Associação
Portuguesa
de Urologia

Simpósio APU 2018

Complicações em Urologia

Centro de Congressos
EPIC SANA Algarve Hotel
Albufeira, Algarve

26 a 28 de outubro de 2018

Programa
Científico

Consulte o Programa
e aceda aos resumos

Imagem: **Ad Médic**

Simpósio APU 2018

Associação Portuguesa de Urologia

Complicações em Urologia

Comissão Organizadora

Conselho Diretivo da Associação Portuguesa de Urologia

Presidente: Luís Abranches Monteiro

Miguel Ramos
Pedro Nunes
Rui Pinto
Frederico Furriel
Pedro Monteiro
Vanessa Vilas-Boas
Carlos Guimarães
Cabrita Carneiro
Ricardo Silva

Intervenientes no Programa

António Morais
Arnaldo Figueiredo
Belmiro Parada
Cabrita Carneiro
Cardoso de Oliveira
Carlos Ferreira
Carlos Guimarães
Carlos Silva
Carolina Borges da Ponte
Catarina Gameiro
Daniel Costa
Edgar Tavares da Silva
Estêvão Lima
Ferdinando Pereira
Francisco Martins
Francisco Rolo
Frederico Furriel
Frederico Teves
Garção Nunes
Giulia Baciarello
João Pina
João Varregoso
José Palma dos Reis
José Pedro Cadilhe
José Preza Fernandes
Luís Abranches Monteiro
Luís Féria
Luísa Alves
Manuel Oliveira
Miguel Guimarães
Miguel Rodrigues
Miguel Silva Ramos
Nelson Menezes
Nuno Tomada
Paulo Azinhais
Paulo Dinis
Paulo Príncipe
Paulo Rebelo
Paulo Temido
Pedro Amado
Pedro Eufrásio
Pedro Girão
Pedro Monteiro
Pedro Nunes
Pedro Vendeira
Raquel Catarino
Renato Mota
Ricardo Cruz
Ricardo Leão
Ricardo Pereira e Silva
Rodrigo Ramos
Rui Pinto
Sérgio Pereira
Vanessa Vilas-Boas
Vaz Rodrigues
Vitor Cavadas

6ª Feira – 26 de outubro de 2018

08:00h Abertura do Secretariado

09:00-10:30h **Mesa-Redonda**
Complicações intra-operatórias
Moderadores: Pedro Nunes e João Varregoso

Complicações em cirurgia laparoscópica
Estêvão Lima *(20')*
Técnicas de colheita e transplantação e a sua aplicabilidade na resolução de complicações cirúrgicas
Belmiro Parada *(20')*
Complicações anestésicas e cirúrgicas – Em que pode o anestesiologista ajudar-nos?
Pedro Girão *(20')*
Discussão *(20')*

10:30-10:45h **Abertura do Simpósio**

10:45-11:15h Pausa para café

11:15-12:30h **Mesa-Redonda**
Tromboembolismo e infecção no pós-operatório
Moderadores: Frederico Furriel e Vanessa Vilas-Boas

Tromboembolismo no pós-operatório: Prevenir e identificar
José Preza Fernandes *(20')*
Infecções peri-operatórias: Profilaxia na era das multi-resistências
Renato Mota *(20')*
Complicações da ferida cirúrgica e parede abdominal: Novas abordagens
Pedro Amado *(20')*
Discussão *(15')*

12:30-13:15h

Sessão Patrocinada

Contextualizando decisões terapêuticas no cancro da próstata
Context of therapeutic decisions in prostate cancer
Chairman: Arnaldo Figueiredo

Contextualizando os dilemas e as opções atuais para doentes com M0 CPRC / *Putting in context dilemmas and actual options for M0 CRPC patients*
José Palma dos Reis *(15')*
Enzalutamida: Novos dados, futuras perspetivas / *Enzalutamide: New data, future perspective*
Giulia Baciarello *(15')*
Discussão / *Discussion (15')*

13:15-14:45h Almoço

14:45-15:15h

Conferência

Educação cirúrgica e o risco de complicações
Presidente: Paulo Dinis
Conferencista: Arnaldo Figueiredo *(30')*

15:15-16:15h

Apresentação de cartazes

Moderadores: Carlos Guimarães e Nelson Menezes

C 01 Fatores sociodemográficos na escolha do tratamento do cancro da próstata
Mário Pereira Lourenço
C 02 *Metabolic evaluation in urolithiasis – Study of the prevalence of metabolic abnormalities in a tertiary centre*
Luís Vale
C 03 *Results of repeat transurethral resection of bladder tumor after macroscopi cally complete primary resection*
Miguel Eliseu
C 04 Ressonância magnética multiparamétrica prostática com classificação PI-RADS 3: Biopsar ou não?
Mário Pereira Lourenço
C 05 Concordância entre a ressonância magnética multiparamétrica prostática, a biópsia de fusão cognitiva e a peça de prostatectomia radical
Mário Pereira Lourenço
C 06 Comparação das complicações peri-operatórias e do *outcome* oncológico dos doentes submetidos a nefroureterectomia com desinserção endoscópica *vs* aberta
Agostinho Cordeiro

C 07 **Valor preditivo negativo da biópsia de fusão com RM multiparamétrica na detecção da neoplasia da próstata**
Francisco R. Fernandes
C 08 *Utility of apparent diffusion coefficient in the assessment of prostate cancer aggressiveness*
Vanessa Grave Metrogos
C 09 *SIRT1 and mtor interplay in bladder cancer: A potential therapeutic target*
Edgar Tavares da Silva
C 10 *Detecting circulating tumor cells and AR-V7 splice variant in metastatic castration-resistant prostate cancer – Early experience*
Miguel Eliseu

16:15-17:15h

Apresentação de resultados das bolsas de investigação

Moderadores: Francisco Rolo e José Palma dos Reis

Bolsa de Investigação APU/Pfizer de 2013
Identification of bladder cancer stem cell glycobiomarker based on chemotherapy sorting approach
Ricardo Cruz *(5')*
Discussão *(5')*

Bolsa de Investigação APU/Tecnimede de 2014
LUTS e envelhecimento: O impacto da isquemia crónica na bexiga na disfunção vesical
Daniel Costa *(5')*
Discussão *(5')*

Bolsa de Investigação APU/Jaba Recordati de 2014
Células tumorais circulantes no carcinoma da próstata localizado – Perfil metabólico e imunológico e correlação com agressividade clínica do tumor
Edgar Tavares da Silva *(5')*
Discussão *(5')*

Bolsa de Investigação APU/Tecnimede de 2015
MiRNAs marcadores séricos de doença testicular ativa
Ricardo Leão *(5')*
Discussão *(5')*

Bolsa de Investigação APU/Jaba Recordati de 2015
Desenvolvimento dos cateteres ureterais impregnados com fármacos anticancerígenos
Estêvão Lima *(5')*
Discussão *(5')*

17:15-17:45h Pausa para café

17:45-18:45h **Mesa-Redonda**
Complicações de litíase e seus tratamentos
Moderadores: Cabrita Carneiro e Miguel Rodrigues

Complicações da ureterorrenoscopia e nefrolitotomia percutânea
Vitor Cavadas *(20')*
LEOC no século XXI – Um tratamento inócuo?
Sérgio Pereira *(15')*
Sépsis e choque séptico em Urologia: Uma abordagem contemporânea
Edgar Tavares da Silva *(15')*
Discussão *(10')*

18:45-19:30h **Assembleia Geral APU**

20:30h **Jantar dos palestrantes/moderadores**

Simpósio APU 2018

Complicações em Urologia

Sábado – 27 de outubro de 2018

07:30h Abertura do Secretariado

08:00-09:30h **Sessão de Vídeos**
Moderadores: Paulo Rebelo e Pedro Monteiro

V 01 *Surgical repair of posterior urethral injury caused by gunshot*
Hugo Antunes
V 02 *Complex urethral perineal fistula surgical repair*
Paulo Azinhais
V 03 *Epithelized percutaneous nephrostomy: Endoscopic removal*
João Bernardo Almeida
V 04 *Salvage laparoscopic partial nephrectomy after crioablation failure*
Nuno Domingues
V 05 *Laparoscopic vena cava thrombectomy and radical nephrectomy in a malignant pheochromocytoma case*
Tito Palmela Leitão

V 06 Extrusão de cilindro de prótese peniana insuflável: Resolução cirúrgica com substituição de componentes de prótese
Paulo Pé-Leve
V 07 Evitar complicações – Linfadenectomia inguinal modificada vídeo-assistida no estadiamento do tumor do pénis
Mário Lourenço
V 08 Vasovasostomia microcirúrgica em doente com antecedentes de herniorrafia inguinal: Tratamento impossível?
Débora Araújo
V 09 Linfadenectomia inguinal modificada laparoscópica
André Paz Barcelos
V 10 Corporoplastia com múltiplas incisões dorsais preenchidas com enxertos de TachoSil® no tratamento da Doença de Peyronie
Afonso Sousa Castro

09:30-10:45h

Mesa-Redonda
Complicações de anastomoses e próteses
Moderadores: Garção Nunes e António Morais

Complicações de anastomoses
Manuel Oliveira *(20')*
Complicações de próteses penianas
Nuno Tomada *(20')*
Complicações pós-implantação de esfíncter urinário artificial
Francisco Martins *(20')*
Discussão *(15')*

10:45-11:15h Pausa para café

11:15-11:45h

Conferência
ERAS – Otimização na prevenção e controle de complicações
Presidente: Luís Abranches Monteiro
Conferencista: Luís Féria *(30')*

11:45-12:30h

Sessão Patrocinada
Ejaculação Precoce – Paradigma do tratamento tópico
Palestrante: Pedro Vendeira

12:30-14:00h Almoço

14:00-15:30h

Mesa-Redonda
Efeitos adversos da terapêutica médica
Moderadores: Rui Pinto e Ferdinando Pereira

Urologia funcional
Ricardo Pereira e Silva *(15')*
Terapêuticas intra-vesicais
Rodrigo Ramos *(15')*
Terapêuticas alvo e imunoterapia sistémica
Paulo Azinhais *(15')*
Radioterapia externa, braquiterapia e crioterapia
Carlos Ferreira *(15')*
Discussão *(30')*

15:30-16:00h Pausa para café

16:00-17:00h

Mesa-Redonda
Complicações do cancro da próstata e seus tratamentos
Moderadores: Catarina Gameiro e Carlos Silva

Sobrediagnóstico e sobretratamento do cancro da próstata: Riscos e complicações
Pedro Eufrásio *(15')*
Novas biópsias, novas complicações?
João Pina *(15')*
Estenose da anastomose + incontinência pós-PR: O derradeiro desafio
José Pedro Cadilhe *(15')*
Discussão *(15')*

17:00-17:45h **Sessão conjunta Colégio da Especialidade e NIAPU (Núcleo de Internos)**

17:45-17:50h Intervalo

17:50-18:45h **Reunião do Colégio da Especialidade**

18:45-20:00h **Reunião do NIAPU**
Encerramento do mandato 2016-2018: Apresentação dos objetivos concluídos
Apresentação da nova Direcção NIAPU
Campbell Quiz

20:30h **Jantar oficial do Simpósio**

Domingo – 28 de outubro de 2018

08:30h Abertura do Secretariado

09:00-10:30h **Fórum**
Relato de caso catástrofe
Moderadores: Miguel Silva Ramos e Paulo Temido

Hospital de Santa Luzia - Viana do Castelo
José Pedro Cadilhe *(10')*
Hospital de Santo André, Centro Hospitalar de Leiria - Leiria
Frederico Furriel *(10')*
Hospital Pedro Hispano - Matosinhos
Raquel Catarino *(10')*
Hospital Santo António, Centro Hospitalar Universitário do Porto - Porto
Frederico Teves *(10')*
Hospital de São João, Centro Hospitalar São João - Porto
Daniel Costa *(10')*
Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte - Lisboa
Carolina Borges da Ponte *(10')*
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Coimbra
Paulo Azinhais *(10')*
Hospital Beatriz Ângelo - Loures
Luísa Alves *(10')*
Hospital de São José, Centro Hospitalar de Lisboa Central - Lisboa
João Pina *(10')*

10:30-11:00h Pausa para café

11:00-12:30h **Mesa-Redonda**
Litigância e Jurisprudência
Moderadores: Cardoso de Oliveira e Paulo Príncipe

Desafios médico-legais
Vaz Rodrigues *(20')*
O processo disciplinar
Luís Abranches Monteiro *(20')*
Relação médico-doente
Miguel Guimarães *(20')*
Discussão *(30')*

12:30-13:00h **Encerramento do Simpósio**

Associação
Portuguesa
de Urologia

Simpósio APU 2018

Complicações em Urologia

Imagem: Ad Médic

Resumos dos trabalhos

Cartazes – página 12

Vídeos – página 80

Consulte aqui
o programa e aceda aos resumos

Cartazes

C 01

FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS NA ESCOLHA DO TRATAMENTO DO CANCRO DA PRÓSTATA

Lourenço M, Vieira-Brito D, Peralta JP, Godinho R, Conceição P, Reis M, Rabaça C, Sismeiro A
Instituto Português de Oncologia

Introdução: O doente com cancro da próstata localizado é parte ativa na escolha do tratamento. A escolha do tratamento é influenciada por fatores clínicos e sociodemográficos.

Objetivos: Avaliar o efeito de fatores sociais (idade, profissão, grau de literacia, estado civil) e demográficos (distrito de residência, número de habitantes do local de residência) na escolha do tratamento em casos de CaP localizado.

Métodos: Identificados todos os doentes que realizaram primeira biópsia prostática num centro oncológico, selecionados os doentes com diagnóstico de CaP e entre estes os que apresentaram doença localizada. Avaliado o efeito de sociais (idade, profissão, grau de literacia, estado civil) e demográficos (distrito de residência, número de habitantes do local de residência) na escolha do tratamento CaP localizado [prostatectomia radical (PR), braquiterapia (BT), radioterapia externa (RTE), outros].

Análise estatística univariada e multivariada com SPPS v21.

Resultados: Avaliadas 578 biópsias prostáticas (BP), tendo 300 doentes apresentado CaP localizado. A opção terapêutica foi PR em 17.3% (n=52), RTE em 39.3% (n=118), BT em 29.3% (n=88) e outras opções em 14.1% (n=42).

Em relação à escolha de tratamento cirúrgico (PR), obtiveram-se os seguintes resultados: a) idade > 70 anos: 3.9% (n=5); idade ≤ 70 anos 27.5% (n=47), p<0.001; b) sector primário: 10.3% (n=3); sector secundário + trabalho indiferenciado: 16.2% (n=27); sector terciário: 24.1% (n=21); sector quaternário: 8.3% (n=1), p=0.296; c) até 9º ano escolaridade: 17.2% (n=41); ensino secundário: 21.7% (n=10); ensino superior: 8.3% (n=1), p=0.850; d) estado civil casado: 17.9% (n=47); solteiro: 0% (n=0); divorciado: 25.0% (n=5); viúvo: 0% (n=0), p=0.734; e) distrito Coimbra: 20.7% (n=23), Leiria: 19.2% (n=5); Aveiro: 10.6% (n=11); Viseu: 14.3% (n=5); Guarda: 33.3% (n=5), outros: 33.3% (n=3), p=0.934; f) residência em cidade: 14.1% (n=13); local > 4000 habitantes: 22.7% (n=15); local ≤ 4000 habitantes: 16.9% (n=24), p=0.701; g) PSA >10 ng/dL: 13.8% (n=16); PSA ≤10 ng/dl: 18.6% (n=31), p=0.956; h) ISUP ≤3: 20.2% (n=45); ISUP >3: 20.6% (n=7), p=0.956.

Na regressão multimodal, com um modelo constituído pelas variáveis idade, profissão, habilitações, estado civil, distrito de residência, número de habitantes, PSA e ISUP da biópsia, foram significativas as seguintes variáveis: idade (p=0.001), profissão (p=0.044), estado civil (p=0.027), distrito (p=0.011). Fazendo nova regressão multinominal com a idade (p=0.001), o distrito (p=0.035), o estado civil (0.027) e a profissão (0.179), obteve-se um modelo que explica entre 17.2% a 28.4% dos casos a escolha terapêutica do doente (p<0.001).

Conclusão: A idade, o distrito de residência e o estado civil relacionaram-se com a escolha terapêutica do doente. No entanto, vários fatores sociodemográficos, nomeadamente a literacia, a profissão e a residência em locais mais rurais, não influenciaram a escolha do doente.

