica, a qual objetivou marcada hidronefrose direita, associando-se adelgaçamento importante do parênquima renal ipsilateral. O renograma com MAG3 relatou ausência de captação e excreção do radiofármaco pelo rim direito, o qual apresentava uma função renal diferencial de 4% (taxa de filtração glomerular global normal). A doente foi proposta para nefrectomia simples por via laparoscópica. Optou-se por um acesso por porta única (dispositivo GelPOINT® - Applied Medical), realizando a incisão a nível da fossa ilíaca direita. A cirurgia decorreu sem intercorrências, com duração de 41 minutos. O dreno foi retirado ao primeiro dia de pós-operatório, e dois dias após a cirurgia a doente teve alta hospitalar. Não foram registadas complicações tardias, e o resultado estético da cicatriz foi bastante satisfatório.

Discussão/Conclusões: O acesso pela fossa ilíaca direita é uma alternativa vantajosa dado ter pontos de referência anatómicos cuja posição não se altera com o morfotipo do doente (ao contrário do umbigo), por permitir um acesso rápido à artéria renal, e ainda pelo resultado estético e bom controlo algico no pós-operatório. Tem contudo como desvantagem um acesso mais difícil ao polo superior do rim. Esta alternativa pode ser considerada em doentes selecionados propostos para nefrectomia radical (idealmente tumores pouco volumosos), nefrectomia simples, nefrectomia de dador vivo ou nefroureterectomia.

Nº: 8

PROSTATECTOMIA RADICAL: ANASTOMOSE VESICO-URETRAL LAPAROSCÓPICA VS ROBÓTICA

Sara Anacleto; João Torres; Nuno Morais;
Pedro Passos; Ricardo Rodrigues; Catarina Tinoco;
Andreia Cardoso; Emanuel Dias; Paulo Mota;
Estêvão Lima
*Serviço de Urologia, Hospital de Braga; Serviço
de Urologia, Hospital de Guimarães; CUF*

Introdução: O cancro da próstata é o tumor maligno mais comum no homem e a prostatectomia radical (PR) é um dos métodos de tratamento mais frequentemente utilizados no seu tratamento. A realização da anastomose vesico-uretral é um passo crucial na PR.

Neste vídeo, demonstramos e comparamos a realização da anastomose vesico-uretral na PR puramente laparoscópica e robótica.

Materiais e métodos: Foram recolhidos vídeos exemplificativos de PR laparoscópica e robótica executadas pelo mesmo cirurgião.

Resultados: A técnica cirúrgica utilizada na anastomose na PR laparoscópica e robótica foi semelhante. Foi utilizado um fio V-loc® 3/0 para a realização do ponto de Rocco para reconstrução da fásia de Denonvillier e aproximação do detrusor ao esfíncter estriado. De seguida, procedeu-se à realização da anastomose vesico-uretral, com uma sutura hemircunferencial contínua. Esta sutura teve início na face posterior da uretra, na linha média, utilizando o fio usado anteriormente. Introduziu-se depois um segundo fio V-loc® 3/0 com o qual se iniciou a sutura também a nível da face posterior da uretra no sentido contralateral. As suturas progrediram lateralmente até terminarem na linha média, na face anterior da anastomose. No final, procedeu-se ao ajuste de ambos os fios e secção dos mesmos.

Conclusão: A anastomose vesico-uretral é um dos passos chave da PR e, em cirurgias

com experiência, parece ser executada de forma semelhante na abordagem puramente laparoscópica ou assistida por robot.

Nº: 9

NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA DE TUMOR ENDOFÍTICO PARA-HILAR

João Ascensão; Luísa Alves; Catarina Gameiro;
Rui Sousa; João Marcelino
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: O carcinoma de células renais (CCR) corresponde a aproximadamente 3% dos tumores malignos do adulto. Actualmente a nefrectomia parcial é o *gold standard* para tratamento de tumores com menos de 7cm. A abordagem preferencial é a laparoscópica, associando-se a menor hemorragia intra-operatória e menor dor no pós-operatório. Esta técnica cirúrgica é no entanto limitada pela anatomia do doente, características do tumor e experiência do cirurgião.

Objectivo: Apresentamos um vídeo de nefrectomia parcial laparoscópica de um tumor endofítico para-hilar em que a experiência do cirurgião se revelou crucial para um procedimento eficaz e seguro.

Material e métodos: Gravação de vídeo de uma nefrectomia parcial laparoscópica realizada no Hospital Beatriz Ângelo.

Resultados: Um homem de 50 anos com antecedentes de hipertensão, alcoolismo e tabagismo é diagnosticado incidentalmente com um tumor endofítico para-hilar com 24mm no rim esquerdo. Foi submetido a uma nefrectomia parcial laparoscópica para excisão do tumor. O tempo de isquémia quente foi de 13 minutos e a hemorragia intra-operatória foi de 75mL. O pós-operatório decorreu sem complicações. A histologia confirmou tratar-se de um CCR, tipo células claras, Furhman 2, pT1a. Aos 22 meses de *follow-up* mantém-se sem evidência de recidiva.

Conclusão: A experiência crescente dos cirurgões permite utilizar a abordagem lapa-

roscópica em casos de elevado grau de complexidade sem se verificarem maiores taxas de complicações peri-operatórias e sem compromisso dos resultados oncológicos e funcionais.

Nº: 10

URETROPLASTIA DE ESTENOSE DA URETRA PENIANA DISTAL COM INLAY VENTRAL TRANSURETRAL DE ENXERTO MUCOSA BUCAL

João Felício; Paulo Pé-Leve; Afonso Castro;
Joana Polido; Tomé Lopes; Francisco Martins
Serviço de Urologia, CHUNL, Hospital de Santa Maria, Lisboa

Introdução: As opções tradicionais para reconstrução da estenose da uretra peniana distal têm envolvido uretrotomia externa transcutânea e subsequente utilização de retalhos ou enxertos. Estas abordagens, além de requererem encerramento meticuloso das incisões efectuadas, associam-se a elevado risco de fistulização, deiscência da glândula e piores resultados cosméticos. Esta abordagem, desenvolvida por Nikolavsky de Syracuse, EUA, utiliza uretrotomia interna ventral, aplicação e fixação precisa transuretral de EMB, evitando inerentes dificuldades técnicas e complicações de outras técnicas anteriores.