C 02

METABOLIC EVALUATION IN UROLITHIASIS – STUDY OF THE PREVALENCE OF METABOLIC ABNORMALITIES IN A TERTIARY CENTRE

Luís Vale, Ana Margarida Ribeiro, Daniel Costa, Afonso Morgado, Carlos Silva, Luís Pacheco-Figueiredo
Department of Urology, São João Hospital Centre, Porto, Portugal Faculty of Medicine of Porto University, Porto, Portugal Community Health, School of Medicine, University of Minho, Braga, Portugal Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), Braga, Portugal

Introduction: *Metabolic abnormalities are one of the most important risk factors for urinary stone formation. In Portugal, there are scarce epidemiological data concerning the prevalence of metabolic abnormalities among patients diagnosed with urolithiasis. The main objective of our work was to determine the prevalence of metabolic abnormalities and potential risk factors in patients referred to the urolithiasis outpatient clinic of a tertiary centre.*

Material and methods: *We performed a cross-sectional study evaluating 67 patients fulfilling the inclusion criteria, between January and June 2017. Patient demographic data were obtained and a metabolic evaluation was performed, including one 24-hour urine sample.*

Results: *Metabolic abnormalities could be identified in 92.5% patients. Almost a quarter of the patients had only one metabolic abnormality and 67.6% had more than one abnormality. The most prevalent metabolic abnormalities were hypercalciuria (54.5%), hyperoxaluria (34.7%) and hyperuricosuria (32.3%). Patients with hypercalciuria were older (54.7 vs. 47.8 years, p=0.018) and family history of stone disease was significantly more frequent among patients with hyperoxaluria (71.4% vs. 28.6%, p=0.013). There was a positive linear relationship between Body Mass Index (BMI) and urinary calcium (r=0.247, p=0.048) and a negative linear relationship between BMI and urinary pH (r=−0.254, p=0.046). A positive linear relationship was found between urinary calcium and urinary sodium (r=0.509, p<0.0001) and uricosuria (r=0.514, p<0.0001).*

Conclusion: *Given the high prevalence of metabolic abnormalities, metabolic evaluation should be performed in every patient with urolithiasis evaluated in a tertiary setting, prompting the implementation of proper pharmacological and dietary measures to prevent stone recurrence.*

C 03

RESULTS OF REPEAT TRANSURETHRAL RESECTION OF BLADDER TUMOR AFTER MACROSCOPICALLY COMPLETE PRIMARY RESECTION

Miguel Eliseu, Vera Marques, Hugo Antunes, Mário Lourenço, Andreia Almeida, Edgar Tavares-da-Silva, Paulo Temido, Arnaldo Figueiredo
Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introduction: *Non-muscle invasive (NMI) bladder cancers (BC) account for 75% of BC cases, and most are initially diagnosed and treated with transurethral resection of bladder tumor (TURB). After primary TURB, a repeat resection (rTURB) may be performed to detect and treat residual tumor, optimizing adjuvant treatments and decreasing recurrence rates. Repeat TURB should be carried out in cases where primary resection was perceived as incomplete; however, when the completeness of the original resection is believed by the surgeon, opinions diverge as to wether rTURB would add value to adjuvant intravesical treatment and follow-up as indicated. In these cases, authors describe rates of residual tumor in up to 33-55% of primary pT1 tumors, with upstaging in up to 25%. Since the quality of initial resection is directly reflected in the result of a rTURB, these rates are largely dependent on the primary treatment and accurate prediction of completeness, with a probable high variability between surgeons and Centers.*

TURB procedures carry significant morbidity and costs, which could be lessened if unnecessary rTURBs were avoided. Predicting which patients benefit from this procedure would optimize di-

sease and resource management.

Objectives: *To determine wether rTURB after initial perceived complete resection would frequently identify residual tumor and if this procedure would improve outcomes in NMIBC patients.*

Methods: *Patients submitted to TURB from January 2015 to December 2016 were analysed, identifying which underwent rTURB after initial resection without follow-up cystoscopy in between. Further stratification was conducted, according to perception of complete initial resection, tumor stage, tumor grade and associated carcinoma in situ (CIS) in the primary specimen. Correlation of these factors with presence, stage and grade of residual tumor was evaluated.*

Results: *We analysed 546 TURB procedures performed in the defined period. Of these, 275 (50,4%) were treatment for primary bladder cancer; pT1 lesions were found in 85 (30,9%) of primary TURBs; 12 of these were immediately selected for rTURB due to macroscopically incomplete resection. Of the remaining 73 primary pT1 tumors, for which the surgeon had perception of complete resection, 26 (30,6%) underwent elective rTURB.*

Repeat TURB after complete resection of primary pT1 tumors yielded residual tumor in 11,5% of patients (n= 3). All patients with residual tumor had primary pT1 high grade lesions; no upstaging or upgrading was observed (one patient with high grade pT1 e two patients with CIS). Patients who did or did not undergo rTURB had similar recurrence rates at 1-year cystoscopy follow-up. No residual tumor was found in rTURB specimens after complete resection of low-grade pT1 or pTa of any tumor grade.

Discussion/Conclusions: *Standard practice in depth and quality of primary TURB procedures varies across surgeons and Centers, and will invariably reflect on residual tumor rates. Indications for rTURB (such as for all primary pT1 lesions in the EAU Guidelines) might not be suitable for all patients, and single Center results should be evaluated and taken into account when selecting patients for rTURB, in order to avoid unnecessary morbidity and costs.*

C 04

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA PROSTÁTICA COM CLASSIFICAÇÃO PI-RADS 3: BIOPSAR OU NÃO?

Lourenço M[1], Pissarra P[2], Carvalho J[3], Eliseu M[3], Peralta JP[1], Figueiredo A[3], Marques C[2]

[1]Serviço de Urologia do Instituto Português de Oncologia de Coimbra, [2]Serviço de Radiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, [3]Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A ressonância magnética multiparamétrica prostática (RMMP) está recomendada na identificação de lesões neoplásicas suspeitas em doentes com elevada suspeita clínica de carcinoma prostático (CaP) e que tenham biópsias prostáticas (BP) prévias negativas. Estudos recentes apontam para a sua relevância na avaliação prostática antes de qualquer BP, de forma a direcionar a mesma ou até evitar a sua realização e possíveis complicações. Uma classificação PI-RADS 3 (resultado equívoco) coloca o urologista com dúvidas na decisão clínica.

Objetivos: Avaliar a evolução dos doentes com RMMP PI-RADS 3.

Métodos: Foram avaliadas 291 RMMP diagnósticas realizadas pela mesma equipa de médicos radiologistas entre novembro de 2012 e agosto de 2017. Foram selecionadas 55 RMMP PI-RADS 3 (referentes a 47 doentes, sendo 23 avaliados pela PI-RADS v1).

A amostra foi caracterizada em relação à idade, ao volume prostático, toque rectal, realização, datas e histologia de BP prévias, tempo entre BP prévia e RMMP, *score* T2 PI-RADS, *score* difusão PI-RADS, *score* PI-RADS, diâmetro da área suspeita, localização da lesão suspeita (lateralidade, andar e zona prostática), realização e resultado de BP pós RMMP, concordância entre lesão na

RMMP e BP, tratamento e *follow-up* (PSA, resultados de RMMP e BP posteriores, se aplicável).
Resultados: A idade média foi de 63.2 anos, o PSA médio pré RMMP de 11.6 ng/dL e o volume prostático médio de 49.9cc. 84.7% (n=36) dos doentes realizaram BP prévias à RMMP (71.1% HBP, 7.9% PIN baixo grau, 7.9% PIN alto grau, 13.2% atipia). Em relação à localização da lesão, observou-se: a) lateralidade (35.5% esquerda, 29.0% direita, 16.1% mediana; 19.4% bilateral); b) andar (43.8% base, 31.2% médio, ápex 25.0%); c) zona (40.0% periférica, transição 46.7%, central 13.3%).
16 doentes (34.0%) foram biopsados nos 3 meses após RMMP, sendo que apenas 2 apresentaram CaP (12,5% dos doentes biopsados). Dos 14 doentes com BP negativa, 3 repetiram BP no *follow-up*, todas sem CaP. Dos 31 doentes não biopsados imediatamente após RMMP, o PSA diminuiu em 71,4% (avaliados PSA de 21 doentes), 7 doentes repetiram RMMP (todas com PI-RADS < 4) e 4 foram biopsados > 2 anos após o 1º exame (todas as BP negativas).
Discussão e conclusão: A decisão sobre a necessidade de BP em doentes com PI-RADS 3 deve depender de outros dados clínicos (toque retal) e analíticos (PSA). A presente série mostra um diagnóstico de CaP muito baixo entre doentes com PI-RADS 3 (inferior à descrita na literatura). Nos doentes não biopsados, o *follow-up* com base em PSA e em repetição de RMMP e BP, não mostrou suspeita de CaP clinicamente significativo.

C 05

CONCORDÂNCIA ENTRE A RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA PROSTÁTICA, A BIÓPSIA DE FUSÃO COGNITIVA E A PEÇA DE PROSTATECTOMIA RADICAL

Lourenço M[1], Pissarra P[2], Eliseu M[3], Carvalho J[3], Peralta JP[1], Figueiredo A[3], Marques C[2]
[1]Serviço de Urologia do Instituto Português de Oncologia de Coimbra, [2]Serviço de Radiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, [3]Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A ressonância magnética multiparamétrica prostática (RMMP) permite direcionar a biópsia prostática (BP) às lesões suspeitas, sendo que em Portugal a maioria dos urologistas realiza BP de fusão cognitiva.
Objetivos: Avaliar a concordância entre as lesões descritas na RMMP e os resultados histológicos obtidos nas BP de fusão cognitiva e na peça de prostatectomia radical (PR).
Métodos: Foram avaliadas 291 RMMP diagnósticas realizadas pela mesma equipa de médicos radiologistas entre novembro de 2012 e agosto de 2017. Foram selecionados os 115 doentes biopsados, tendo sido estudados os 56 doentes com BP positiva para adenocarcinoma prostático (CaP).
A amostra foi caracterizada em relação à idade, ao volume prostático, ao *score* PI-RADS, à localização da lesão na RMMP [lateralidade (direito, esquerdo, bilateral, mediano), andar (base, médio, ápex), zona (periférica, transição, central, estroma)] e à dimensão da lesão na RMMP. Na BP foram avaliados o número total de fragmentos colhidos, o número de fragmentos dirigidos à lesão, o número de fragmentos com CaP, a classificação ISUP para CaP e a concordância entre a localização do CaP nos fragmentos em relação à RMMP. Nos 15 doentes sujeitos a PR, avaliou-se a concordância da localização da lesão em relação à RMMP.
Resultados: Foi possível avaliar a concordância dos achados da RMMP com a BP em 37 doen-

tes, sendo a localização concordante em 67.6%. 18.9% apresentaram CaP em fragmentos na zona suspeita + CaP no mesmo lobo da lesão; 8.1% apresentaram CaP na zona suspeita + CaP no lobo contralateral; 8.1% sem CaP na zona suspeita mas com CaP no mesmo lobo e 8.1% sem CaP na zona suspeita mas com CaP bilateralmente. Dos fatores estudados, apenas o número total de fragmentos com CaP se relacionou com a concordância entre RMMP e BP ($p<0,05$), sendo que um número menor de fragmentos com CaP se associa a maior concordância.

Em relação à concordância RMMP-PR, 33.3% apresentaram concordância da localização da lesão, 33.3% apresentaram lesões ipsislaterais em outros andares, 26.7% apresentaram lesões extensas bilaterais em todos os andares prostáticos e 6.7% apresentaram lesões contralaterais desconhecidas previamente. Nenhum dos fatores estudados se relacionou com a concordância entre RMMP-PR ($p>0,05$). Todas as lesões não concordantes pós-PR apresentaram uma classificação ISUP igual à lesão identificada na RMMP.

Conclusão: Em relação à localização da lesão, a concordância da BP cognitiva com os achados da RMMP foram de 67.6%, o que sugere a existência de lesões de maiores dimensões ou a existência de outras lesões neoplásicas não identificadas na RMMP. Por esse motivo, a BP cognitiva deve ser acompanhada de biópsias sistemáticas. Estes dados são corroborados por uma concordância ainda menor entre a RMMP e a avaliação histológica da peça de PR.

C 06 Trabalho retirado

C 07

VALOR PREDITIVO NEGATIVO DA BIÓPSIA DE FUSÃO COM RM MULTIPARAMÉTRICA NA DETECÇÃO DA NEOPLASIA DA PRÓSTATA

Francisco Fernandes, João Pina, Gil Falcão, Rui Bernardino, Thiago Guimarães, Mariana Medeiros, Fernando Calais, Luis Campos Pinheiro
Centro Hospitalar de Lisboa Central

Introdução: O diagnóstico de neoplasia da próstata é efectuado através da realização de biópsia, mais frequentemente guiada por ecografia trans-rectal.

A RM multiparamétrica emergiu como meio de diagnóstico para facilitar a detecção de neoplasias da próstata clinicamente significativas, aumentando a acuidade diagnóstica e diminuindo a realização de múltiplas biópsias com consequente menor morbilidade para o doente.

Estudos prévios com comparação entre biópsia guiada por RM (ressonância magnética) multiparamétrica e biópsias de template permitiu inferir um valor preditivo negativo de cerca de 90% o que ainda não permite a dispensa da realização de biópsias randomizadas.

Objetivos: O objetivo deste trabalho é avaliar o valor preditivo negativo da RM multiparamétrica na detecção de tumores clinicamente significativos da próstata.

Material e métodos: Setenta e nove doentes com idade média de 64 anos foram submetidos a biópsia de fusão RM com ecografia trans-rectal e biópsia de template entre 2017 e 2018. Foram biopsadas 120 lesões com PI-RADS entre 3 e 5. Em média, 3 fragmentos foram removidos por zona suspeita.

Dos doentes submetidos a biópsia, 57 doentes tinham efectuado biópsia trans-rectal ecoguiada prévia.

Os resultados das biópsias foram avaliados para determinação do valor preditivo negativo da biópsia de fusão.

Resultados: No geral, dos 79 doentes submetidos a biópsia prostática, 27 tiveram o diagnóstico de adenocarcinoma da próstata (35%). Considerando PI-RADS 4 e 5, 70% dos doentes tiveram o diagnóstico de adenocarcinoma da próstata.

Avaliando os resultados das biópsias de template, estas foram positivas em 13 doentes (16%) dos doentes fora da área suspeita. Destes, 7 doentes tinham histologia com gleason 3+3, 4 com 3+4, 1 com 4+3 e 1 com 4+4. Se considerarmos os doentes com gleasons > 6 as biópsias de template foram positivas em apenas 6% dos doentes.

O valor preditivo negativo (VPN) para a RM na detecção da neoplasia da próstata é de 84% considerando todos os gleasons e de 95% se considerarmos apenas gleasons >6.

Discussão/Conclusão: Este estudo demonstrou correlação entre a detecção de neoplasia da próstata e o *score* PI-RADS nos doentes submetidos a biópsia de fusão. Os resultados obtidos na detecção foram ligeiramente inferiores aos descritos na literatura, sobretudo devido a baixa detecção em doentes com PI-RADS 3.

O valor preditivo negativo da RM multiparamétrica é muito elevado e constitui neste momento uma importante fonte de informação na decisão de efectuar re-biópsias prostáticas.

C 08

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

V. Metrogos, N. Ramos, A. Macedo, J. Cruz, C. Marialva, J. Bastos, M. Carvalho
Hospital Garcia de Orta

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

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

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

Results: *ADCmean and ADCmin values were significantly lower in the tumor than those in the non-tumor prostatic tissue ($p<0.0001$). Both nADCmean and nADCmin were lower in the Gleason score 3+4 group compared with the Gleason score 3+3 group ($0.58 \pm 0.14 \times 10\text{-}3$ mm2/s vs. $0.72 \pm 0.15 \times 10–3$ mm2/s, $p<0.0376$; and $0.57 \pm 0.19 \times 10\text{-}3$ mm2/s vs. $0.75 \pm 0.21 \times 10–3$ mm2/s, $p=0.0514$; respectively). Both tumor nADCmean and nADCmin correlated inversely with the Gleason score ($r=-0.46$, $p=0.0021$; and $r=-0.43$, $p=0.0042$). ROC analysis showed that the area under the curve was 0.78 ($p=0.008$) and 0.74 ($p=0.029$) for the nADCmean and nADCmin, respectively, in differentiating between Gleason score 3+4 and 3+3 tumors. The nADCmin cut-off value $\leq 0.569\times 10\text{-}3$ mm2/s provided a fair balance, with sensitivity 72.7% and specificity 81.8% to detect a tumor with Gleason 3+4.*

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

C 09

SIRT1 AND MTOR INTERPLAY IN BLADDER CANCER: A POTENTIAL THERAPEUTIC TARGET

De Oliveira P.[1,2*], Silva A.M.[2*], Antunes H.[3], Tavares-Silva E.[3], Bernardino R.L.[2], Jarak I [4], Abrantes M.[1], Botelho M.F.[1], Figueiredo A.[3], Silva B.M.[5], Pereira J.A.[6], Oliveira P.F.[2,7,8], Alves M.G.[2]

[1]Department of Biophysics and Biomathematics, IBILI-Faculty of Medicine, University of Coimbra, Portugal, [2]Unit for Multidisciplinary Research in Biomedicine (UMIB) and Laboratory of Cell Biology, Department of Microscopy, Institute of Biomedical Sciences Abel Salazar (ICBAS), University of Porto, Porto, Portugal, [3]Urology Department, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), Coimbra, Portugal, [4]Department of Life Sciences, University of Coimbra, Coimbra, Portugal, [5]CICS-UBI - Health Sciences Research Center, University of Beira Interior, Covilhã, Portugal, [6]Mountain Research Centre (CIMO), School of Agriculture, Polytechnic Institute of Bragança, Portugal, [7]I3S - Institute for Innovation and Health Research, Coimbra, Portugal; [8]Faculty of Medicine, University of Porto, Porto, Portugal.