Objetivo: Pretende-se uma avaliação crítica de uma técnica inovadora de uretroplastia transuretral com inlay ventral de EMB segundo Nikolavsky.

Material e métodos: Técnica cirúrgica: efectua-se uretrotomia interna ventral com excisão de uma cunha triangular do tecido fibrótico obstrutivo até se conseguir acesso a lumen uretral normal/patente proximal. Colhe-se e prepara-se EMB de tamanho adequado ao defeito uretral criado. O enxerto, depois de fixado a uma sutura de PDS 6-0 de dupla agulha, é transferido e fixo inicialmente pelo seu ápex à área receptora através da mesma sutura utilizada. As 2 agulhas são ex-

teriorizadas através da pele. Ao puxarem-se externamente os 2 braços da sutura, o EMB é colocado com precisão no defeito uretral receptor. Adicionalmente, o EMB é fixo ao leito do defeito uretral através de suturas similares para efeitos de quilting. O bordo distal do EMB é suturado ao bordo da meatotomia. Foi utilizada esta técnica num total de 6 doentes desde Outubro de 2017 com resultados funcionais significativos e taxa de complicações irrelevante até à data.

Resultados: Esta técnica foi utilizada em 6 doentes com LS (n = 2), após instrumentação uretral (n = 2), idiopático (n = 1) e isquemia associada a CEC (n = 1). Média de idade era de 46 anos (32 – 78), média do comprimento de estenose era de 2,1 cm (1,2 – 3,1). *Follow-up* médio é a esta data de 6,9 meses (3 – 22). Não houve re-estenose, fistulização, curvatura ventral peniana ou quaisquer efeitos adversos da função sexual (SHIM *score* pré-operatório e pós-operatório inalterado), com excepção de maior grau de satisfação com ejaculação. A urofluxometria média pré-operatória era de 3,5 ml/s (0 – 11) e pós-operatória de 18 ml/s (23 – 25).

Discussão/Conclusões: Demonstra-se a utilidade desta técnica de uretroplastia sem incisão de estenose da FN e uretra distal em tempo cirúrgico único e sem mobilização uretral. Previne deiscência da glândula e fistulização, evita necessidade de retalhos de pele peniana. Pode também ser utilizada em neofaloplastias.

Nº: 11

URETROPLASTIA FEMININA COM ENXERTO DE MUCOSA VAGINAL: DESCRIÇÃO DE TÉCNICA CIRURGICA

João Felício; João Lemos Almeida; Paulo Pé-Leve; Afonso Castro; Carolina Ponte; Tomé Lopes; Francisco Martins

Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

Introdução: A estenose da uretra feminina é habitualmente uma entidade sub-diagnosticada em mulheres com obstrução infra-vesical. Esta ocorre entre 2,7% a 8% dos casos de mulheres com sintomas do baixo aparelho urinário. As etiologias mais comuns são: infecção, instrumentação repetida, trauma, cirurgia prévia para incontinência ou divertículo, radioterapia pélvica ou idiopática. Tal como no homem, o resultado de múltiplas dilatações uretrais e uretrotomias internas, além de não serem eficazes, são altamente perniciosas, em particular, pelo desenvolvimento subsequente de fibrose.

Objetivos: Descrever a técnica cirúrgica de uretroplastia feminina com enxerto de mucosa vaginal.

Material e métodos: Através de uma incisão semilunar suprameática é realizada a dissecação do plano entre os corpos clitorianos e a uretra dorsal. O osso púbico é palpado sendo este o limite da dissecação proximal. A uretra dorsal é seccionada na zona estenótica até uretra saudável ser visualizada. O enxerto de mucosa vaginal é colhido de acordo com as dimensões da estenose. O enxerto é colocado com a mucosa voltada para o lúmen uretral. Os bordos do enxerto são suturados aos bordos da uretra espatulada através de suturas contínuas bilateralmente, no sentido proximal para o meato. Os tecidos periuretrais devem ser incluídos na sutura para dar uma boa fixação ao enxerto. São colocadas suturas de acolchoamento até aos corpos cli-

torianos são na linha média do enxerto com fios 4-0 absorvíveis. A nível do meato, o bordo distal do enxerto é suturado com pontos simples na mucosa da incisão suprameática.

Resultados: Com *follow-up* de 1 ano após cirurgia a doente encontra-se com resolução completa dos sintomas, sem queixas de incontinência urinária, sem dispareunia e sem impacto na função sexual (sensibilidade erógena e orgásmica).

Discussão/Conclusões: A uretroplastia com enxerto de mucosa vaginal é uma técnica cirúrgica simples, de rápida execução, reprodutível e com reduzida morbilidade, nomeadamente incontinência urinária, além de uma elevada taxa de satisfação global.

Nº: 12

POSTERIOR RETROPERITONEOSCOPIC ADRENALECTOMY: SURGICAL TECHNIQUE

Pedro Passos¹; Nuno Carvalho²; Sara Anacleto²; Nuno Morais²; João Torres²; Ricardo Rodrigues²; Catarina Tinoco²; Estêvão Lima²; Emanuel Carvalho-Dias²

¹Department of Urology, Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal; ²Department of Urology, Hospital de Braga, Braga, Portugal and School of Medicine, University of Minho, Braga, Portugal

Introduction and objectives: Endoscopic removal of adrenal gland is nowadays the standard procedure in adrenal surgery. Four approaches are possible namely: the supine or lateral for transperitoneal approach and the lateral or prone for retroperitoneoscopic approach. The last technique, Posterior Retroperitoneoscopic Adrenalectomy (PRA), although popularized by some Endocrine Surgeons is less used by Urologic Surgeons. Given the potential advantages of PRA, since 2019, we introduce this technique in our Department of Urology. Our objective is to demonstrate our surgical technique and stimulate other Portuguese Urologic Surgeons to introduce PRA in their Urologic Departments.

Materials and methods: In this educational video we present a case of an obese, 64 year old male, diagnosed with a right sided, retro-cava, 4,6 cm pheochromocytoma. We describe our surgical technique of posterior retroperitoneoscopic adrenalectomy, step-by-step with an educational purpose.