[*]both authors contributed equally

Introduction: *Bladder cancer (BC), a tumour with high heterogeneity, has a high incidence and recurrence rate, with frequent alterations in several signalling pathways. The mammalian target of rapamycin (mTOR) pathway is altered in 72% of BC cases. Interestingly, the role of SIRT1 in tumorigenesis has been a matter of controversy since it can act both as a tumour promoter or suppressor, suggesting that it has different roles according with the characteristics of the tumour. In recent studies, mitochondrial functions, metabolic pathways and signalling proteins have been related to both SIRT1 and mTOR pathways. Herein, we hypothesize that SIRT1 has a role in BC progression and that it interacts with mTOR pathway, modulating bioenergetics and metabolic features.*

Methods: *Two different BC cell lines HT-1376 and TCCSUP (representative of stage III and IV, respectively) were cultured for 24 hours with: EX-527 (1μM), a SIRT1 inhibitor; YK-3-237 (1μM), a SIRT1 activator; and rapamycin (0.1μM), a mTOR inhibitor. The combination of EX-527 with rapamycin was also assayed. The expression of membrane transporters (GLUT3, MCT1 and MCT4 – by qPCR), the metabolic profile (glucose, glutamine, pyruvate, alanine, lactate and acetate – by 1H-NMR), the mitochondrial copy number (by qPCR) and potential (by JC-1) and intact cell respirometry of TCCSUP cells (Clark--type electrode) were assessed.*

Results and conclusion: *Our results showed that SIRT1 inhibition and activation have differential effects on BC cells of both grades, suggesting a possible therapeutic target for BC progression. SIRT1 activation upregulated GLUT3 and MCT1 in HT-1376 cells without alteration on metabolites levels. mTOR inhibition alone also upregulated GLUT3, MCT1 and MCT4 expression in HT-1376 cells and increased MCT4 in TCCSUP cells, but with no direct action on metabolites levels. However, the combined treatment with SIRT1 and mTOR inhibitors significantly decreased lactate production in TCCSUP cells. In addition, mitochondrial potential was almost nullified after exposure to the combined treatment with both inhibitors in BC cells of both stages. These results were concurrent with mitochondrial proton leak increase, alanine consumption instead of production and lactate production decrease. Overall, our data suggest that SIRT1 and mTOR are key players in BC physiology and highlight the need to unveil the interplay of both pathways in BC development, taking into account the possible positive effects as therapeutic targets.*

C 10

DETECTING CIRCULATING TUMOR CELLS AND AR-V7 SPLICE VARIANT IN METASTATIC CASTRATION-RESISTANT PROSTATE CANCER – EARLY EXPERIENCE

Miguel Eliseu, Edgar Tavares-da-Silva, Inês Marques, Rita Neves, Margarida Abrantes, Belmiro Parada, Pedro Nunes, Paulo Azinhais, Álvaro Brandão, Vítor Dias, Ana Teresa Simões, Margarida Coucelo, Paulo Temido, M Letícia Ribeiro, Filomena Botelho, Arnaldo Figueiredo
Serviço de Urologia e Transplantação Renal, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra Laboratório de Hematologia Molecular, Serviço de Hematologia Clínica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra Instituto de Biofísica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introduction: *Follow-up and treatment of metastatic castration-resistant prostate cancer (mCRPC) has evolved significantly in the recent past, with novel recommendations regarding these stages of the disease. Circulating tumor cells (CTC) arised as a form of liquid biopsy, with the possibility of non-invasive detection of these tumor cells in peripheral blood, with prognostic implications. Furthermore, several biomarkers are being analysed, not only to provide prognostic data, but also to predict response to specific therapies, helping in the choice between several agents indicated for a population whose heterogeneity could not be previously recognised. One of these biomarkers is AR-V7, a splice variant that encodes an isoform of androgen receptor (AR) which lacks a binding site for abiraterone and enzalutamide, and could suggest less optimal responses to these drugs.*

Objectives: *To describe our population of men with mCRPC who underwent CTC and AR-V7 detection; to investigate potential clinical factors that could be influenced by this analysis.*

Methods: *We selected 12 patients with mCRPC undergoing planned treatment shift, either immediately after failure of androgen deprivation therapy (ADT) or specific treatment for mCRPC.*

Isolation and enrichment of prostate CTCs was performed with the AdnaTest Prostate Cancer Select Kit (Qiagen). Peripheral venous blood was exposed to immunomagnetic beads coated with specific antibodies against epitelial and tumor associated antigens. Afterwards, using AdnaTest Prostate Cancer Detect (Qiagen), mRNA is extracted from the CTCs and transcribed into cDNA (SensiScript Reverse Transcription kit, Qiagen). Using PrimerMix ProstateDetect, amplification of tumor associated markers PSA, PSMA, EGFR and the control gene beta-actin is carried out. For AR-V7 and AR detection, custom primers for rtPCR were applied.

Several clinical factors were analysed, including age at diagnosis, initial PSA and histology, PSA at the time of CTC isolation, type of metastatic disease and previous therapies and responses.

Results: *Patients were followed for a mean 83.9 months after initial diagnosis, and for 8.8 months after CTC sampling. One patient died from a non-cancer related cause.*

CTCs were isolated in 8 out of 12 patients (66.7%); any form of AR was identified in 6 of these (50%) while the splice variant AR-V7 was present in 2 of them (16.7%).

Mean initial PSA was 169.36 ng/mL, while PSA at sampling was 58.18 ng/mL; 25% of patients were metastatic at diagnosis and 9% had initial visceral metastasis. 33% of patients had at least 2 previous lines of treatment. Separate analysis was conducted for patients with detectable CTCs and AR-V7, with sample enlargement necessary for inferential conclusions.

Discussion/Conclusions: *CTC detection is a potential prognostic indicator in itself, as well as a means for non invasive biopsy. Biomarkers such as AR-V7 could alter the way we choose drugs targeted at mCRPC. Further studies will be necessary to determine their applicability.*

Our study will progress with emphasis on sample enlargement, increased follow-up and subsequent retrospective analysis of response rates, PSA-PFS and PFS between CTC +/- and AR-V7 +/- cros-

sed with treatment choice. Potential prospective studies with active treatment selection based on these results should arise.

C 11

URINARY STONES AFTER RENAL TRANSPLANTATION – INCIDENCE, MANAGEMENT AND OUTCOMES

Hugo Antunes, Belmiro Parada, Edgar Tavares-da-Silva, João Carvalho, Luís Rodrigues, Pedro Simões, Pedro Moreira, Carlos Ferreira, Fernando Macário, Arnaldo Figueiredo
Urology and Renal Transplantation Department, Coimbra University Hospital Center, Coimbra, Portugal

Introduction: *The incidence of urinary stones in renal transplant recipients ranges from 0.2% to 1.8% in reported series. Despite its low incidence, renal stones may be associated with serious clinical conditions such as sepsis or graft failure in cases of stone migration and urinary obstruction.*
Objectives: *The aim of our study was to evaluate the incidence, diagnosis and management of urolithiasis in renal transplant recipients at our urology and renal transplantation department.*
Patients and methods: *We retrospectively reviewed the clinical data of 2342 renal transplants performed between 1997 and 2017. The diagnosis of urinary stones was based in ultrasound or computed tomography findings.*
Results: *Of the 2342 renal transplants, 17 (0,7%) showed urinary lithiasis in the renal graft. Twelve recipients were males and 5 females. Ages ranged from 22 to 71 years (mean 48,8 years). All patients received cadaveric donor kidneys. Most stones (n=11, 64,7%) were diagnosed incidentally in routine ultrasound scans. The remaining cases were diagnosed by ultrasound or renal CT due to acute worsening of renal function and/or fever. Nine patients had stones in the calyces (52,9%), 3 (17,6%) showed stones in the renal pelvis and 3 (17,6%) inside the ureter. One patient developed one stone in the calyces and ureter. The size of the calculi ranged from 3 to 25 mm (median 8 mm). Six patients were initially treated with urinary diversion (5 patients with percutaneous nephrostomy and 1 patients with ureteral stent). Eight patients did not undergo any treatment. They were followed with regular ultrasound and serum creatinine monitoring. The most commonly treatments were extracorporeal shock wave lithotripsy (n=4, 44,4%) and ureteroscopic lithotripsy (n=3, 33,3%). The remaining patients were treated with percutaneous nephrolithotripsy (n=1, 11,1%) and open pyelolithotomy (n=1, 11,1%). There were no complications with the procedures. During follow-up, we identified recurrence of lithiasis in 2 renal transplant recipients (all stones < 5 mm). Both patients were treated conservatively. Five patients (29,4%) had graft loss after diagnosis of lithiasis. All patients with graft dysfunction were treated with observation. None have undergone specific treatments for stone removal. The presence of stones was not associated with loss of renal graft function (p=0.451). We did not find any association between the age and weight of the recipient or donor and the development of urinary lithiasis. Gender and dialysis time were also not associated with the presence of urinary lithiasis.*
Discussion/Conclusion: *Urinary lithiasis is a rare complication in renal transplant recipients. The diagnosis and treatment options for these patients are similar to those used in general population. Most cases of urinary lithiasis in these patients are done through routine imaging tests.*

C 12

IMPACT OF POSITIVE SURGICAL MARGINS IN PATIENTS WITH LOCALIZED PROSTATE CANCER WHO UNDERWENT RADICAL PROSTATECTOMY

Hugo Antunes, João Carvalho, Miguel Eliseu, Roberto Jarimba, Edgar Tavares-da-Silva, Belmiro Parada, Arnaldo Figueiredo
Serviço de Urologia e Transplantação Renal, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

Introduction: *Several studies have shown that positive surgical margins (SM) are associated with BCR and need for salvage treatments.*

Objectives: *The aim of our study was to evaluate the impact of positive (SM) in patients with localized PCa who underwent RP, evaluating BCR, survival and need for additional treatments.*
Material and methods: *Retrospective analysis of 377 consecutive open RP performed between 2009 and 2016, with localized PCa. Patient demographics, prostate volume, prostate-specific antigen (PSA) levels, definitive pathology, surgical margin status, BCR presence, additional treatments and survival were analyzed.*
Results: *The mean age of the patients was 63.0 ± 6.8 years, and the mean preoperative PSA value was 8.5 ± 8.7 ng/mL. The final pathologic examination showed that 39 (10.3%) patients had T2a disease, 14 (3.7%) had T2b disease and 324 (85.9%) had T2c disease. Sixty-one (16,2%) patients had positive SM. Among the patients with positive surgical margins, 56 (91.8%) had T2c disease. BCR occurred in 15.9% of patients negative SM and in 26.3% of those with positive SM (p=0.05). The mean time to BCR was 35.8 ± 3.4 months in negative SM patients and 26.5 ± 5.9 months in those with positive SM (p=0.183). Thirteen (21.3%) patients with positive margins performed adjuvant radiotherapy (RT). Overall survival of patients with positive SM was 100% in those who did adjuvant RT and 95.8% in those who did not perform adjuvant RT. However, the cause of death in the two deceased patients was not related to PCa. Ten patients with positive SM (16.4%) required salvage RT, compared with 41 (13.0%) patients with negative SM (p=0.358). The rate of patients who did androgen blockage was 9.8% in those with positive SM and 2.8% in those with negative SM (p=0.011). No patient has been proposed for therapy with abiraterone, enzalutamide or docetaxel. Two (3.3%) patients with positive SM developed lymph nodes metastasis and one (1.6%) developed bone metastasis. The incidence of metastatic disease in localized PCa was 4.9% in positive SM patients and 2.2% in those with negative SM (p=0,233). The overall mortality was 3.3% in patients with positive SM and 7.0% in those with negative SM (p=0,281).*
Discussion/Conclusion: *Our study showed no prognostic advantage of adjuvant RT compared with salvage RT in patients with positive SM. Although there appears to be a trend towards a higher rate of BCR, a shorter time from surgery to the development of BCR and a higher rate of hormone therapy, the presence of positive SM does not appear to have a significant impact on disease progression and survival in patients with organ confined PCa.*

C 13

PROGNOSTIC VALUE OF SUBCLASSIFICATION (PT2 STAGE) OF PATHOLOGICALLY ORGAN-CONFINED PROSTATE CANCER: CONFIRMATION OF THE CHANGES INTRODUCED IN THE 8TH EDITION OF THE AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER (AJCC) STAGING SYSTEM

Hugo Antunes, Belmiro Parada, Edgar Tavares-da-Silva, João Carvalho, Miguel Eliseu, Roberto Jarimba, Rui Oliveira, Arnaldo Figueiredo
Serviço de Urologia e Transplantação Renal, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introduction: *The purpose of a cancer staging system is to define patient groups with an outcome that is more homogeneous in groups than between groups and also maximize prognostic accuracy.*
Objectives: *To evaluate the association of pT2 subclassification with the oncological results of patients with prostate cancer (PCa) who underwent radical prostatectomy (RP).*
Material and methods: *Retrospective analysis of 377 patients who underwent RP between 2009 and 2016, with pT2 disease in the final pathological evaluation. Statistical analysis of differences in rates of biochemical recurrence (BCR), metastasis and mortality between T2 substages (pT2a/b vs pT2c).*
Results: *Fifty-three (14.1%) patients presented*

pT2a/b disease and 324 (85.9%) pT2c disease. The mean follow-up time was 4.8 ± 2.3 years. Grade group scores did not differ between the pT2 substages (p=0.148). Mean values of prostate specific antigen (PSA) did not present significant differences between pT2a/b and pT2c, 7.4 ± 4.9 ng/ml vs. 8.6 ± 9.2 ng/mL, respectively (p=0.352). The rate of BCR in pT2a/b and pT2c patients was 11.3% and 17.6%, respectively (p=0.253). Five (9.4%) patients with pT2a/b and 46 (14.2%) with pT2c substage underwent salvage radiotherapy (p=0.347). The rate of positive surgical margins did not differ between groups (p=0.150). Ten (3.1%) patients with pT2c had lymph nodes or distant metastases. No patient with pT2a/b substage developed metastases during follow-up. The rate of overall mortality was 7.5% and 6.2% in pT2a/b and pT2c, respectively (p=0.704). We did not observe any cancer specific death. We did not find significant differences in the functional outcomes, urinary incontinence (p=0.395) and erectile dysfunction (p=0.748).

Conclusion/Discussion: *The pT2 subclassification showed no prognostic value in patients with PCa who underwent RP. Our results are in accordance with the changes introduced in the 8th edition of the AJCC staging system in which the pT2 subclassification was eliminated.*

C 14

QUAL É A MELHOR DERIVAÇÃO URINÁRIA NO QUE DIZ RESPEITO A TOLERABILIDADE E QUALIDADE DE VIDA? NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA *VS.* CATÉTER URETERAL: UM ESTUDO PROSPETIVO

João Pimentel Torres, José Pedro Pereira, Nuno Morais, Sara Anacleto, Agostinho Cordeiro, Paulo Mota, Ricardo Leão, Estevão Lima

Serviço de Urologia do Hospital de Braga; Universidade do Minho

Introdução: A litíase urinária é uma entidade clínica comum nas sociedades modernas. Em casos de obstrução ureteral complicada tem que ser realizada uma derivação urinária com um cateter ureteral (JJ) ou nefrostomia percutânea (NPC). Atualmente não existe evidência que suporte que um dos métodos seja recomendado em detrimento do outro.