Results: Initially, the patient was placed in the prone position. After that, a 1.5-cm transverse incision just below the tip of the 12th rib was performed. The retroperitoneal space was reached by blunt and sharp dissection of the abdominal wall. A small cavity was prepared digitally for insertion of one 5-mm trocar 4 to 5 cm lateral beneath the 11th rib, under finger guidance. In the same way, a 10-mm trocar was inserted 4 to 5 cm medial to the initial wound below the 12th rib. A blunt trocar with an inflatable balloon and an adjustable sleeve was introduced into the initial incision site and blocked. After creating the retroperitoneal space, mobilization of the upper pole of the kidney was performed and the area of the adrenal gland was exposed. After the release of the adrenal gland of the kidney upper pole the inferior vena cava was visualized posteriorly. The short suprarenal vein thus becomes clearly visible running posterolaterally. Preparation of the right adrenal gland was completed by lateral and cranial dissection. The main right vein lateral was sealed and cutted with Ligasure (R) and the adrenal gland removed.

Conclusions: In this video we demonstrate the feasibility and safety of Posterior Retroperitoneoscopic Adrenalectomy. We hope, with this video, to stimulate Portuguese Urologists to introduce this technique in their Urologic Departments, and take the advantages of this procedure to our patients.

Vídeos | Exposição

Nº: 13

PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA DE BAIXO CUSTO

Rui Duarte Abreu; David Castelo; Helena Gomes;
Martinho do Rosário; Luis Costa
Hospital Distrital de Santarém

Introdução: A abordagem laparoscópica no tratamento do carcinoma da próstata localizado é cada vez mais uma alternativa à via clássica. Numa época de constrangimentos financeiros no nosso sistema nacional de saúde todas as técnicas que possam reduzir custos são bem-vindas.

Material e métodos: Pretendemos apresentar um vídeo de uma prostatectomia radical laparoscópica num doente de 53 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, com um tumor de baixo risco. O vídeo descreve os diversos passos da cirurgia.

Procuramos reproduzir a técnica do Dr. Bollens. Utilizamos apenas um ajudante, recorremos à ótica e um trocar supra-púbico para a criação de espaço evitando assim a utilização de balão.

Utilizamos apenas energia bipolar e monopolar, evitando sistemas de energia mais dispendiosos.

No que diz respeito à sutura usamos Vicryl 0 para a laqueação do complexo e Vicryl 2-0 para a anastomose.

Discussão e conclusão: O facto de esta técnica não estar dependente de recursos mais dispendiosos, e que nem sempre estão disponíveis, é claramente uma vantagem. No entanto é importante ter em conta que esta técnica poderá ter uma curva de aprendizagem mais acentuada.

Nº: 14

NEFRECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA 3D COM EXCIÇÃO DE CONGLOMERADO ADENOPÁTICO PERI-AÓRTICO

Rui Duarte Abreu; David Castelo; Helena Gomes; Martinho do Rosário; Luís Costa
Hospital Distrital de Santarém

Introdução: O carcinoma renal surge como o 6º tumor mais frequente no conjunto da União Europeia com uma incidência de 12.4 novos casos por 100.000 habitantes, sendo a décima causa de morte por cancro com uma taxa de 4.5 por 100.000 habitantes. É uma doença da população idosa, com o diagnóstico a surgir entre a sexta e a sétima década de vida.

Objectivos: Temos como objetivo apresentar um vídeo de uma nefrectomia radical laparoscópica 3D com excisão de conglomerado adenopático peri-aórtico volumoso que contacta com o hilo esplénico e que comprime a artéria renal esquerda.

Material e métodos: Doente do sexo masculino de 49 anos de idade de raça negra referenciado à consulta de urologia por lesão do rim esquerdo com 4 cm na região central e com conglomerado adenopático peri-aórtico volumoso. Como antecedentes pessoais destaca-se apenas o alcoolismo. Foi realizada biópsia renal que revelou tratar-se de um carcinoma de células renais.

Discussão e conclusão: O doente foi colocado numa posição de decúbito lateral acentuado o que permitiu uma melhor disseção do plano entre o baço e o polo superior do rim. Inicialmente procedeu-se à disseção do cólon esquerdo, identificação do ureter e musculo psoas. No hilo procedeu-se a uma disseção minuciosa de todas as estruturas vasculares tendo-se colocado uma referência vascular em torno da veia renal o que permitiu um melhor acesso à artéria renal. Após o controlo do hilo renal procedeu-se à disseção do conglomerado adenopático na região

peri-aórtica e na sua porção superior junto ao hilo esplénico. A laparoscopia 3D permite uma melhor visualização dos planos e da sua profundidade, facilitando uma disseção minuciosa de todas as estruturas. É uma ferramenta de extrema utilidade em casos mais complexos como este.

Nº: 15

LAPAROSCOPIC URETEROLITHOTOMY FOR LOWER URETERIC STONE

Nuno Domingues; Tiago Oliveira; Artur Palmas
Hospital das Forças Armadas

Introduction: *Laparoscopic ureterolithotomy is an alternative to open surgery for the removal of large stones not amenable to endoscopic treatment. In most of the published literature, laparoscopic approach of lower ureteric stones is described to be less successful than in the middle and upper ureter. This video describes important technical points to successfully retrieve a large lower ureteric stone through transperitoneal laparoscopy approach.*

Clinical case: *We present a video of a right laparoscopic ureterolithotomy for a 25 mm lower ureter stone not amenable to endoscopic treatment, in a male 65 years-old patient, with a past history of hypertension and bilateral kidney stone with previous endoscopic surgery. The patient was placed in dorsal decubitus position with 30 degrees of trendelenburg. We placed the camera at the umbilicus using the Hasson open technique. Subsequently a 10mm port and three 5 mm ports were placed under direct vision, in order to have the best port placement for 2 surgeons.*

Due to the absence of haptic feedback, exact site of incision over the stone sometimes becomes challenging. Pinching the ureter gently allows accurate identification of stone location. Once the stone was localized by 'ureteral pinching', the ureter was incised over the stone. With the dissector, the stone was "fished"

out and placed in the laparoscopic specimen bag. Once the stone was taken out, a double J stent was placed by laparoscopic approach. After the stent was in place, a 3/0 V-Lock was used to close the ureterotomy. A tubular drain was placed before closing the ports. Operating time was 150 min. Urethral catheter was taken out first and then the drain. The patient was discharged 3 days after.