Objetivo: O objetivo deste estudo é comparar estas duas técnicas no que diz respeito à tolerabilidade, qualidade de vida e sintomas adversos após o procedimento.

Métodos: Uma amostra de 50 doentes com cólica renal de causa litiásica e critérios de derivação urinária foi utilizada. Estes doentes foram submetidos a colocação de JJ ou NPC de forma randomizada. Os dados antropométricos e demográficos, assim como os antecedentes clínicos foram registados. A qualidade de vida e sintomas adversos foram avaliados com as escalas EuroQolEQ-5D-3L® versão portuguesa (EQ-5D + EQ-VAS) e a Intervention Specific Questionnaire versão portuguesa. Os doentes foram seguidos prospectivamente e avaliados antes e após o procedimento.

Resultados: 32 doentes (64%) foram derivados com JJ e 18 doentes (36%) com NPC. No que diz respeito ao *score* EQ-5D, houve uma diminuição estatisticamente significativa em ambos os grupos quando comparado o *score* pré e pós procedimento (JJ p=0,011; NPC p=0,013). No entanto não houve diferença entre os grupos após o procedimento (p=0,791). A diferença mediana na EQ-VAS pré e pós intervenção, foi de - 5 pontos no grupo JJ e 0 pontos no grupo NPC (p=0,004), refletindo um pior estado geral de saúde no grupo JJ. Os doentes no grupo JJ experienciaram mais sintomas urinários, nomeadamente hematúria (68,7% *vs.* 16,7%; p<0,01), frequência (p=0,018) e disúria (78,3% *vs.* 16,7%; p<0,01). Analisando as questões relativas à dor, 81,3% dos doentes no grupo JJ reportaram dor, enquanto que apenas 33,3% dos doentes no grupo da NPC o fizeram (p<0,05). Para além disso, o grupo JJ necessitou mais frequentemente de analgésicos que o grupo da NPC (p=0,004). Relativamente às visitas hospitalares, 58,8% dos

doentes no grupo NPC recorreram aos serviços de saúde, enquanto que apenas 35,5% dos doentes do grupo JJ o fizeram, sem diferença estatisticamente significativa (p=0,07).

Conclusões: Este estudo prospetivo descreve os resultados relativos a tolerabilidade e qualidade de vida associados aos procedimentos de derivação urinária. A nefrostomia percutânea parece ser um procedimento seguro e bem tolerado, com menor influência na qualidade de vida e menos sintomas urinários adversos, comparativamente com o cateter ureteral. Estudos com amostras maiores são necessários para confirmar estes dados.

C 15

TRATAMENTO CIRÚRGICO NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA: UMA COMPARAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO ESFÍNCTER URINÁRIO ARTIFICIAL COM A ABORDAGEM ATOMS

Maria Alexandra Rocha, Jorge Morales
Hospital São José, CHLC

Introdução: A incontinência urinária (IU) é extremamente comum em todo o mundo, sendo a prevalência desta patologia no sexo masculino de cerca de 7,6%, aumentando com a idade. Em homens adultos, a principal causa de incontinência urinária de esforço (IUE) é a prostatectomia radical, mais frequentemente utilizada no tratamento do carcinoma da próstata localizado. Para avaliação da incontinência urinária podem ser utilizados questionários, como o *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ – SF), ou a avaliação do número de pensos utilizados por dia. A primeira linha de tratamento na incontinência urinária masculina baseia-se no tratamento conservador e, nos casos em que o tratamento conservador é insuficiente, surge a possibilidade de recurso ao tratamento cirúrgico, destacando-se a implantação do Esfíncter Urinário Artificial (EUA) e a técnica *Adjustable Transobturator Male System* (ATOMS). Este trabalho irá incidir na avaliação e comparação dos resultados obtidos com estas duas abordagens.

Material e métodos: Procedeu-se ao levantamento dos dados demográficos e clínicos dos doentes submetidos a correção cirúrgica da incontinência urinária através da colocação do EUA - AMS 800™ (Boston Scientific, Marlborough, MA, EUA) - e ATOMS (A.M.I., Feldkirch, Áustria), entre janeiro de 2015 e junho de 2018, no Hospital de São José, Lisboa, Portugal. Posteriormente, foi efetuado um contacto telefónico a todos os doentes, com vista a avaliar o seu grau atual de incontinência urinaria. Recolherem-se dados relativos a 35 doentes submetidos a correção cirúrgica da incontinência urinária: 26 submetidos à colocação do EUA e 9 submetidos à técnica ATOMS. Durante o contacto telefónico, e para avaliar o grau de IU, foi aplicado o questionário ICIQ-SF e anotado o número de pensos utilizados diariamente.

Resultados e discussão: Obteve-se como principal causa da IU a prostatectomia radical, em 21 doentes, correspondente a 84%, seguido da resseção transuretral da próstata (RTU-P), em 3 doentes, correspondente a 12%, e 1 caso cuja consulta dos dados clínicos não forneceu pistas sobre a causa. Com os resultados pontuáveis do questionário ICIQ-SF, obteve-se uma média de 6,50 pontos para o EUA e de 10,43 pontos para o ATOMS, o que indica que o grupo dos doentes com o EUA tem um menor impacto da IU no seu quotidiano. Em relação ao número de pensos utilizados por dia, nos doentes submetidos a colocação de EUA obteve-se uma média de 0,78 pensos/dia, enquanto que no grupo submetido a ATOMS obteve-se uma média de 2 pensos/dia, o que demonstra que o EUA está associado provavelmente a um maior grau de continência, apesar da subjetividade do parâmetro analisado.

Conclusão: De acordo com os dados obtidos, o EUA apresenta-se como uma opção associada a maior continência pós-cirúrgica e menor impacto na qualidade de vida quando comparado com

a utilização do ATOMS, devendo ter-se em consideração as várias limitações do presente estudo.

C 16

NEUROENDOCRINE TUMOURS OF THE BLADDER: 5-YEAR SINGLE CENTRE CASE REVIEW

António Pinheiro, Alberto Silva, Pepe Cardoso
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

Introduction & objectives: *The neuroendocrine (NE) tumours of the bladder are a rare type of bladder tumour accounting for 0.5-1% ofthe malignant tumours of the bladder. They can be further divided in four subtypes: small cell carcinoma (SmCC), large cell carcinoma (LCC), well differentiated neuroendocrine tumour (WDT) and paraganglioma. However due to its low incidence and prevalence there is little information regarding the best treatment options, follow up and prognosis factors. The prognosis is generally poorer.*

The objective in this work is to review the cases of NE tumours in our centre regarding particularly the histologic characterization, treatment options and compare clinical outcomes.

Materials & methods: *We conducted a retrospective study with data from January 2012 to January 2018 of the NE tumours diagnosed and followed up in our centre, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca EPE in Amadora, Portugal. The data was collected from our regional tumour database - ROR (Registo Oncológico Regional) and further complemented with a review of the clinical file and histologic tissue.*

The tumours were classified according to patient demographic and histologic characteristics, clinical features, staging, treatment options, follow up time and overall survival.

Results: *In this 5-year period 5 NE tumours were diagnosed. There were 4 male and only 1 female patients. The age of onset ranged from 61 to 82 years old with a mean age of 71.8 years.*

The main histologic subtype was SmCC accounting for 4 patients and WDT for 1 patient. There was a concomitant high grade urothelial carcinoma in half of the SmCC patients. Distant metastases were present at presentation in 2 patients and lymph node evolvement was documented in 2 patients.

The main clinical presentation was haematuria in 4 patients, other symptoms like obstructive symptoms, pain and consumptive were present in one of patient each.

The treatment options varied in this group of tumours: in 2 patients only palliative treatment was given, due to advanced disease (both were metastatic) and bad performance status. The other 3 received oncologic intent treatment: one with neoadjuvant chemotherapy (3 cycles of carboplatin + etoposide) followed by radical cystoprostatectomy, one with radical cystoprostatectomy alone and one with TUR-B alone.

The overall mortality was 60%, with mean overall survival of 3.66 months. The only histologic subtype in this group was SmCC and the cause of death was disease progression. The 2 patients alive have a mean follow up time of 6.5 months without evidence of local progression or distant metastases, in this group there is 1 WDT and 1 SmCC.

Comparing oncologic treatment options and outcomes in SmCC, cystoprostatectomy alone conferred a survival of 8 months followed by death, neoadjuvant chemotherapy followed by radical cystoprostatectomy conferred survival of 16 months, alive and in follow up.

Conclusions: *The NE tumours of the bladder are an aggressive type of tumour associated generally with a bad prognosis. There is little information in the literature regarding the best treatment options. Therefore, bigger case series and studies are needed.*

C 17

177LU-DOTATATE – A PROMISING STRATEGY FOR CASTRATION-RESISTANT NEUROENDOCRINE PROSTATE CANCER

João Pedroso Lima, Paulo Azinhais, Gracinda Costa, Edgar Tavares-da-Silva, Arnaldo Figueiredo
Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Medicina Nuclear do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introduction: *Neuroendocrine prostate cancer (NEPC) is a rare and aggressive tumor, that may present either as a de novo small cell carcinoma of the prostate or as a focal neuroendocrine differentiation mixed with adenocarcinoma. NEPC cells typically express lower levels of prostate specific antigen (PSA) and little androgen receptor expression, granting resistance to androgen deprivation therapy while presenting increased levels of classical neuroendocrine markers.*
There are currently 8 worldwide clinical trials on 177Lu-PSMA617 for castration-resistant prostate cancer (CR-PC). However, although FDA-approved for the treatment of other neuroendocrine tumors, radionuclide therapy (RnT) with 177Lu-DOTATATE is not yet approved for the treatment of castration--resistant NEPC. With five clinical trials currently measuring the benefits of this therapy in neuroendocrine tumors, there seems to be however no study on the efficacy of this treatment in NEPC.
Goals: *Our goal was to present our institution's patients who were submitted to RnT with 177Lu--DOTATATE for NEPC and determine its effects on progression free survival (PFS) and overall survival.*
Methods: *We searched our center's database for every patient with a prostate biopsy revealing a NEPC and who performed a PET/CT DOTA-NOC--Ga68. Of those, we followed them and evaluated the PFS.*
Results: *We identified 3 patients with CR-PC, clinically aggressive despite lowering levels of PSA. We measured NSE and chromogranin A in these patients and performed a PET/CT DOTA-NOC--Ga68 to identify lesions with higher expression of somatostatin receptors (SR), compatible with neuroendocrine differentiation. Following PET/CT results, we identified 2 patients with high expression of SR and proposed them for RnT with 177Lu-DOTATATE, after assuring their approval and consent.*
The first patient was an 80-year-old subject, with an adenocarcinoma of the prostate diagnosed 5 years earlier, with partial remission with androgen-deprivation therapy. He was hospitalized due to metastatic disease despite lower levels of PSA (0.96). At this point, NSE and chromogranin A were measured, revealing higher than normal values. A PET/CT DOTA-NOC-Ga68 revealed a neuroendocrine transdifferentiation of a prostate carcinoma, with high expression of SR. This patient completed 2 cycles of RnT, with improvement of self-reported quality of life measurements and without need to painkiller drug therapy, in the weeks following each cycle. Before the third cycle, however, there was a rapid clinical deterioration which resulted in the death of this subject.
The second subject we identified was a 71-year--old male, with a PSA of 10 at first consultation, with a petrous prostate at rectal examination. The biopsy revealed a bilateral neuroendocrine prostate carcinoma. PET/CT DOTA-NOC-Ga68 confirmed the small cell NEPC with high captation for somatostatin receptors and showed bone metastatic disease. He was afterwards proposed for treatment with 177Lu-DOTATATE. At the time of submission of this paper, he had completed his second cycle of treatment with dramatic improvements in self-reported quality of life.
Discussion/Conclusion: *Our results were in line with results shown in previous studies that aimed other neuroendocrine tumors, demonstrating RnT with 177Lu-DOTATATE as a promising therapeutic strategy in NEPC. It is our belief that soon, 177Lu-DOTATATE RnT will also be approved for all neuroendocrine tumors, including NEPC.*

C 18

A CULTURA MICROBIOLÓGICA NA NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA

Rita Fonseca, Inês Peyroteo, Filipe Lopes, Renato Mota, Pedro Monteiro, Artur Canhoto, Helder Monteiro
Hospital de Egas Moniz - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Introdução: As complicações infecciosas após nefrolitotomia percutânea (PCNL) podem acometer até um terço dos doentes. A prevenção das mesmas através da profilaxia antibiótica e a identificação precoce dos agentes microbiológicos envolvidos na sua génese favorecem a restrição no consumo de fármacos antibacterianos assim como um controlo precoce da situação clínica.

Na nefrolitotomia percutânea está recomendada a realização de antibioterapia profilática adequada ao padrão local de resistência a antimicrobianos. Uma urocultura pré-operatória estéril associa-se a menor risco de infecção após a intervenção cirúrgica. Na ausência de infecção urinária clinicamente relevante, uma urocultura pré-operatória positiva e o isolamento de bactéria no cálculo poderão condicionar a atitude terapêutica e favorecer a utilização de um regime de antibioterapia racionalizado por forma a minimizar o número de eventos infecciosos major no pós operatório (PNA, SRIS e sépsis).

Objetivos: Determinar se a realização de urocultura pré-operatória e/ou a cultura microbiológica do cálculo minimizam o número de eventos infecciosos após a realização de nefrolitotomia percutânea.

Material e métodos: Avaliação retrospectiva das PCNL realizadas no centro hospitalar, entre 1 de janeiro de 2016 e 31 de julho de 2018 com consulta dos registos clínicos electrónicos. Foi determinada a presença de factores de risco para infecção urinária, a antibioterapia prescrita no período peri-operatório, a presença de febre ou ITU clínica no período pós intervenção cirúrgica, a necessidade de ajuste antibiótico terapêutico e o isolamento de agente microbiano em produtos biológicos até 30 dias após a intervenção cirúrgica

Resultados: Foram realizadas 53 PCNL divididas em 2 grupos mediante a realização de urocultura pré-PCNL. Cerca de metade dos doentes realizaram urocultura prévia ao procedimento (Grupo I) dos quais 33,33% apresentaram isolamento de agente microbiológico (E. coli multissensível 33,33%). Nos doentes com urocultura positiva (grupo Ia), a antibioterapia instituída pré-cirurgia foi dirigida aos microrganismos isolados e nos doentes com urocultura negativa (Ib) foi prescrita apenas antibioterapia com intuito profilático. A análise microbiológica do cálculo urinário levou a ajuste deste regime antibiótico em apenas dois doentes (6,89%) apesar da ausência de critérios clínicos de ITU.

No grupo sem urocultura prévia (grupo II) houve necessidade de modificar a antibioterapia inicialmente prescrita, por critérios clínicos, em 25,00%. A cultura de cálculo foi colhida em 41,67% e foi positiva em 60,00% mas não foi determinante na modificação da prescrição antibiótica.

Verificou-se uma maior probabilidade de modificar a antibioterapia ($p<0.05$) assim como de isolar agente responsável por ITU no pós-operatório ($p=0,01$) nos doentes do grupo II.

Discussão/Conclusões: Os resultados apresentados demonstram a importância da realização de urocultura pré-PCNL. A implementação precoce e dirigida de terapêutica antibiótica permite uma melhor racionalização dos antibióticos existentes como verificado pela diferente taxa de infecção clinicamente relevante entre os dois grupos.

Nos doentes em que se realizou análise do cálculo urinário, a antibioterapia iniciada no período peri-operatório cobria os microrganismos identificados na grande maioria dos casos, pelo que a sua avaliação sistematizada poderá não ter tradução clínica significativa.

C 19

RESULTADOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CISTITE RÁDICA HEMORRÁGICA

Ana Marinho, Pedro Simões, Arnaldo Figueiredo
Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução/Objetivo: A radioterapia constitui uma opção terapêutica nas neoplasias pélvicas. A cistite rádica hemorrágica (CRH) constitui um dos seus efeitos adversos mais importantes devido à sua elevada morbilidade e mortalidade. Ainda que a utilização de técnicas conservadoras esteja atualmente indicada como terapêutica de primeira linha, a sua reduzida eficácia torna frequente a necessidade de técnicas invasivas para controlo hemostático.

Pretendeu-se analisar a eficiência em termos de sobrevivência de várias terapêuticas invasivas para hemóstase na CRH.

Material e métodos: Este estudo retrospetivo incluiu 81 doentes internados no Serviço de Urologia e Transplantação Renal entre janeiro de 2013 e dezembro de 2017 com o diagnóstico de CRH. A população era composta por 47 homens (58%) e 34 mulheres (42%). A idade média aquando da radioterapia foi de 61,5 anos (21-86), a idade média aquando da hematúria foi de 70,4 anos (44-90), a sobrevivência média após o aparecimento de hematúria foi de 37,9 meses e a taxa de mortalidade foi de 48,1%.

Verificou-se que 69,1% dos doentes foram submetidos a terapêutica invasiva (56 casos); 48,1% foram sujeitos a cirurgia endoscópica (39 casos); 44,4% a fulguração de vasos sangrantes vesicais (36 casos); 14,8% a formolização vesical (12 casos); 8,6% a embolização das artérias hipogástricas (7 casos) e 19,8% a cistectomia (16 casos). Foi necessário uma cirurgia urgente em 46,9% dos casos e re-intervenção cirúrgica em 14,8%.

Aplicou-se o teste de Mann-Whitney para comparar a sobrevivência dos doentes submetidos aos diversos procedimentos invasivos para hemóstase vesical.

Resultados: No que diz respeito à embolização das artérias hipogástricas, verificou-se não existir diferença na sobrevivência com este procedimento, sendo que os doentes a ele submetidos sobreviveram em média 26,4 meses comparativamente com 42,4 meses em doentes não sujeitos ao mesmo (p=0,085).

A cirurgia endoscópica, nomeadamente lavagens vesicais ativas com seringa e electrofulguração de vasos sangrantes, não aumentou a sobrevivência de forma estatisticamente significativa. No entanto, calculou-se uma sobrevida média de 44,2 meses neste grupo que foi superior àqueles não sujeitos a esta cirurgia (38 meses) (p=0,233). Particularizando, a electrofulguração de vasos sangrantes igualmente não interferiu de forma estatisticamente significativa na sobrevivência dos doentes, muito embora a sobrevida quando se realizou electrofulguração tenha sido superior (44,1 *vs* 38,52 meses; p=0,289).

A formolização vesical não beneficiou em termos de sobrevivência os doentes. Apesar da ausência de significância estatística, a sua execução correlacionou-se a menor sobrevida (37,21 *vs* 41,66 meses; p=0,545).

Por fim, a cistectomia aumentou a sobrevida, porém, a diferença não foi estatisticamente relevante. Nos doentes submetidos a cistectomia observou-se uma sobrevida média de 44,3 meses, ao passo que os casos não sujeitos a esta cirurgia contabilizaram 40,2 meses de sobrevivência (p=0,529).

Discussão/Conclusão: Concluiu-se que nenhum dos procedimentos invasivos se correlacionou de forma estatisticamente significativa com o incremento ou decréscimo de sobrevivência na CRH. Contudo, proceder a cirurgia endoscópica, nomeadamente a electrofulguração de vasos sangrantes, ou a cistectomia associou-se a maior sobrevida média. Constatou-se o inverso para a formolização e embolização vesicais. Consequentemente, em caso de necessidade de um tratamento invasivo, deve optar-se por um procedimento endoscópico ou cistectomia.

C 20

FATORES PREDITIVOS DE MORTALIDADE NA CISTITE RÁDICA HEMORRÁGICA

Ana Marinho, Pedro Simões, Arnaldo Figueiredo
Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução/Objetivos: A cistite rádica hemorrágica (CRH) é uma consequência da radioterapia realizada no tratamento de carcinomas pélvicos, apresentando considerável mortalidade. Os atuais tratamentos conservadores possuem uma eficiência limitada, mas evitam a morbilidade de procedimentos invasivos.

Pretendeu-se identificar fatores preditivos de mortalidade na CRH e casos em que tratamentos invasivos podem ser prescindíveis.

Material e métodos: Este estudo retrospetivo incluiu 81 doentes internados no Serviço de Urologia e Transplantação Renal entre janeiro de 2013 e dezembro de 2017 com o diagnóstico de CRH. A população era composta por 47 homens, tendo 44 sofrido de carcinoma da próstata; 97,5% foram submetidos a radioterapia pélvica externa e 11,1% a braquiterapia; a idade média na irradiação foi de 61,4 anos.

O tempo médio entre a radioterapia e a hamatúria foi de 106,6 meses; a idade média aquando da hematúria foi de 70,4 anos; recorreram em média 3 vezes à urgência. Observou-se em 63% dos casos hematúria com rebate hemodinâmico; 19,8% tomavam anticoagulantes e 25,9% antiagregantes.

Verificou-se rotura vesical em 13,6% dos doentes, 69,1% foram submetidos a terapêuticas invasivas e 46,9% a cirurgia urgente. O número médio de internamentos foi de 1,8 (máximo 7), sendo o seu tempo médio de 12,7 dias; 13,6% necessitaram de suporte aminérgico no internamento.

Aplicou-se uma regressão logística para estudar a relação entre variáveis independentes e a ocorrência de morte (M) e o teste *t-student* de amostras independentes para avaliar o impacto na sobrevivência das terapêuticas invasivas.

Resultados: O facto de a doença inicial corresponder a um carcinoma da próstata, do útero ou colorrectal; a idade do doente aquando da irradiação; bem como ter-se procedido a radioterapia pélvica externa ou braquiterapia não aumentaram o risco de M.

O tempo entre a radioterapia e o aparecimento de hematúria; o número de recorrências ao serviço de urgência por hematúria; a idade aquando do episódio inaugural; a presença de hematúria com rebate hemodinâmico ou com necessidade de transfusão; a coexistência de trombocitopenia ou distúrbios da hemostase e a prescrição de ácido aminocapróico não influenciaram a mortalidade. Por outro lado, a toma de anticoagulantes (B=-2,91; p=0,037; Exp(B)=0,054 (0,004-0,834)) e/ou antiagregantes (B=-3,848; p=0,033; Exp(B)=0,021 (0,001-0,739)) revelaram-se fatores preditivos.

O número de internamentos, o desenvolvimento de infecções urinárias no seu decurso, a presença de colite rádica ou clínica de uropatia obstrutiva, a ocorrência de rotura da bexiga, a necessidade de terapêutica invasiva ou de cirurgia urgente não se correlacionaram com M. Contudo, o tempo médio de internamento (B=-0,120; p=0,017; Exp(B)=0,886 (0,803-0,979)) e o recurso a suporte aminérgico durante o(s) mesmo(s) (B=-6,866; p=0,021; Exp(B)=0,001(0,000-0,361)) foram fatores preditivos.

Verificou-se que doentes submetidos a terapêuticas invasivas para hemóstase vesical não apresentaram aumento na sobrevivência com significância estatística (39,5 *vs* 34,6 meses; p=0,641).

Discussão/Conclusões: Concluiu-se que a toma de anticoagulantes e/ou antiagregantes e o recurso a suporte aminérgico no decurso do(s) internamento(s) se relacionaram a menor mortalidade. Constatou-se uma relação inversa entre o tempo médio de internamento e a mortalidade. As terapias invasivas não aumentaram a sobre-

vivência. Portanto, nos casos identificados como tendo menor risco de mortalidade pode-se protelar estes tratamentos.

C 21

BCGITE PENIANA COMO COMPLICAÇÃO DA IMUNOTERAPIA INTRAVESICAL

Vanessa Andrade, Pedro Baltazar, Rui Farinha, Luís Campos Pinheiro, André Lencastre
Centro Hospitalar Lisboa Central

Introdução: As neoplasias vesicais são uma patologia epidemiologicamente importante. O seu tratamento consiste essencialmente em cirurgia para ressecção do tumor e posteriormente, em alguns casos, terapêutica intravesical com Bacillus Calmette-Guérin (BCG), dada a diminuição do risco de recorrência e progressão da doença. Esta terapêutica pode associar-se a efeitos secundários raros, mas com morbilidade significativa.
Objetivo: Apresentação de um caso clínico de BCGite peniana iatrogénica no contexto de imunoterapia intravesical com BCG e realização de uma revisão bibliográfica sobre o tema.
Material e métodos: Relatamos um caso clínico de um doente com quadro de BCGite peniana. Para obtenção dos dados relevantes foi consultado o processo clínico bem como realizada entrevista ao doente com questões direccionadas. Foi realizada uma breve revisão literária com recurso à base de dados pubmed®.
Resultados/Caso clínico: Trata-se de um doente do sexo masculino, 67 anos, com rim único direito, submetido a uretrocistoscopia no contexto de quadro de hematúria que mostrou lesão plana e hiperemiada no fundo vesical. Foi submetido a RTU-V com ressecção da lesão supra-descrita e biópsias politópicas da bexiga, que anatomopatologicamente revelaram um carcinoma in situ. Iniciou imunoterapia intravesical com BCG apresentando múltiplos efeitos secundários, destacando-se o aparecimento de várias pápulas na superfície da glande na quarta instilação. Foi medicado com anti fúngico tópico e posteriormente com antibioterapia oral e corticóide tópico, porém, por manutenção das lesões, suspendeu imunoterapia e foi referenciado a consulta de dermatologia. A hipótese clínica de infecção genital iatrogénica pelo BCG foi corroborada pela identificação de balanite granulomatosa, no exame histopatológico da biópsia de uma das lesões. Foi referenciado para tratamento com anti-bacilares que realizou durante 6 meses, com resolução completa do quadro clínico.
Conclusão: Deve ser mantido um elevado nível de suspeição para infecção pelo BCG em todos os doentes submetidos a esta terapêutica intra-vesical e que apresentem uma lesão peniana. Uma falha no diagnóstico leva a aumento da morbilidade e atraso na terapêutica correcta. Dada a sua raridade, não existe um esquema terapêutico definido, ainda assim, tanto este caso como todos os já descritos na literatura, foram tratados com sucesso.

C 22

LAPAROSCOPIC ARTIFICIAL URINARY SPHINCTER IMPLANTATION IN WOMEN: UPDATE ON 13 YEARS EXPERIENCE IN A SINGLE CENTER

Pedro Costa, Carlos Ferreira, Damiano Bracchitta, Johann Ménard, Pierre-Émmanuel Bryckaert, Éric Mandron
Clinique do Pré - Le Mans, França Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho - Serviço de Urologia Unidade Local de Saúde de Matosinhos - Serviço de Urologia

Introduction: *Pure stress urinary incontinence (SUI) mainly affects women as a result of pregnancies with laborious delivery, obesity, and pelvic floor dysfunctions. The first therapeutic approach includes life-style interventions, pelvic floor muscle or bladder training. The second-line treatment usually its surgical. In cases of recurrent SUI after first surgical treatment or when clear intrinsic sphincteric insufficiency (ISD) is present, an implantation of an artificial urinary sphincter (AUS) is recommended.*

Aim: *to update the outcomes and analyze the safety of laparoscopic implantation of AUS in women with SUI due to ISD in a 13 year-long single center experience.*

Material/Methods: *74 women with SUI caused by ISD underwent a laparoscopic AUS implantation between 2005-18 in our center. Urodynamic assessment was required. The AUS was implanted by a transperitoneal laparoscopic approach to the Retzius space. The cuff was placed around the bladder neck between the periurethral fascia and the vagina. Postoperative functional outcome was defined as success (total continence), improvement (>50% decrease in number of leakages or in number of pads used), or failure (<50% improvement, persistent or increased leaking). A search on perioperative and long--term complications was also made.*

Results: *Patients' characteristics are summarized in table 1. Mean operative time was 120±40 min without any conversion to laparotomy. With a follow-up of 44.6±40 months (range: 1-149), 77,3% were totally continent and 18,2% reported improvement. One vaginal and one urethral perforation were the only intra-operative complications, both solved during surgery. Late complications included recurrent urinary infections (5,4%), urethral (4,1%) and vaginal erosion (2,7%), urgency urinary incontinence (2,7%). Reimplantation of AUS was performed in 13,5% due to mechanical failure (n=6), dislodgement of the AUS (n=3) and erosion (n=1). Permanent removal was performed in 10,8%.*

Conclusion: *To our knowledge, this is the largest series with the longest follow-up on female incontinent patients treated with laparoscopic AUS implantation, maintaing its safety, feasibility and effectiveness, with a very positive impact on the quality of life of these women.*

C 23

TRANSARTERIAL EMBOLIZATION OF RENAL HEMORRHAGE AFTER PARTIAL NEPHRECTOMY: AN EXPERIENCE OF A TERTIARY CENTER

João Carvalho, Pedro Nunes, Belmiro Parada, Hugo Antunes, Edgar Tavares-da-Silva, Mário Lourenço, Pedro Pissarra, Vítor Carvalheira, Paulo Donato, Arnaldo Figueiredo

Urology and Renal Transplantation Department, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Radiology Department, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra Serviço de Urologia, IPO-Coimbra

Introduction: *Nephron-sparing surgery is considered the standard treatment for small renal masses and postoperative hemorrhage is a complication that may occur in about 2%. The control of postoperative bleeding can be achieved by transarterial embolization of the renal vascular tree. However, literature is scarce in this minimally invasive technique approach.*

Objectives: *To describe and evaluate postoperative renal hemorrhagic episodes in patients referred for renal artery embolization following partial nephrectomy.*

Material & methods: *A total of 7 patients (all men; age: 63.0 ± 14.2 years) out of 456 patients, submitted to partial nephrectomy since November 2005 until December 2016, were referred to the Radiology Department of our hospital because of postoperative hemorrhage after partial nephrectomy: 5 were submitted to transperitoneal laparoscopic and 2 to open surgery. Patients data, angiographic details and outcome were retrospectively evaluated.*

Results: *All renal masses were single and incidentally found with a diameter of 4.0 ± 1.6 (1.6-6.0)cm: 3 in the right kidney, 4 in the left kidney, 2 in the upper pole, 2 in the lower pole, 2 mesorenal and 5 were exophytic. Partial nephrectomy duration of time was 150 ±16.0 [70-180] min, with few bleeding during the surgery. Surgicel was used in 5 patients, Floseal in 2 and Tachosyl in another 2 patients. Clamping time was 18 ± 6.4 (12-32) min. Pathology revealed 5*

pT1a and 2 pT1b lesions: 5 were clear cell carcinoma, 1 was a chromophobe renal carcinoma and 1 was an adenoma. Time to arterial embolization was 18.0 ± 8.8 (5-27) days mainly done at the second hospital admission. Embolization was selective (n=4) or superselective (n=3). The angiographic findings were: renal artery pseudoaneurysm (n=1), contrast extravasation (n=4) and arteriovenous fistula (n= 2). Platinum embolization coils and microcoils were used in 3 and in 2 patients, respectively. Polyvinyl alcohol foam embolization particles and microparticles were used in 1 and in 2 patients, respectively. In all cases, the right femoral artery was punctured using a Seldinger technique with a 5-Fr sheath under local anesthesia and all did an abdominal CT scan before the procedure. Only two cases needed a second embolization after 16 ± 7.1 days of the first embolization. One case developed a renal abscess, ending in a total nephrectomy. Three patients developed urinary tract infections treated with antibiotics. Serum creatinine values before and after embolization were 1.7 ± 0.4 and 1.5 ± 0.3 mg/dL respectively with no significant differences of serum hemoglobin before and after embolization (9.0 ± 0.64 vs 9.5 ± 0.9 g/dL). There were no more hemorrhagic recurrences during the follow-up time (45 ± 20.1 months).

Discussion/Conclusions: *Selective and superselective arterial embolization of renal bleeding is an efficient minimally invasive technique used in postoperative hemorrhage of partial nephrectomy, with no significant changing in serum creatinine and hemoglobin values.*

C 24

MARGENS POSITIVAS NAS NEFRECTOMIAS PARCIAIS – QUAL É O IMPACTO?

João Carvalho, Pedro Nunes, Roberto Jarimba, Edgar Tavares-da-Silva, Hugo Antunes, Belmiro Parada, Pedro Moreira, Edson Retroz, Rui Caetano, Vitor Sousa, Augusta Cipriano, Arnaldo Figueiredo

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

Introdução: O impacto das margens cirúrgicas positivas após uma nefrectomia parcial é controverso: alguns estudos mostram uma sobrevivência inferior enquanto outros não retratam tal associação.

Objetivos: Avaliar o impacto das margens positivas após nefrectomia parcial (NP), procurando fatores que as possam explicar.

Materiais e métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo dos doentes (n=456) submetidos a nefrectomia parcial (n=473 cirurgias) entre novembro de 2005 e dezembro de 2016 na nossa instituição. Foram criados 2 grupos: os grupos com margens positivas (grupo 1) e negativas (grupo 2). após nefrectomia parcial. Foi utilizado o *software SPSS Statistics*: testes t de *student* amostras independentes, qui-quadrado, regressão logística e *log-rank*. Foi admitido como estatisticamente significativo o valor de $p<0.05$.