Double J stent was taken out after 4 weeks with no complications. The patient is doing well with no clinical symptoms of right kidney stone after 6 months.

Discussion and conclusion: Laparoscopic ureterolithotomy is a minimally invasive option to treat large ureteric stones not amenable to ureteroscopy. There are only few small case series describing laparoscopic ureterolithotomy for lower ureteric stones. Transperitoneal approach gives better understanding of the anatomical landmarks particularly for lower ureteric stones. With modified technique of laparoscopic stenting, ureteral pinching and port placement strategy, lower ureteric stones can be well managed with transperitoneal laparoscopic approach.

Nº: 16 Trabalho retirado.

Nº: 17

CLAMP-LESS LAPAROSCOPIC PARTIAL NEPHRECTOMY

Manuel Ruibal; Higinio Rodríguez;
Antón Zarraonandía; Juan González
Urology Department, Complejo Hospitalario
Universitario Pontevedra. VITHAS Fatima Hospital.
Vigo, Spain

According to the latest guidelines partial nephrectomy represents the gold standard in the management of T1 renal cell carcinoma. Laparoscopic and robotics represent the indicated approach for these patients.

In the past years several surgeons have concentrated in reducing as much as possible

the warm ischemia time. Possible ways to do so include: reducing the ischemia time, selective clamping of renal arteries or clamp-less. Whenever possible the goal of the surgeon should be to reduce the ischemia time as much as possible however the oncological outcome should not be jeopardized.

The development of laparoscopic surgery and the advent of new technologies as the 3D system allows in some selected cases a clamp-less approach. When performing this kind of surgery the control of small intra-renal vessels is essential for a good surgical outcome.

We present a video of a clamp-less laparoscopic partial nephrectomy in 3D. We have focused on the main steps of the surgery: control of intra-renal vessels, control of the bleeding, good surgical margins and renal suture with zero ischemia.

Nº: 18

ROBOTIC RADICAL PROSTATECTOMY: FOCUSING ON PRESERVATION OF ANATOMICAL STRUCTURES

Manuel Ruibal; Higinio Rodríguez; Juan González;
Antón Zarraonandía
Urology Department, Complejo Hospitalario
Universitario Pontevedra VITHAS Fatima Hospital.
Vigo, Spain

Nowadays, robotic radical prostatectomy (RRP) is the gold standard for the treatment of localized prostate cancer. The quality of RRP is based on the high resolution of the 3D vision, on the precision of the instruments and movements which allows less damage to the surrounding tissues with optimal oncological control.

In the past years we have improved our knowledge of the anatomy of the pelvis and of the structures responsible of continence and sexual function. The robot allows more precision to maintain these structures and consequently improves functional outcomes of the surgery.

We present a case of RRP with the Da Vinci Xi

robot in which we preserve important anatomical structures as: bladder neck, Denonvilliers fascia, endopelvic fascia, puboprostatic ligaments, Santorini complex, neurovascular bundles and reconstruction of pubo-vescical ligaments.

With the objective of minimizing the damage of nervous structures we perform a selective control of the vessels.

The patient is 52 years old with normal DRE, PSA: 3,5ng/ml and an adenocarcinoma of the prostate Gleason 6 (Grade 1) in 2 cores on the right lobe.

Surgical time was 75 minutes, 220 cc of bleeding and 2 day of hospital stay. Final pathology revealed a Gleason 6 pT2b. After 10 days the catheter was removed. The patient was continent and had good sexual function at one month.

Nº: 19

PUDENDAL NERVE SURGERY WITH ROBOTIC APPROACH: ANATOMICAL LANDMARKS

Manuel Ruibal; Juan González; Higinio Rodríguez; Antón Zarraonandía

Urology Department, Complejo Hospitalario Universitario Pontevedra VITHAS Fatima Hospital. Vigo

The pudendal nerve syndrome is very difficult to diagnose and often patients receive wrong diagnosis. The patients usually come to the clinic with perineal or pelvic pain. Often it comes with urinary, anal and sexual dysfunction.

We present a video of a surgery of pudendal nerve decompression. We performed the surgery with the Da Vinci system showing important anatomical landmarks during the surgery. As well we identified points where the nerve is usually compress.

The robotic approach of the neuropathy is a feasible option, improves the visualization of the nerve and of the anatomical and pelvic landmarks.

Nº: 20

MANAGEMENT OF INTRA-OPERATIVE LAPAROSCOPIC VASCULAR COMPLICATIONS

Manuel Ruibal; Juan González; Higinio Rodríguez; Antón Zarraonandía

Urology Department, Complejo Hospitalario Universitario Pontevedra VITHAS Fatima Hospital. Vigo. Spain

In the past years there has been a very important development of laparoscopic surgery. Nowadays almost all the surgeries can be performed laparoscopically. It all depends on the ability of the surgeon to manage laparoscopy skills.

Suturing is one of the most difficult tasks to achieve in laparoscopic surgery, it is important during reconstructive surgery as well as to solve potential complications.

Approaching certain diseases or certain types of interventions requires the ability to take care of possible complications that may arise during the surgery. One very common complication during urological surgeries is bleeding and sometimes managing it may be challenging.

In the present video we present two surgeries (partial nephrectomy and retroperitoneal lymphadenectomy) with important bleedings. We present technical aspects to solve the bleeding.

N: 21

BIFID RENAL PELVIS ASSOCIATED WITH URETEROPELVIC JUNCTION SYNDROME – A RARE ASSOCIATION AND A SURGICAL CHALLENGE

Afonso Castro¹; Tito Palmela Leitão^{1,2}; Joana Polido¹; Carolina Borges da Ponte¹; José Santos Dias¹; Tomé Matos Lopes^{1,2}; Kris Maes²
¹Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte, Lisboa, Portugal; ²Hospital da Luz, Lisboa, Portugal

Introduction: Duplications of the urinary collecting system are the most common congenital anomalies of the upper urinary tract,

with a reported incidence of 8% in the general population. The majority of the cases are incidental findings. When symptomatic, they are usually associated to other anomalies, like ectopic ureter, ureterocele or vesicoureteral reflux. The ureteropelvic junction is the most common site of obstruction in the urinary system. Although both duplications and ureteropelvic junction obstruction (UPJO) are common, their association is a rare finding, with an estimated incidence of 2-3% of duplication in patients with UPJO.