Resultados: A taxa de margens positivas foi de 4.7% (n=21). A idade aquando da cirurgia foi de 61.8±13.0 anos [20-88], com predomínio do sexo masculino (n=303; 64.1%). Os doentes do grupo 1 eram primordialmente assintomáticos antes da cirurgia (93.4% *vs* 86.3%; p:0.005). O tamanho da lesão média era de 3.5±1.8 [0,8-14,7]cm surgindo principalmente à esquerda (51.6%), indiferente entre grupos. Os doentes do grupo 1 tiveram um maior número de lesões bilaterais (19.4% *vs* 4.2%) e multifocais (22.6% *vs* 7.9%), $p<0.001$. Verificou-se um maior número de margens positivas quando a indicação da cirurgia era imperativa [7,1% *vs* 3,3%, $p<0.001$].

A localização e posição do tumor, a invasão do excretor, a experiência do cirurgião (admitida como a realização de mais de 30 nefrectomias parciais), o tipo de abordagem cirúrgica e a presença de complicações, o tempo de clampagem, e outros achados anatomopatológicos não tiveram influência no surgimento de margens positivas. Verificou-se um predomínio de tumores de células claras (34.4 *vs* 41.1%), cromófobo (25.8% *vs* 15.8%) e oncocitoma (16.1 *vs* 5.8%), p<0.001. Não se verificou um maior número de dias de internamento. O valor da creatinina sérica imediatamente antes da NP era diferente [1.1 ±0.5 *vs* 0.9 ±0.3 mg/dL, p:0.004] bem como após a cirurgia [1.4±0.7 *vs* 1.1±0.5 mg/dL, p<0.001]. Contudo, na regressão multivariada, nenhum fator é considerado preditivo de margens positivas.

A totalização da nefrectomia foi necessária em 11.8% (n=11) *vs* 2.4% (n=9), p<0.001. Verificou-se cura em 91.4 % no grupo 1 *vs* 97.1% no grupo 2. Não se verificou uma maior recidiva local nos doentes do grupo 1, embora a taxa de metastização tenha sido maior [7.5% *vs* 1.8%, p NS].

A taxa de morte e sobrevivência não foram diferentes entre os 2 grupos.

Discussão/Conclusões: A presença de margens positivas está associada à presença de lesões multifocais e bilaterais, não tendo impacto na sobrevivência dos doentes.

C 25

VELHO PARA UMA BIÓPSIA PROSTÁTICA?

João Carvalho, Pedro Nunes, João Pedroso Lima, Rui Caetano, Edgar Tavares-da-Silva, Hugo Antunes, Belmiro Parada, Vítor Sousa, Maria Augusta Cipriano, Arnaldo Figueiredo

Serviço de Urologia e Transplantação Renal, CHUC, Serviço de Anatomia Patológica, CHUC

Introdução: O tumor da próstata é o segundo mais diagnosticado no homem, verificando-se uma prevalência crescente em autópsias (59% em idades superiores a 79 anos). O risco de desenvolver doença clinica é de 10-20%, pelo que a biopsia deverá ser ponderada em doentes idosos.

Objetivos: Avaliar retrospectivamente os resultados dos doentes que foram submetidos a biópsia prostática com idade igual ou superiror a 75 anos na nossa instituição.

Materiais e métodos: Foram avaliados retrospectivamente os registos de doentes submetidos a biópsias prostáticas entre janeiro de 2010 e dezembro de 2017. Foram criados 2 grupos: doentes com idade entre 75 e 79 anos (grupo 1 - idosos) e maior ou igual a 80 anos (grupo 2 – grandes idosos). Foi utilizado o *software SPSS Statistics* 22.0 e admitido como estatisticamente significativo p<0.05.

Resultados: De 2700 biópsias, foram incluídos 363 (13.4%) com biopsias com tumor da próstata e idade igual ou superior a 75 anos. A idade média ao diagnóstico foi de 79.0 ± 3.4 (75-91) anos. O grupo 1 incluiu 232 (63.9%) dooentes e o grupo 2 incluiu 131 (36.1%) doentes, sendo que apenas 29 (8%) tinha idade maior ou igual a 85 anos. Os doentes do grupo 1 tinham predominantemente PSA iniciais inferiores a 10 ng/mL (54.5%; PSA mediano: 9.2 ± 226.2 ng/mL) e os do grupo 2 superiores a 20 ng/mL (43.3%; PSA mediano: 16.5 ± 287.0 ng/mL) p<0.001.

O exame anatomopatológico revelou predomínio de ISUP 2 (38.4% *versus* 32.1%), ISUP 1 (27.6% *versus* 16.8%) e ISUP 4-5 (13.8% *vs* 31.3%), p<0.001. Verificou-se invasão de ambos os lobos (51.7% *vs* 67.9%, p:0.003), invasão vascular (7.8% *vs* 19.1%, p:0.003) e linfática (6.5 % *vs* 13.0 %; p:0.05)

Relativamente ao tratamento inicial, realizou-se: hormonoterapia clássica (67.6% *vs* 87.1%), radioterapia radical (17.7% *vs* 0.8%), *watchful waiting* (6.9 *vs* 6.1%), prostatectomia radical (4.3% *vs* 0%), quimioterapia (2.2% *vs* 3.8%), braquiterapia (1.3% *vs* 0.8%) e hormonoterapia de nova geração (0% *vs* 1.5%), p<0.001. Verificou-se metastização em 16.8% (n=61) 14.3 ± 21.0 [0-90.5] meses após diagnóstico: 15.4%

óssea, 5.8 % ganglionar e 2.5% visceral.
O último PSA foi de 36.5 ± 143.6 [0,01-1467.3] ng/mL. Cerca de 31.4% (n=114) faleceu (24.6% *vs* 43.5%, p<0.001). Os doentes do grupo 1 viveram durante 77.4±2.8 *vs* 62.3 ± 3.7 meses do grupo 2 após o diagnóstico de tumor da próstata, p<0.001.
Na análise univariada, verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre morte e: PSA inicial, várias varáveis anatomopatológicas, tratamento inicial, metastização, internamentos e vindas ao Serviço de Urgência, p<0.05. Contudo, aquando da análise multivariada, apenas a idade aquando da biopsia demonstrou associação estatisticamente significativa (p=0.03).
Discussão/Conclusão: A biópsia prostática é realizada nos grandes idosos predominantemente quando o PSA inicial é mais elevado, verificando-se histologia mais agressiva com maior invasão de ambos os lobos e linfovascular. Contudo, o fator limitante da sobrevivência é apenas a idade aquando da biópsia.

C 26

TRIFECTA NA NEFRECTOMIA PARCIAL: SERÁ IMPORTANTE?

João Carvalho, Pedro Nunes, Roberto Jarimba, Edgar Tavares-da-Silva, Hugo Antunes, Belmiro Parada, Pedro Moreira, Edson Retroz, Rui Caetano, Vitor Sousa, Augusta Cipriano, Arnaldo Figueiredo
Serviço de Urologia e Transplantação Renal, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O conceito de TRIFECTA é definido pela combinação de um tempo de isquémia quente inferior a 25 minutos, margens cirúrgicas negativas e sem complicações perioperatórias, pelo que permite avaliar a segurança oncológica e funcional da nefrectomia parcial.
Objetivos: Avaliar o impacto do TRIFECTA nos doentes submetidos a nefrectomia parcial na nossa instituição.
Materiais e métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo dos doentes (n=456) submetidos a nefrectomia parcial (n=473 cirurgias) entre novembro de 2005 e dezembro de 2016. Foram criados 2 grupos: o grupo que respeitava o conceito TRIFECTA (grupo 1) e o que não respeitava (grupo 2). Foi utilizado o *software SPSS Statistics*: testes t de *student* amostras independentes, qui-quadrado, regressão logística e *log-rank*. Foi admitido como estatisticamente significativo o valor de p<0.05.
Resultados: O número de doentes do grupo 1 era 370 (78.2%) *vs* 103 (21.8%). A idade aquando da cirurgia foi diferente (60.1±13.5 *vs* 64.5±11.5 anos, p<0.001), com predomínio do sexo masculino (64.1%).
As lesões dos doentes eram bilaterais (grupo 1: 4.8% *vs* grupo 2: 11% ,p:0.02), multifocais (grupo 1: 8.2% *vs* grupo 2: 14.8%, p:0.03) e invadiam o excretor em 12.7% (grupo 1) e 23.6% (grupo 2), p:0.002. Os doentes do grupo 1 tiveram cirurgias menos demoradas (114.4±40.9 *vs* 131.7 ± 47.1 minutos) e estiveram internados durante menos tempo (4.4 ± 1.9 *vs* 7.6 ±8.5 dias, p<0.001).
Verificou-se que o tempo de isquémia quente foi diferente entre grupos (16.8±4.8 *vs* 20.9±7.2 minutos), p<0.001. Usar uma técnica sem clampagem não teve influência em respeitar ou não o TRIFECTA.
O valor da creatinina sérica anterior à nefrectomia parcial foi diferente (grupo 1: 0.9±0.3 *vs* 1.0±0.4 mg/dL) bem como após a cirurgia (1.0±0.4 *vs* 1.3±0.7 mg/dL, p<0.001).
Não houve diferença na taxa de remissão completa bem como na recidiva local entre grupos (taxa global de remissão completa - 96%). A metastização foi diferente entre grupos (1.4% *vs* 5.5%, p:0.02).
Não se verificou associação estatística entre outras variáveis clinicas, imagiológicas, cirúrgicas, como a experiência do cirurgião, e anatomopatológicas, no respeitar ou não a combinação TRIFECTA.
A taxa de morte foi diferente entre grupos (6.9

% *vs* 12.6%, p:0.05). Os doentes do grupo 1 sobreviveram durante 140.8±36.4 meses *vs* 126.4±30.6 meses, x2(1)=6.8, p:0.009.

Discussão/Conclusões: A combinação TRIFECTA foi menos conseguida principalmente quando as lesões eram multifocais, bilaterais e invasoras do excretor. Está associada a menores tempos operatórios, internamentos mais curtos, melhor função renal e a melhor sobrevivência após a cirurgia.

C 27

LAPAROSCOPIC CONTINENT URINARY DIVERSION: PRELIMINARY EXPERIENCE IN NEUROGENIC PATIENTS AND ITS IMPACT ON QUALITY OF LIFE

Pedro Costa, Carlos Ferreira, Pierre-Émmanuel Bryckaert
Clinique du Pré, Le Mans, França Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho - Serviço de Urologia Unidade Local de Saúde de Matosinhos - Serviço de Urologia

Introduction: *Urinary dysfunction is a common feature secondary to spinal chord injury, and have a significant negative impact on the health status and quality of life (QoL) of these patients. Intermittent self-catheterization is a common solution, however, urethral meatus' location is frequently itself a limitation for this technique. The creation of an easily accessible way for self-catheterization can increase autonomy and, subsequently, QoL.*

Aim: *To report our preliminary experience with laparoscopic continent urinary diversion in adult patients with neurogenic bladder caused by spinal cord injury.*

Methods: *From January 2014 to March 2017, 8 patients were submitted to a laparoscopic continent urinary diversion (6 with an appendicovesicostomy under Mitrofanoff procedure and 2 with an ileovesicostomy under Yang-Monti's). Clinical indications were patients with difficulties to access urethral meatus, secondary to its motor disability (3 paraplegic patients, 4 tetraplegic after surgical rehabilitation of the upper limb and 1 with dysraphism) but with proper dexterity. Before surgery, bladder emptying was obtained by hetero-catheterization (5), self-catheterization with need of transferring (2), stimulation by Brindley technique (1). Only one patient was submitted to a concomitant augmentation enterocystoplasty (detrusorian hyperactivity refractory to medical treatment).*

Results: *The mean follow-up period was 21.5±11,9 months.In 7 patients, stoma was positioned in umbilicus, and 1 in right iliac fossa. There was no conversion to laparotomy and none early postoperative complication. Continence rate was 67,5% (1 month), and 100% (12 months) - 3 patients needed a mid-urethral sling (at average 6th month post-op) to manage a stress urinary incontinence, and 2 needed increased dose of anti-cholinergics to control its detrusorian hyperactivity. Other late postoperative complications were: 6 stoma stenosis (1 needing surgical revision and the others solved with a stopper) and 1 bladder stone (solved by endoscopic approach).*

Conclusions: *This series shows that laparoscopic approach for continent urinary diversions is feasible and safe in adult patients with neurogenic bladder, maintaining its positive impact on autonomization (catheterization autonomous and with increased frequency, less daily transfers) and subsequently on QoL.*

C 28

SEGURANÇA DA TERAPÊUTICA DIRIGIDA COM RÁDIO-223 NO CARCINOMA DA PRÓSTATA METASTIZADO RESISTENTE À CASTRAÇÃO

Ana Marinho[1], Pedro Simões[1], Gracinda Costa[2], Álvaro Brandão[1], Belmiro Parada[1], Paulo Azinhais[1], Pedro Nunes[1], Vitor Dias[1], Arnaldo Figueiredo[1]
[1]Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, [2]Serviço de Medicina Nuclear do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução/Objetivo: A maioria dos casos de carcinoma de próstata resistente à castração (CPRC) evolui com metastização óssea. Exis-

tem novas opções de tratamento para o CPRC metastizado, incluindo o dicloreto de Rádio-223 (Ra-223). A FDA aprovou o seu uso em casos de CPRC com metástases ósseas sintomáticas, sem metástases viscerais, em maio de 2013.

Pretende-se analisar a segurança e eficiência do tratamento com Ra-223 no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra nos últimos 3 anos.

Material e métodos: Procedeu-se ao estudo retrospetivo de 18 indivíduos aos quais foi aprovada a terapêutica com Ra-223 entre fevereiro de 2015 e fevereiro de 2018.

A idade média aquando do diagnóstico de carcinoma da próstata foi de 66,3 anos; a idade média, a fosfatase alcalina (FA) e o PSA no início do Ra-223 foi de 72 anos (40-86), 286,2 U/L e 162,7 ng/mL, respectivamente. Tinham realizado quimioterapia prévia 10 doentes.

Foram analisadas as reações adversas ao radiofármaco (RAM), bem como os seguintes parâmetros de avaliação da eficiência: redução da dor, ocorrência de eventos esquéticos agudos e a cinética da FA e do PSA.

Resultados: Foram aprovados 18 doentes para iniciar o tratamento com Ra-223. Contudo, um faleceu enquanto aguardava a autorização. Por outro lado, dois doentes completaram apenas 1 ciclo, encontrando-se ainda sob tratamento mensal. Verificou-se um incremento progressivo no número de casos referenciados ao tratamento, sendo que em 2017 foram incluídos 60% dos doentes em análise.

Observou-se que 7 doentes não completaram os 6 ciclos: dois faleceram, em três ocorreu progressão da doença, um indivíduo sofreu um evento esquelético agudo e, por fim, foi apenas identificada uma RAM de grau 4 que motivou a suspensão do radiofármaco (hemorragia digestiva alta com necessidade de suporte transfusional e internamento devido a trombocitopenia (22 G/L).

Em nenhum doente se verificou qualquer intercorrência imediata, local ou sistémica, após a administração do Ra-223. Não houve registo de toxicidade gastrointestinal de grau 3 ou 4, sendo que as RAM que afectaram este sistema foram clinicamente irrelevantes. Apesar da maioria das RAM hematológicas corresponder a alterações assintomáticas no hemograma, calculou-se que 13,3% dos indivíduos apresentaram hematotoxicidade de grau 3 ou 4.

Observou-se melhoria da dor e, consequentemente, da qualidade de vida em 66,7% dos casos, muito embora em 20% houvesse deterioração do estado geral nos últimos ciclos. Ocorreu decréscimo no doseamento do PSA em 40% dos casos, enquanto que a redução da FA aconteceu em 73%. Contabilizaram-se 2 casos (13,3%) de eventos esqueléticos agudos, um caso de compressão da espinhal medula e outro de fractura patológica de uma vértebra.

Discussão/Conclusão: Apesar de 15 doentes terem iniciado o Ra-223, apenas 53% receberam o esquema total de 6 doses. A principal razão para não o completar foi a progressão da doença ou morte, pelo que seria importante avaliar o resultado do início deste tratamento num estadio mais precoce da doença.

O benefício na sobrevida global com o Ra-223 está descrito. A nossa experiência clínica demonstrou que resultou em melhoria da qualidade de vida na maioria dos casos e os eventos adversos foram desprezíveis.

C 29

FATORES PREDITIVOS DE RE-INTERVENÇÃO CIRÚRGICA POR COMPLICAÇÃO VASCULAR NO PRIMEIRO MÊS APÓS O TRANSPLANTE RENAL

Ana Marinho, António Roseiro, Belmiro Parada, Carlos Alberto Bastos, Francisco Rolo, Lorenzo Marconi, Pedro Moreira, Pedro Nunes, Pedro Simões, Vitor Dias, Arnaldo Figueiredo

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

Introdução/Objetivo: O transplante é o tratamento de eleição na doença renal crónica em estadio terminal. As complicações vasculares são uma das causas de transplantectomia precoce.

Pretendeu-se determinar fatores preditivos de re-intervenção cirúrgica por complicação vascular (ReCCV) no primeiro mês após o transplante renal.

Material e métodos: Este estudo retrospetivo incluiu 764 transplantes realizados entre junho de 2011 e junho de 2017 no Serviço de Urologia e Transplantação Renal.

A população era composta por 70,4% de homens; 13,4% de indivíduos com obesidade (IMC>30 Kg/m²); 35,6% com excesso de peso (25 ≤ IMC ≤30); 77,9% com hipertensão arterial (HTA); 12,7% com diabetes mellitus (DM); 13,4% com dislipidemia; 5,6% com doença arterial periférica; 10,1% com antecedente trombótico. Verificou-se que 44 doentes tinham história de transplante prévio e a idade média do receptor foi de 50,3 anos.

Recorreu-se a dador cadáver em 97,4% dos casos e a dador marginal em 78,1%. O transplante foi realizado na fossa ilíaca esquerda em 6,2% dos casos; a duração média da cirurgia foi de 130,7 minutos; em 47% dos casos a anastomose arterial foi realizada à artéria ilíaca externa e o tempo médio de isquémia fria foi de 1071,6 minutos.

Aplicou-se uma regressão logística para investigar a relação entre variáveis independentes e a ocorrência de ReCCV.

Resultados: Contabilizaram-se 49 casos de ReCCV, correspondendo a 6,4% do total dos transplantes realizados. Efetuaram-se 29 transplantectomias nos primeiros 3 meses após o transplante, sendo a etiologia em 72,4% dos casos uma complicação vascular.

Quanto ao receptor, verificou-se que o sexo masculino, a sua idade, o antecedente de transplante prévio ou comorbilidades como obesidade, excesso de peso, DM, HTA, dislipidemia, doença arterial periférica ou história de episódio trombótico não se associaram a ReCCV.

Explorando características do dador, observou-se que a sua idade, o recurso a dador marginal ou cadáver não foram fatores preditivos.

Quanto a variáveis relativas ao transplante, a colocação do enxerto na fossa ilíaca esquerda, o uso do rim direito como enxerto, a presença de artérias múltiplas no mesmo, a realização da cirurgia pela madrugada, a necessidade de transfusão, a realização da anastomose venosa à veia ilíaca comum ou externa, o tempo de isquémia fria, a pressão venosa central e a pressão arterial sistólica ou diastólica na desclampagem não foram fatores preditivos. Por outro lado, a anastomose à artéria ilíaca externa reduziu o risco de ReCCV (B=-1,816; p=0,038; Exp(B)=0,163 (0,029-0,906)), enquanto que a realização à ilíaca comum elevou esta probabilidade (B=2,277; p=0,011; Exp(B)=9,747 (1,676-56,685)). Outro fator preditivo foi o tempo de cirurgia, tendo-se identificado a sua relação direta com a necessidade de ReCCV (B=0,007; p=0,038; Exp(B)=1,007 (1,000-1,014)).

Discussão/Conclusões: Concluiu-se que o vaso ao qual se elaborou a anastomose arterial é um fator preditivo de ReCCV, sendo que a realização à artéria ilíaca externa diminuiu o risco e à ilíaca comum revelou resultado oposto. O aumento do tempo cirúrgico incrementou a probabilidade de ReCCV. Averiguou-se que a principal causa de transplantectomia nos primeiros 3 meses após o transplante é uma complicação vascular. Por conseguinte, a redução de ReCCV poderá evitar a perda precoce de enxertos renais.

C 30

COMPLICAÇÕES UROLÓGICAS APÓS RADIOTERAPIA PÉLVICA

Diogo Pereira, Raquel Catarino, Carlos Ferreira, Tiago Correia, André Cardoso, Frederico Carmo Reis, Manuel Cerqueira, Rui Prisco
ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

Introdução: A radioterapia (RT) é uma opção terapêutica em diversas neoplasias pélvicas, podendo ser usada com intuito curativo, adjuvante ou de salvação. As técnicas de radioterapia

pélvica foram melhoradas ao longo dos anos de forma a minimizar a exposição dos órgãos sãos à radiação, no entanto, as complicações urológicas são um motivo de internamento relativamente comum.

Objetivo: Avaliar o impacto dos internamentos relacionados com complicações urológicas após radioterapia pélvica num Serviço de Urologia.

Material e métodos: Foram analisados retrospetivamente todos os internamentos de 2015 e 2016 no Serviço de Urologia do Hospital Pedro Hispano. Foram identificados todos os doentes internados por complicações associadas à radioterapia pélvica e analisadas diferentes variáveis clínicas relativamente a estes internamentos.

Resultados: Cerca de 4,2% dos internamentos no nosso serviço deveram-se a complicações pós-RT. A maioria das admissões foram a partir do Serviço de Urgência. Quarenta e dois doentes contribuíram para um total de 86 episódios de internamento, sendo que 54,8% foram submetidos a RT por neoplasia da próstata. As complicações mais comuns foram uropatia obstrutiva e cistite rádica, sendo que em 70,9% dos episódios, os doentes necessitaram de ser submetidos a intervenção cirúrgica.

Conclusões: A RT tem um papel bem definido e eficaz no tratamento de neoplasias de órgãos pélvicos. No entanto, as complicações urológicas podem ser bastante debilitantes para os doentes, muitos deles com necessidade de internamento, acarretando custos elevados.

C 31

ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY (ERAS) PARA CISTECTOMIA RADICAL – ANÁLISE RETROSPECTIVA E CRIAÇÃO DE UM PROTOCOLO PARA O HOSPITAL DE EGAS MONIZ

Peyroteo, I, Vilela de Matos, L., Fonseca, Rita, Alpoim Lopes, F., Mota, R., Dinis, P., Covita, A., Monteiro, P., Canhoto, A., Nogueira, R., Monteiro, H.
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - Hospital de Egas Moniz

Introdução: A cistectomia radical mantém-se o tratamento de eleição nos tumores músculo invasivos da bexiga. Pelo seu elevado grau de complexidade, está associada a tempos de recuperação elevados e a uma elevada probabilidade de complicações pós-operatórias.

A morbilidade pós-operatória atinge os 20-50% mesmo em centros de alto volume, sendo que dois terços dos eventos ocorrem nos primeiros 30 dias.

Os protocolos ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*) são programas multimodais desenvolvidos com o objetivo de reduzir o tempo de recuperação e as complicações pós-operatórias através da uniformização dos cuidados prestados. Estão actualmente validados para a quase totalidade da cirurgia pélvica, embora sejam raros os serviços cirúrgicos que os integram na sua actividade diária.

Objetivo: Análise do padrão de actuação nos últimos 5 anos nos doentes submetidos a cistectomia radical para implementação de um protocolo ERAS para cistectomia radical no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), E.P.E.

Material e métodos: Estudo retrospectivo descritivo de 5 anos, com análise estatística das variáveis visadas nos protocolos ERAS (tempo médio de internamento, complicações peri-operatórias de acordo com classificação Clavien-Dindo, tempo de jejum pré e pós-operatório, tempo de ileus pós-operatório e tempo de permanência em Unidade de Cuidados Intensivos).

Resultados: Identificaram-se 45 doentes sub-

metidos a cistectomia radical desde janeiro de 2012 a junho de 2018 e 9 foram excluídos desta análise por indisponibilidade do processo clínico. A média de internamento foi 21,6 dias, sendo que 58,3% apresentou complicações no pós-operatório, tendo ocorrido 77% dos eventos nos primeiros 30 dias. A complicação mais frequente foi a infecção do tracto urinário (30,3%), seguida da infecção da ferida cirúrgica (24,12%). Segundo a classificação de Clavien-Dindo, a maioria das complicações foi grau II (31,43%), com necessidade de antibioterapia. Dos parâmetros peri-anestésicos avaliados, todos cumpriram jejum superior a 8h e apenas 13,8% iniciou antibioterapia em tempo adequado (entre 30 a 60 minutos antes da incisão).

A introdução da alimentação oral foi, em média, ao 4º dia de pós-operatório, com restabelecimento do trânsito intestinal ao 5º dia de pós-operatório e o primeiro levante ao 5º dia de pós-operatório.

Discussão/Conclusões: Estes resultados demonstram uma dificuldade na avaliação estandardizada dos cuidados peri-operatórios do doente cistectomizado; o tempo de internamento é superior ao preconizado nos protocolos ERAS, sendo o factor determinante o atraso no ganho de autonomia em relação ao estoma. Dada a casuística reduzida desta instituição, justifica-se a criação e implementação do protocolo ERAS, com destaque para os parâmetros com piores resultados na nossa série (tempo de jejum pré-operatório, profilaxia antibiótica, início da alimentação e atraso no ensino dos cuidados com o estoma). Assim, a nível pré-operatório o principal foco foi a redução do tempo de jejum e a uniformização da profilaxia antibiótica; intra-operatoriamente deu-se particular destaque à regulação da fluidoterapia; no pós-operatório o objetivo foi a recuperação rápida do trânsito intestinal através da introdução da alimentação ao 1º dia após estabilização de via aérea espontânea bem como a deambulação precoce. Como objetivo futuro, pretende-se avaliar o impacto da implementação deste protocolo ERAS na recuperação após cistectomia radical no CHLO.

C 32

FIXAÇÃO APICAL AO LIGAMENTO SACROESPINHOSO COM REDE TRANSVAGINAL – TÉCNICA EFICAZ E SEGURA PARA TRATAMENTO DE PROLAPSO DE ÓRGÃO PÉLVICO?

Mariana Medeiros, Frederico Ferronha, Luís Campos Pinheiro, Hugo Pinheiro, Francisco Fernandes, Thiago Guimarães, Vanessa Andrade, Gil Falcão, Pedro Baltazar, Rui Bernardino
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

O Prolapso de Órgão Pélvico (POP) é uma doença prevalente no sexo feminino, que afeta aproximadamente 1 em cada 9 mulheres.

O Consenso recente da Associação Europeia de Urologia com a Associação Europeia de Uroginecologia, definiu que o uso de redes por via vaginal no tratamento do POP deve ser restrito a casos complexos, somente após aconselhamento do doente e por cirurgiões com experiência cirúrgica.

O objetivo deste trabalho consiste em avaliar a eficácia e complicações da cura do POP com colocação de rede de polipropileno por via vaginal e fixação bilateral ao ligamento sacroespinhoso.

Foram estudadas retrospetivamente 51 doentes submetidas a cura POP com rede por via vaginal no Centro Hospitalar de Lisboa Central entre 1 de janeiro de 2014 a 1 de janeiro de 2018 e destas, 26 foram submetidas a colocação de rede com fixação bilateral ao ligamento sacroespinhoso. O grau de satisfação das doentes foi auferido numa escala de 0 a 10, por contacto telefónico.

As doentes apresentavam idades compreendidas entre os 56 e 86 anos (média 72 anos aproximadamente). Do grupo de doentes submetidas a cura de POP com rede transvaginal e fixação ao ligamento sacroespinhoso, 9 (34,6%) tinham história conhecida de histerectomia total prévia e 6 já tinham sido submetidas a uma cirurgia de correção de prolapso de órgão pélvico pre-

viamente (23,1%). Verificou-se ainda recorrência da doença em 7 doentes (28%), no entanto sem necessidade de correção cirúrgica.
Das complicações precoces, foi registado um caso de infeção urinária numa doente com colocação de rede com fixação ao sacroespinhoso que foi tratada com antibioterapia sem intercorrências. Não existiram complicações tardias relacionadas com a rede.
95% das doentes mostraram-se satisfeitas com a cirurgia e o grau de satisfação foi em média de 8,45. Contudo, não foi observada diferença estatisticamente significativa no grau de satisfação comparativamente com o grupo de doentes submetidas a cura de POP com rede transvaginal sem fixação ao ligamento sacroespinhoso.
De acordo com os nossos resultados o uso por via vaginal de rede de polipropileno com fixação bilateral ao ligamento sacroespinhoso é eficaz e apresenta uma alta taxa de satisfação, tratando-se de uma cirurgia segura com reduzida taxa de complicações.

C 33

3+4=4+3? A SUA ABORDAGEM E O IMPACTO NA SOBREVIVÊNCIA. RESULTADOS PRELIMINARES DO REGISTO ONCOLÓGICO REGIONAL DO SUL (ROR-SUL)

Nuno Ramos, Rodrigo Murteira, Patrícia Soares, Catarina Ramos, Fábio Borges, Ana Miranda
Hospital Garcia de Orta Registo Oncológico Regional do Sul (ROR-Sul)

Introdução: O carcinoma da próstata (CaP) é a neoplasia sólida mais comum do sexo masculino. A sua abordagem evoluiu ao longo dos anos, contudo, a biópsia da próstata continua a ser a base do diagnóstico definitivo. O *Score* de Gleason (SG) é um elemento fundamental na classificação do CaP, com particular importância na decisão terapêutica. No entanto, os doentes com SG 7 apresentam um prognóstico heterogéneo, estando dependente da predominância do padrão histológico 4. A criação de grupos de prognóstico (de 1 a 5) pretende estratificar e uniformizar o risco dos doentes, porém, o real impacto na sobrevivência não é claro.
Objetivos: O objetivo deste estudo foi avaliar as características clínicas, a abordagem terapêutica e o impacto na sobrevivência global dos doentes com carcinoma da próstata SG 3+4 e SG 4+3.
Métodos: Foi elaborado um estudo de coorte histórico de base populacional considerando todos os doentes com idade ≥18 anos, residentes na área de influência do Registo Oncológico Regional Sul (ROR-Sul) e diagnosticados com CaP GS 7 (3+4 ou 4+3) durante o primeiro semestre de 2014.
Foram avaliadas as características demográficas e clínicas, assim como o impacto na sobrevivência global. Os doentes foram acompanhados até a morte ou data de último contacto. A sobrevivência global foi avaliada através do método de Kaplan-Meier.
Resultados: Foram analisados um total de 442 doentes: 274 (62%) apresentavam ao diagnóstico um SG 3+4 e 168 (38%) um SG 4+3. A mediana de *follow-up* foi de 3.3 anos e o *follow-up* foi completo para 94.0% dos doentes.
Em ambos os grupos, a mediana de idade foi de 68 anos e a maioria dos doentes apresentou doença no estadio cT2 (47.1% no SG 3+4 e 49.4 % no SG 4+3). A doença metastática ao diagnóstico foi mais frequente no grupo de doentes com SG 4+3 (10.1%) do que nos doentes com SG 3+4 (1.8%.).
Em relação ao valor do PSA pré-biópsia, este foi inferior a 10ng/mL em 45.6% dos doentes com SG 3+4 e 38.7% nos doentes com SG 4+3, e superior a 20ng/mL em 12% e 27.4%, respetivamente.
Relativamente à abordagem terapêutica, nos doentes com SG 3+4 a Prostatectomia Radical foi realizada em 32.1% e a Radioterapia Externa em 23.7%, tendo os doentes com SG 4+3 realizado esses procedimentos em 22.6% e 32.7%, respetivamente.
A sobrevivência global aos 3 anos foi de 89.5% para o grupo de doentes com SG 3+4 e 86.0% para SG 4+3 (p=0.14).

Conclusões: Os nossos resultados preliminares revelam que o padrão de SG 3+4 é mais prevalente que o padrão de SG 4+3 e que este grupo de doentes apresenta PSA inicial e um número de casos metastáticos superior face aos doentes com SG 3+4. Apesar disso, não se observaram diferenças estatísticas na sobrevivência global dos doentes.

C 34

HERPES ZOSTER APÓS NEUROMODULAÇÃO DE RAÍZES SAGRADAS: UMA COMPLICAÇÃO RARA

Carolina Borges da Ponte, Ricardo Pereira e Silva, Afonso Castro, Paulo Pé-Leve, João Almeida, Pedro Oliveira, José Palma dos Reis, Tomé Lopes
Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução: A cirurgia com manipulação de raízes nervosas pode, raramente, desencadear a reativação do vírus Varicella-zoster, como no caso da neuromodulação de raízes sagradas posteriores.

Objetivos: Apresenta-se um caso de uma doente que desenvolveu um quadro sugestivo de reativação do vírus Varicella-zoster (zona) após neuromodulação de raízes sagradas posteriores, de forma elevar o índice de suspeição e antecipar o diagnóstico desta complicação extremamente rara.