UPJO in a duplicated urinary collecting system usually affects the lower renal moiety in the cases of incomplete duplication. Renal function of the lower system with UPJO mostly remains normal, unlike the upper moiety, that usually goes through a more rapid loss of function.

Objectives: The authors present a video of a surgical procedure, initially programmed for a left laparoscopic transperitoneal dismembered pyeloplasty, that was converted to a laparoscopic pyeloureterostomy.

Methods: A 61 year-old female, with past medical history of hypertension, diabetes, ischemic cardiomyopathy and chronic renal failure presented with a 4 month history of recurrent left colicky flank pain. Blood tests revealed no major findings, with a serum creatinine value of 1.18 mg/dL. A CT scan was performed and revealed a left bifid renal pelvis, with an extrarenal dilated pelvis and collapsed proximal ureter, in accordance to the diagnosis of UPJO. Additionally, the patient performed a renogram, that displayed late excretion and no diuretic response in the left side. With these findings, a left laparoscopic transperitoneal dismembered pyeloplasty was planned.

Results: After placing the patient in a lateral decubitus position, 4 trocars were placed. The procedure began with the mobilization of the

left colon and exposure of the left ureteropelvic junction, with subsequent dissection of the proximal ureter. An incomplete ureteropelvic duplication was found, with the lower moiety pelvis joining the upper pole ureter proximally. It was in this confluence that a stenosis was present. Hence an end-to-side pyeloureterostomy was performed with placement of a double J stent in the lower pelvis. The procedure took 120 minutes with a blood loss of 50 cc. The patient was discharged after 3 days without complications. 4 weeks after surgery, the patient was asymptomatic, the renal function was stable with a serum creatinine of 1.38 mg/dL and performed a kidney ultrasound that didn't show any signs of hydronephrosis or other relevant findings.

Discussion/Conclusion: The association between duplication of the urinary system and UPJO is a rare condition, with only a few cases reported, mostly during the childhood.

The surgical management of this association can be a reconstructive challenge, because of high anatomic variability. Currently there are no guidelines, or gold-standard procedures for these cases. The function of the affected renal moiety and the detailed radiological evaluation of an obstructed duplicated system are important for the decision of the best surgical approach. Surgical management can include various reconstructive techniques, such as pyeloplasty, pyeloureterostomy or ureteroureterostomy. In the lower pole UPJO with associated incomplete duplicated system, the length of the lower pole ureter is the major determinant factor for the selection of the surgical technique. Previous reports stated that the end-to-side pyeloureterostomy was successful and had few complications when the upper and lower pole ureters are located proximally.

Nº: 22

MESHECTOMY LAPAROSCÓPICA – UM DESAFIO CIRÚRGICO DO UROLOGISTA MODERNO

Joana Polido; Tito Palmela Leitão;
Ricardo Pereira e Silva; Carolina Borges da Ponte;
Afonso Castro; José Palma Reis; Tomé Lopes
*Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário
Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria*

Introdução: A utilização de materiais sintéticos na correção de prolapsos de órgãos pélvicos (POP) permite uma maior durabilidade dos resultados funcionais pós-cirúrgicos, mas tem vindo a ser cada vez mais questionada pelas complicações associadas, habitualmente de etiologia multifactorial.

Objectivos: Descrever e demonstrar um caso de infecção e erosão de prótese após sacrocolpopexia laparoscópica e respectiva extracção pela mesma via.

Materiais: Doente do sexo feminino, 68 anos, diabética insulinotratada, obesa, com antecedentes de histerectomia total e anexectomia direita, medicada com clopidogrel e ginkgo biloba. Foi submetida a sacrocolpopexia (implantação de rede de polipropileno) laparoscópica para correcção de POP total (compartimento anterior, médio e posterior), complicado de hematoma pélvico ao sétimo dia pós-operatório na sequência de não interrupção de ginkgo biloba, substância com conhecido efeito anticoagulante. Este foi inicialmente abordado de forma conservadora. Ao 4º mês pós-operatório iniciou quadro de supuração vaginal, sem qualquer extrusão identificável ou colecção identificável em TC. Por persistência da supuração após diversos ciclos de antibioterapia, optou-se por excisar o componente posterior da prótese, na sua totalidade, por via vaginal. Por insucesso na resolução do quadro e perante a evidência de colecção com cerca de 5,5cm junto à cúpula vesical em ecografia realizada, foi proposta

para excisão de componente remanescente de prótese de sacrocolpopexia via abdominal por laparoscopia.

Métodos e resultados: A abordagem cirúrgica foi laparoscópica transperitoneal, com a doente em posição de litotomia modificada e utilização de 4 portas. Foi inicialmente realizada ooforectomia de ovário remanescente à esquerda. Posteriormente realizou-se abordagem e dissecação cuidadosa do espaço vesico-vaginal, que apresentava processo fibrótico exuberante. Realizou-se extracção da prótese remanescente, encapsulada em posição lateral à cúpula vaginal. O procedimento decorreu sem intercorrências. O tempo cirúrgico foi 314 minutos e as perdas hemáticas 500cc. No pós-operatório a doente evoluiu favoravelmente, tendo realizado ciclo de antibioterapia com cefalosporina e metronidazol, com alta ao oitavo dia pós-operatório. Aos 30 dias após a cirurgia, a doente apresentava-se assintomática, sem qualquer supuração purulenta vaginal, dispareunia ou incontinência.

Discussão/Conclusão: A infecção e erosão/extrusão é uma das complicações possíveis associadas à utilização de material sintético na cirurgia reconstrutiva pélvica. Alguns factores de risco estão associados a complicações na implantação de redes sintéticas nestas cirurgias, entre os quais se incluem factores do hospedeiro, factores cirúrgicos e as características do material protésico implantado. A excisão de material protésico infectado é cirurgicamente desafiante, por todas as alterações anatómicas existentes em território previamente intervencionado e intensa fibrose. O futuro do uso das próteses sintéticas na cirurgia reconstrutiva pélvica é incerto, sendo idealmente reservado a doentes cuidadosamente seleccionados e a centros com experiência na sua colocação e abordagem das complicações.

Nº: 23

SECÇÃO PARCIAL DA URETRA ANTERIOR APÓS URETROTOMIA INTERNA SOB VISÃO: COMPLICAÇÃO RARA E SUA RESOLUÇÃO CIRÚRGICA

Paulo Pe Leve; João Felício; Carolina Ponte; Pedro Oliveira; Ricardo Pereira e Silva; José Palma Reis; Francisco Martins; Tomé Lopes
Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Introdução: A Uretrotomia Interna sob visão é considerada o tratamento de 1ª linha para apertões não obliterativos da uretra bulbar de curta extensão. Apesar de ser uma técnica tida como tendencialmente simples do ponto de vista técnico, não está isenta de complicações como hemorragia, infeção do trato urinário ou incontinência urinária. Uma complicação rara ocorre quando é criado um falso trajeto na uretra, levando a uma secção parcial, ou mesmo total, da mesma.

Objetivo: Descrever uma complicação rara após uretrotomia interna sob visão e sua resolução cirúrgica.

Material e métodos: Descrevemos o caso clínico de um homem de 78 anos, com antecedentes de prostatectomia retropúbica transcapsular, há 19 anos, complicada de aperto da uretra peniana e bulbar distal 14 anos depois. Realizou uretrotomia interna sob visão, com necessidade de repetição 2 anos depois, por recidiva. Na última intervenção foi feita referência, no registo operatório, a criação de falso trajeto uretral a nível da transição peno-bulbar. Três anos mais tarde, por quadro de retenção urinária procedeu-se a tentativa de algaliação sem sucesso, havendo necessidade de colocação de cateter suprapúbico. Realizou uretrocopia flexível, tendo sido identificado aperto cerrado da uretra peniana no seu terço proximal. Foi realizada uretrocistografia que evidenciou apertões obliterativos a nível da uretra bulbar distal e peniana com

cerca de 3cm de extensão. Foi proposto para exploração cirúrgica. Reportamos a técnica cirúrgica e sua descrição passo-a-passo.

Resultados: Intraoperatoriamente o doente foi submetido, inicialmente, a uretrografia retrógrada com evidência de aperto obliterativo a nível da transição peno-bulbar. Procedeu-se a exploração cirúrgica por via perineal com inversão peniana para o períneo, tendo-se verificado aperto cerrado da uretra a nível da transição peno-bulbar. Constatou-se aperto da uretra peniana ao nível do seu terço médio e disrupção da uretra, na transição peno-bulbar, compatível com secção parcial da uretra anterior, dados os antecedentes do doente. Procedeu-se a mobilização da uretra bulbar, ressecção de tecido fibrótico e reconstrução primária da mesma. A nível peniano, dada a extensa espongiofibrose, foi realizada marsupialização da uretra peniana para posterior reconstrução e encerramento secundário.

Discussão e conclusões: A secção parcial da uretra é uma potencial complicação da realização de uretrotomia interna sob visão. Esta complicação pode levar à perda de continuidade total do lúmen uretral, apresentando-se como um quadro de retenção urinária e com necessidade de colocação de cateter suprapúbico. Quando nos deparamos com este tipo de complicação é necessário avaliar a localização e extensão desta secção, sendo necessária uma reparação cirúrgica adequada a cada caso, requerendo, com frequência, reconstruções uretrais complexas.

Nº: 24

SURGICAL CORRECTION OF A RECTOVESICAL FISTULA WITH GRACILIS MUSCLE FLAP

Luísa Jerónimo Alves; Jean Louis Renaud Bollens
Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal; Hôpital St Phillibert, Lille, France

Introduction: Rectovesical fistula (RVF) may occur as a result of surgery, trauma or radiation. In male patients, rectovesical and

rectourethral fistulas are mostly caused by surgery or radiation for the treatment of prostate cancer. The incidence after a retro-pubic radical prostatectomy (RRP) may be up to 4%, in contrast to 2-9% after salvage RRP. Due to its low prevalence, there is no standard treatment and several approaches have been described, including transperineal, transabdominal, transsphincteric and transanal surgery. The transperineal approach has the advantage of providing wider exposure, which enables flap interposition. Our purpose is to present a video of the surgical transperineal correction of an RVF.

Materials and methods: Video of the surgical correction of an RVF by transperineal approach using a gracilis muscle flap, performed at Hôpital St Phillibert, in Lille, France.

Results: A 69-year-old male, with a history of carcinoma of the rectum and anterior rectal resection and definitive colostomy in 2011 (pT3N0R0), and radical prostatectomy for the treatment of prostate cancer in June 2017, which had an RVF as complication. In November 2018, the patient underwent an unsuccessful primary closure of the RVF by transperineal approach. Bilateral nephrostomies were placed previously to the second intervention, which took place in April 2019. The RVF was then treated by transperineal approach with a gracilis muscle flap interposition. The post-operative course was uneventful and the patient was discharged at the 7th day post-operative, catheterized and with bilateral nephrostomies.

Conclusion: Although rare, RVF is a devastating complication of RRP. Large fistula size (<2cm), previous radiation and cryotherapy are related with poorer outcomes. There is no consensus about the best treatment option due to the lack of comparative data published. Accurate diagnoses of RVF are crucial to define the best surgical technique for the repair. The transperineal approach enables

wide exposure of the rectum and bladder neck, as well as flap interposition. Gracilis muscle interposition is one option because of its excellent vascularity and easy mobility which allows for high rates of success (84-100%) with low morbidity.

Nº: 25

NEFRECTOMIA PARCIAL POR RETROPERITONEOSCOPIA

Fernando Vila¹; Pedro Valente¹; Hélder Castro¹; Paulo Araújo¹; Cristina Vivas¹; Alcino Oliveira²; Joaquim Lindoro¹

¹Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Penafiel; ²Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: A nefrectomia parcial por via retroperitoneal vídeo assistida é uma técnica com mais valias reconhecidas, em doentes selecionados, tanto pela sua reprodutibilidade como pelos resultados clínicos a longo prazo, no tratamento de pequenas massas renais.

Objetivos: Apresentação de um vídeo representativo da técnica de nefrectomia parcial por retroperitoneoscopia tal como é efetuada no serviço de Urologia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa desde há 10 anos.

Material e métodos: Mulher de 61 anos, avaliada por nódulo renal incidental. Sem sintomatologia urológica ou alterações ao exame objetivo. A tomografia axial computadorizada revelou um nódulo parcialmente exofítico, com 19x9 mm, captante de contraste localizado no rim esquerdo. Foi proposta para nefrectomia parcial.

Resultados: O procedimento foi efetuado por via retroperitoneal através de 4 portas de trabalho. O tempo de isquemia a quente foi de 16 minutos. A perda hemática estimada foi inferior a 50 cm³. A doente teve alta ao 3º dia de pós-operatório sem registo de complicações. O resultado anatomopatológico revelou a presença de um angiomiolipoma atípico, com margem cirúrgica negativa,

Conclusão: A nefrectomia parcial laparoscó-

pica por via retroperitoneal é uma abordagem rápida e segura, particularmente nos tumores localizados na face posterior do rim quando comparada com a via transperitoneal.

Nº: 26

NEFRECTOMIA PARCIAL POR RETROPERITONEOSCOPIA – UMA ABORDAGEM POSSÍVEL NO TRATAMENTO DE MASSAS RENAIIS POSTERIORES

Jorge Correia; Mariana Madanelo; Gonçalo Mendes; Catarina Tavares; André Marques Pinto; Diogo Nunes-Carneiro; Avelino Fraga; Paulo Príncipe; Miguel Silva-Ramos
Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: As neoplasias renais representam 2-3% de todas as neoplasias, e a sua incidência tem aumentado pela detecção incidental durante a realização de exames imagiológicas por outros motivos. Estes tumores são tradicionalmente de menores dimensões, permitindo que gradualmente a nefrectomia parcial fosse utilizada com maior frequência. Apesar de frequentemente ser realizada por via laparoscópica, nos últimos anos várias publicações se têm centrado no papel da cirurgia retroperitoneal. A via retroperitoneal permite um acesso mais directo e rápido ao rim e hilo renal, e evita a manipulação de órgãos intra-abdominais, podendo melhorar os resultados cirúrgicos intra-operatórios e diminuir as complicações pós-cirúrgicas. Os tumores posteriores parecem ser os mais apropriados para esta via de abordagem.

Objectivos: Descrever a técnica passo-a-passo da nefrectomia parcial por retroperitoneoscopia no tratamento de uma massa renal posterior.

Material e métodos: Homem de 66 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e fumador (55 UMA), referenciado a consulta externa de Urologia por micro-hematúria, com ecografia renovesical sem alterações de relevo. Realizou cistoscopia que também não demonstrou alterações, e UroTC que identifi-

cou uma lesão nodular sólida suspeita de 22 mm, com captação de contraste, na parte medial do terço médio do rim esquerdo, localizada na sua face posterior, tendo sido submetido a nefrectomia parcial por retroperitoneoscopia.

Resultados: O procedimento iniciou-se com o posicionamento do doente em decúbito lateral direito, em semi-flexão do tronco. Foi realizada uma incisão com 1cm junto à extremidade distal da 12ª costela e dissecação romba digital do espaço retroperitoneal, com posterior introdução de trocar com balão para criação do espaço de trabalho retroperitoneal. Foram colocados 2 trocres em triângulo sob visão, e um trocar adicional lateral à extremidade da 12ª costela após reflexão anterior do peritoneu. Após dissecação do hilo renal e identificação da artéria renal, foi feita a incisão da fáscia de Gerotta e a identificação do tumor na face posterior do rim. Procede-se à clampagem da artéria, exérese do tumor e sutura hemostática contínua com fio barbado. Foi efectuada a extracção da peça operatória e revisão da hemostase, e posterior encerramento dos orifícios dos trocres. O tempo de cirurgia foi de 1h50min, com tempo de isquemia quente de 20min, e perdas sanguíneas de 50ml. O pós-operatório decorreu sem intercorrências, tendo o doente alta ao 3º dia de internamento.

Discussão/Conclusões: A via retroperitoneal apresenta bons resultados peri-operatórios e oncológico. A nefrectomia parcial por retroperitoneoscopia é uma opção segura e eficaz, sendo uma abordagem interessante para o tratamento de massas renais posteriores.

Nº: 27

IMPLANTE TUMORAL APÓS NEFROURETERECTOMIA LAPAROSCÓPICA: A ABORDAGEM CIRÚRGICA

Nuno Ramos; Ricardo Souto; Vanessa Metrogos;
Alexandre Macedo; João Paulo Rosa;
Nuno Figueira; Miguel Carvalho.
Hospital Garcia de Orta

Introdução: A procura crescente de técnicas minimamente invasivas levou ao desenvolvimento da abordagem laparoscópica. Os estudos demonstram as suas vantagens em termos de menor hemorragia, menor dor no pós-operatório, tempo de internamento mais curto e convalescença mais célere. Porém, não é isenta de complicações, sendo o implante de células tumorais no local dos trocartes uma possibilidade. A sua abordagem cirúrgica poderá ser complexa, com necessidade de uma abordagem multidisciplinar.

Objetivo: O objetivo do presente trabalho foi descrever a cirurgia de um doente com implante tumoral no local de inserção de um trocarte, após ter sido submetido a nefroureterectomia por via laparoscópica.

Materiais e métodos: Foi revisto o caso de uma paciente de 83 anos com um implante tumoral, 5 meses após a realização de uma nefroureterectomia laparoscópica por um carcinoma urotelial do trato urinário superior.

Resultados: Uma doente do sexo feminino, com 83 anos de idade, foi submetida a nefroureterectomia laparoscópica esquerda por um carcinoma urotelial do trato urinário superior. A cirurgia foi realizada sem complicações, sendo a peça operatória removida com um saco de plástico (Endobag™). O exame histológico revelou um carcinoma de células de transição de alto grau, com envolvimento da lâmina própria (estádio T1G3) e margens cirúrgicas negativas. A doente recorreu ao hospital, 5 meses após a cirurgia, pelo aparecimento de uma massa subcutânea dolorosa, no local de inserção de um

trocarte. A Tomografia computadorizada abdominal e pélvica mostrou uma lesão sólida com cerca de 8 cm, localizada na parede abdominal, de densidade heterogênea, sem evidência de metástase visceral. Em função das dimensões da lesão e da necessidade de cirurgia reconstrutiva da parede abdominal, foi utilizada uma abordagem multidisciplinar, com apoio da Cirurgia Geral e da Cirurgia Plástica e Reconstrutiva. Foi procedido à remoção em bloco da lesão até nível do peritoneu (inclusive), com margens de segurança de 2 cm. Posteriormente, foi realizado o encerramento primário do peritoneu e a parede abdominal foi reconstruída com uma prótese de de polipropileno monofilamentar parcialmente reabsorvível (Ventralight™ ST Mesh). Uma dissecação cutânea extensa permitiu o encerramento primário. O exame histológico confirmou o diagnóstico de tumor pouco diferenciado, compatível com carcinoma de células transicionais infiltrando o tecido adiposo fibromuscular; as margens cirúrgicas foram negativas.

Conclusão: A ocorrência de implante tumoral após cirurgia laparoscópica é raro. No entanto, pode ser abordado de forma multidisciplinar, com ablação cirúrgica e reconstrução da parede abdominal.

Nº: 28

2 EM 1: URETERORRENOSCOPIA FLEXÍVEL COM LITOTRÍCIA INTRA-CORPORAL + NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA ESQUERDAS NO MESMO TEMPO OPERATÓRIO

Gonçalo Grilo Mendes¹; Bernardo Lobão Teixeira¹;
Jorge Correia¹; Catarina Machado¹;
Diogo Carneiro¹; André Marques Pinto¹;
Maria Alexandra Rocha¹; Mariana Madanelo¹;
Carlos Ferreira¹; João Cabral¹; Miguel Ramos¹;
Severino Ribeiro¹; Avelino Fraga¹; Vítor Cavadas¹
¹Centro Hospital Universitário do Porto (CHUP)

Introdução: A cirurgia minimamente invasiva renal tem experienciado grandes desenvolvimentos nas últimas décadas, com benefícios

em termos terapêuticos, assim como redução da morbidade. Este vídeo apresenta duas cirurgias minimamente invasivas, a ureterorenoscopia flexível (URS) com litotricia intra-corporal e a nefrectomia parcial laparoscópica, realizadas no mesmo tempo operatório.

Objetivo: Demonstrar a segurança e exequibilidade de dois procedimentos minimamente invasivos renais no mesmo tempo operatório, com redução de morbidade para o doente.

Material e métodos: Trata-se de um doente do sexo masculino, de 63 anos de idade, com antecedentes de HTA, em seguimento em consulta de Urologia desde Abril de 2015 por litíase renal bilateral. Em Janeiro de 2019, em ecografia de seguimento por patologia litíásica, foram identificadas duas imagens nodulares exofíticas suspeitas, tendo realizado TAC com caracterização destas lesões, a saber, uma lesão nodular vascularizada sólida de 31x24mm do terço médio, na vertente lateral do rim esquerdo, e outra lesão de 12mm no terço médio, na vertente anterior do rim esquerdo. Identificavam-se também 5 cálculos no rim esquerdo, dois de 8mm, dois de 6mm e um de 3mm, entre os grupos caliciais superior, médio e inferior. Dadas as patologias síncronas, o doente foi proposto para uma abordagem cirúrgica sequencial no mesmo tempo operatório com URS flexível e nefrectomia parcial laparoscópica.

A cirurgia iniciou-se pela URS flexível, com recurso a ureterorenoscópio de 8Ch de calibre e fragmentação dos cálculos com Laser Holmium, tendo-se procedido à extração dos fragmentos de maiores dimensões com recurso a Basket 1,9Ch, 120cm. No final do procedimento foi colocado um cateter ureteral JJ 6Ch-26cm, tendo-se procedido ao posicionamento do doente para a realização de nefrectomia parcial laparoscópica. Esta foi realizada com abordagem de 4 portas de laparoscopia, com técnica transperitoneal, destacando-se um tempo de isquemia quente de 21 minutos e 34 segundos para a remoção da lesão de maiores dimensões, tendo a segunda lesão sido remo-

vida sem clampagem do hilo renal. O tempo total de cirurgia foi de 3 horas e 55 minutos.

Resultados: O pós-operatório decorreu sem complicações e o doente teve alta ao final do 3º dia de pós-operatório. Não teve agravamento da função renal no pós-operatório imediato e teve alta sem antibioterapia. No TAC de controlo verificou-se que o doente ficou sem litíase residual. A anatomia patológica revelou que a lesão de maiores dimensões era benigna, um oncocitoma, e a lesão de menores dimensões correspondia a um carcinoma de células renais papilar, de 0,9cm, correspondendo a um pT1a.

Discussão/Conclusão: É seguro realizar dois procedimentos minimamente invasivos renais no mesmo tempo operatório, neste caso a URS flexível seguida de nefrectomia parcial laparoscópica, com benefícios para o doente, nomeadamente a redução de dias de pós-operatório, a redução do risco de infeções nosocomiais pela diminuição dos dias de internamento, a diminuição dos riscos anestésicos, a redução dos dias de baixa médica e dias de trabalho perdidos, entre outros. Este benefício não foi acompanhado de maior taxa de complicações, tendo o internamento decorrido sem intercorrências.

CONGRESSO APU | 2019

Madeira
FUNCHAL

27 a 29 de setembro

Centro de Congressos
do Vidamar Hotel



Organização

**Serviço de Urologia do Hospital Dr. Nélío Mendonça (Funchal)
e Conselho Diretivo da APU**

Secretariado Científico



Associação
Portuguesa
de Urologia

R. Nova do Almada, 95 - 3º A 1200-288 Lisboa
T: +351 21 324 35 90 | F: +351 21 324 35 99
E: apu@apurologia.pt
W: www.apurologia.pt

Patrocínios



A. MENARINI PORTUGAL



astellas



Bristol-Myers Squibb



Coloplast
Interventional Urology



Dornier MedTech



IPSEN
Innovation for patient care



JABA RECORDATI



OLYMPUS



SANOFI GENZYME



TECNIFAR

tecnimed



UROMONITOR

Secretariado

admedic⁺

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

Ana Montes

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

Agência de viagens oficial do Congresso

**admedic⁺
Tours**

Paula Cordeiro

E: paula.cordeiro@admedictours.pt
Calçada de Arroios, 16 C,
Sala 3. 1000-027 Lisboa
W: www.admedictours.pt
RNAVT 2526