Material e métodos: Doente do sexo feminino, 50 anos, submetida a neuromodulação de raízes sagradas posteriores por detrusor hipoativo. Após 2 semanas apresentou alterações cutâneas a nível do membro inferior homolateral sugestivas de reativação do vírus Varicella-zoster (zona).

Resultados: Doente com antecedentes de lesão iatrogénica da bexiga no contexto de histerectomia, com necessidade de cistorrafia extensa. Apesar de ter apresentado micção espontânea após o procedimento, viria a desenvolver um quadro progressivo de retenção urinária crónica, com necessidade de algaliação permanente, uma vez que a doente se recusava a realizar cateterismo intermitente.

Após a colocação do elétrodo do neuromodulador, a doente apresentou melhoria franca do quadro funcional, apresentando micções espontâneas, sem evidência de resíduo pós-miccional. Por esse motivo, foi implantado o gerador definitivo.

Após 15 dias, iniciou quadro caraterizado por lesões cutâneas pruriginosas no membro inferior direito (homolateral ao elétrodo), acompanhadas de febre, sem melhoria com antibioterapia. Ao exame objetivo, apresentava vesículas, pústulas e crostas distribuídas pelos dermátomos L3-L5 a nível do membro inferior direito (coxa e perna), sugestivo de reativação do vírus Varicella-zoster (zona). Desde o seu surgimento, observou-se progressivo agravamento cutâneo com desenvolvimento de zonas de tecido desvitalizado numa área significativa do território afetado, apesar da terapêutica médica instituída. Perante o quadro clínico, na ausência de outro fator etiológico e atendendo à exuberância das lesões, optou-se por desligar a estimulação e realgaliar a doente. Nesta fase, verificou-se uma total remissão das lesões, sugerindo uma relação causal com a neuromodulação.

A pedido da doente foi realizada nova tentativa com o mesmo resultado – melhoria do ponto de vista funcional com recrudescência das lesões cutâneas, pelo que a estimulação foi novamente suspensa e a doente foi proposta para explantação do dispositivo (incluindo elétrodo).

Discussão e conclusões: Após a infeção, o vírus Varicella-zoster pode alojar-se nos gânglios nervosos lombo-sagrados e migrar distalmente após trauma (como a cirurgia), stress ou em doentes imunodeprimidos.

A apresentação clínica mais frequente após cirurgia consiste no aparecimento de vesículas com distribuição segundo os dermátomos. Contudo, no caso da neuromodulação pode haver estimulação de todo o plexo lombo-sagrado (mesmo com correta implantação do elétrodo em S3, controlada por fluoroscopia), afetando os nervos adjacentes, o que resulta no aparecimento de lesões cutâneas dispersas por diferentes territórios nervosos.

Sendo uma complicação extremamente rara, o seu diagnóstico exige elevado grau de suspeição e destaca a importância de um *follow-up* apertado em todos os doentes implantados com neuromodulador.

C 35

SÍNDROME DE HINMAN-ALLEN: COMPLICAÇÕES PÓS-RECONSTRUÇÃO COMPLEXA

Carolina Borges da Ponte, Ricardo Pereira e Silva, Afonso Castro, João Gomes, João Felício, José Palma Reis, Tomé Lopes
Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução: O Síndrome de Hinman-Allen corresponde a uma disfunção micional não neurogénica rara, que afeta mais frequentemente o sexo masculino. Carateriza-se por uma obstrução infra-vesical funcional que surge sobretudo na infância, associando-se frequentemente a disfunção do trato gastrointestinal inferior. A etiologia é desconhecida, sendo um dos mecanismos postulados a presença de detrusor hiperativo, que leva o doente a contrair o esfíncter urinário externo numa tentativa de prevenir incontinência urinária, o que conduz, subsequentemente, a uma incapacidade de relaxamento esfincteriano aquando da micção normal.

Objetivos: Descrever esta disfunção do aparelho urinário rara e apresentar a cura cirúrgica de potenciais complicações de cirurgia reconstrutiva complexa.

Material e métodos: Apresenta-se o caso de um doente com Síndrome de Hinman-Allen que foi submetido na adolescência a ileocistoplastia de aumento, reimplantação ureteral bilateral e estoma cateterizável continente de Casale, com reintervenção para colocação de malha metálica por estenose secundária e litíase.

Resultados: Doente do sexo masculino, 21 anos, referenciado à consulta de Neurourologia por extensa litíase intravesical e incapacidade para cateterização intermitente via vesicostomia ou uretral, com necessidade de algaliação crónica (pela derivação urinária). Atendendo à carga litiásica, foi realizada cistolitotomia ad mínima e extração de malha metálica com apoio de cistoscópio flexível. Dois meses após a cirurgia, o doente encontra-se assintomático, a realizar cateterização intermitente via uretral eficaz, possibilitada pela ausência de litíase. Apresenta o túnel encerrado por segunda intenção, sem evidência de de recidiva de retenção urinária ou episódios de infeções do trato urinário.

Discussão e conclusões: Clinicamente, o Síndrome de Hinman-Allen traduz-se por alterações do controlo esfincteriano (encoprese, enurese e retenção urinária), infeções do trato urinário de repetição (com ou sem febre), deterioração da função renal (secundária a hidronefrose bilateral e/ou a cicatrizes do parênquima renal pós-pielonefrite) e hipertensão arterial. Os achados urodinâmicos típicos são a presença, em doentes sem antecedentes de patologia neurológica, de micção disfuncional (semelhante a dissinergia detrusor-esfincteriana), observando-se na primeira fase detrusor hiperativo e, posteriormente, hipoatividade. Imagiologicamente, estes doentes podem apresentar resíduo pós-miccional elevado, bexiga trabeculada, com divertículos e hidronefrose bilateral.

O tratamento visa a prevenção de doença renal crónica e compreende reeducação do pavimento pélvico com biofeedback, injeção de toxina botulínica intravesical ou neuromodulação de raízes sagradas. O tratamento cirúrgico também está preconizado, envolvendo técnicas como a ileocistoplastia de aumento para aumento da compliance vesical ou formas de vesicostomia para otimização do esvaziamento vesical mediante cateterismo intermitente. Considerando a ausência de fatores de prognóstico e a incapacidade para definir clinicamente quais os doentes que evoluirão para doença renal crónica, o seguimento destes doentes deve ser rigoroso e a abordagem terapêutica individualizada para cada caso.

C 36

ABIRATERONE ACETATE VS. ENZALUTAMIDE FOR METASTATIC CASTRATION-RESISTANT PROSTATE CANCER

Catarina Tavares, Diogo Gil Sousa, Gonçalo Mendes, Daniel Oliveira Reis, Diogo Carneiro, André Pinto, João Pereira, Jorge Correia, Bernardo Teixeira, Frederico Teves, Joana Febra, Ana Castro, Avelino Fraga
Centro Hospitalar do Porto

Introduction: *In the treatment of metastatic castration-resistant prostate cancer, two promising treatments have become available, Abiraterone acetate (AA) and Enzalutamide (EZ). Since no study has compared the two drugs directly, attempts have been made to compare them indirectly.*

Objective: *A recent study concluded that EZ outperforms AA with prednisone in terms of radiographic progression-free survival and PSA response, but not overall survival in the pre- and post-docetaxel setting. To determine if our clinical practice is consistent with these findings, we compared patients receiving AA and EZ in our institution.*

Materials & methods: *Clinical records of all patients treated from June 2013 to March 2018 were reviewed. The groups were compared on overall survival, PSA progression, radiographic progression, and suspected toxicity.*

Results: *Fifty patients received AA (N=33) or EZ (N=17). The two groups were similar in terms of age at diagnosis (AA: 65.3±7.0 vs. EZ: 67.0±6.9), Gleason score (7.6±1.2 vs. 7.3±1.2), initial PSA value (213±510 vs. 206±395 ng/mL), and interval from diagnosis to treatment with AA/EZ (5.6±3.1 vs. 6.8±2.8 years). The groups also did not differ in the percentage previously treated with Docetaxel (AA=69.7% vs. EZ=41.1%). Groups were comparable in the prevalence of bone metastasis (AA:84.8% vs. EZ:76.5%), lymph node (51.5% vs. 58.8%) and visceral involvement (15.2% vs. 23.4%). Average treatment time was 48.1±30.6 weeks in AA and 51.1±41.1 weeks in the EZ group. None of these differences was statistically significant. Regarding response to treatment, during the average 15 months of follow-up (AA: 0.2-53.7 vs. EZ: 2.4-33.7 months), the proportion of patients with a 50% or greater decline in PSA from baseline equalled 37.5% in the AA group comparing with 68.8% in the EZ group (Fisher's exact test p=0.066). Biochemical progression occurred in 75.8% of patients receiving AA and 41.2% of patients receiving EZ, with an average PSA progression-free survival of 21.2±21.7 and 23.8±15.9 weeks, respectively. Radiographic progression-free survival averaged 40.1±25.7 weeks in the AA vs. 78.6±28.4 weeks in the EZ group (t(18)=-1.95, p=0.066). Main reasons for treatment discontinuation in the AA and EZ groups were, respectively: "death" (15.1% vs. 6%), "progression" (39.4% vs. 17.6%) and "suspected toxicity" (6.0% vs. 23.5%). As for overall survival, average survival times were 68.5±49.16 weeks in the AA group vs. 77.5±62.3 weeks in EZ; the Mantel-Haenszel test showing a tendency toward greater overall survival in patients treated with EZ (X (1)=3.26, p=0.07).*

Conclusions: *The two groups were comparable at treatment onset and both drugs showed responses similar to those reported in previous clinical trials. EZ appears to show a longer radiographic progression free-survival and overall survival in this cohort. More patients and a longer follow-up are needed to determine if these differences are reliable.*

C 37

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DE DOENTES SUBMETIDOS A COLOCAÇÃO DE PRÓTESE

Francisco Fernandes, Inês Rodrigues, Gil Falcão, Rui Bernardino, Thiago Guimarães, Mariana Medeiros, Fernando Calais, Luís Campos Pinheiro
Centro Hospitalar de Lisboa Central

A disfunção eréctil consiste na Incapacidade persistente para conseguir e manter uma ereção suficiente para permitir um desempenho sexual

satisfatório e tem impacto físico, psicossocial e na qualidade de vida dos homens e parceiras. O implante da prótese peniana é um tratamento de última linha, mas com uma taxa de satisfação global alta (cerca de 90%) tanto no doente como na parceira.

Objetivos: Caracterizar os casos e avaliar o grau de satisfação dos portadores de próteses penianas e suas parceiras. Sugerir fatores que tenham uma implicação no grau de satisfação do casal, disposição para repetir ou recomendar o procedimento.

Material e métodos: Estudo dos indivíduos portadores de prótese peniana, colocada entre janeiro 2013 e maio 2018 no nosso hospital. Dados colhidos através do processo clínico e aplicados questionários por telefone.

Resultados: Entre janeiro de 2013 e maio de 2018 foram colocadas 43 próteses penianas, 25 insufláveis e 18 não insufláveis. A média de idade dos doentes era de 62,19 anos, 59,80 anos para as próteses insufláveis e 65,50 para as não insufláveis. Três doentes removeram a prótese por infecção. Na avaliação das Comorbilidades dos doentes constatou-se a elevada prevalência de hipertensão arterial (94%), diabetes Mellitus (56%) e dislipidemia (44%).

Sessenta e dois por cento dos doentes que colocaram prótese não insuflável e 87% dos doentes que colocaram prótese insuflável mantinham actividade sexual frequente (1 a 3x por semana). Apesar de apenas 53% dos doentes com próteses insufláveis e 23% dos doentes com próteses não insufláveis referirem que a prótese correspondia as suas expectativas, 87,5 % dos do primeiro grupo e 85% dos do segundo grupo referiam estar satisfeitos, recomendado em 87% e 80% respectivamente a colocação de prótese a outro doente.

O grau de satisfação das parceiras correspondia ao grau de satisfação dos portadores.

Discussão/Conclusões: A colocação de prótese peniana está associada a uma satisfação global positiva tanto do portador como da parceira e parece correlacionar-se sobretudo com a disponibilidade para repetir ou recomendar o procedimento e não com as expectativas. Não existiram diferenças estatisticamente significativas entre os dois tipos de prótese peniana.

C 38

AVALIAÇÃO DE FACTORES DE PROGNÓSTICO NA SOBREVIDA DO TUMOR MUSCULO-INVASIVO DA BEXIGA

Francisco Fernandes, Rui Bernardino, Gil Falcão, Thiago Guimarães, Mariana Medeiros, Fernando Calais, Luis Campos Pinheiro
Centro Hospitalar de Lisboa Central

Introdução: O tumor musculo-invasivo da bexiga tem um prognóstico pouco favorável com uma sobrevida de cerca de 60% aos 5 anos. O *gold standard* para o tratamento deste tipo de tumores é a cistectomia radical, uma cirurgia com elevada morbilidade e mortalidade. Alguns factores, como o estadiamento TNM e a histologia do tumor, estão associados ao prognóstico da doença.

Objetivos: Avaliar os doentes submetidos a cistectomia radical por neoplasia musculo-invasiva da bexiga e identificar factores de risco para a sobrevida global.

Material e métodos: Efectuou-se uma análise retrospectiva através do processo electrónico de todos os doentes submetidos a cistectomia radical entre outubro de 2011 e setembro de 2014 (3 anos).

Resultados: Foram analisados 50 doentes com uma média de idade de 70.8 anos. Cerca de 90% dos doentes eram do género masculino. O tempo de seguimento médio dos doentes foi de 3.2 anos.

Os seguintes factores foram avaliados: hemoglobina pré-operatória, creatinina pré-operatória, número de transfusões, tempo cirúrgico, utilização de suporte vasopressor durante a cirurgia, recidiva de doença, hábitos tabágicos, género, variante histológica, Comorbilidades (Charlon In-

dex) e realização de quimioterapia neoadjuvante. De todos os factores avaliados apenas a recidiva de doença foi associada à mortalidade com diferença estatisticamente significativa ($p<0.02$).

Discussão/Conclusões: O tumor musculo invasivo da bexiga e a realização de cistectomia estão associados a elevada morbilidade e mortalidade sendo importante a identificação de factores de risco para um melhor tratamento desta população. Nesta série de doentes apenas a recidiva de doença foi associada a uma maior mortalidade. O pequeno tamanho da amostra pode justificar a não associação de outros factores de risco clássicos já conhecidos como preditivos de sobrevida.

C 39

COMPARAÇÃO ENTRE O RESULTADO DE BIÓPSIA GUIADA POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA E PEÇA DE PROSTATECTOMIA RADICAL: AVALIAÇÃO INICIAL DE 5 DOENTES

Francisco Fernandes, João Pina, Gil Falcão,
Rui Bernardino, Thiago Guimarães, Mariana Medeiros,
Fernando Calais, Luis Campos Pinheiro
Centro Hospitalar de Lisboa Central

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

A suspeição clínica baseia-se no toque rectal e na análise laboratorial do PSA (Prostate Specific Antigen). A estes doentes é oferecida a possibilidade de realização de biopsia, mais frequentemente efectuada através de ecografia trans-rectal. A RM multiparamétrica e a biopsia quiada por RM emergiram como meios de diagnóstico para facilitar a detecção do tumor da próstata evitando o diagnóstico de tumores clinicamente insignificantes.

A comparação entre biópsia guiada por RM e biópsias de template permitiu inferir um valor preditivo negativo de cerca de 90% o que ainda não permite a dispensa da realização de biópsias randomizadas.

Objetivos: Comparação entre os resultados da biópsia guiada por RM e a peça de prostatectomia radical.

Material e métodos: Efectuou-se uma análise retrospectiva através do processo electrónico de todos os doentes submetidos a biópsia guiada por RM e posterior prostatectomia radical.

Resultados: Cinco doentes foram identificados como tendo efectuado biópsia guiada por RM e após prostatectomia radical por detecção de neoplasia da próstata clinicamente significativa.

A média de idades dos doentes era de 67 anos.

Os doentes foram diagnosticados com lesões únicas na próstata de adenocarcinoma através de biópsia de fusão. Um doente foi diagnosticado com gleason 3+4, 3 doentes com gleason 4+3 e 1 doente com gleason 4+4. A histologia final da peça foi correspondente em todos os doentes com o gleason da biópsia.

Através da avaliação das peças de prostatectomia radical constatou-se que 1 dos doentes tinha um segundo foco de adenocarcinoma da próstata, gleason 3+3, e outro doente tinha um segundo foco de gleason 4+3.

Discussão/Conclusões: Nesta série de doentes foi possível constatar a correspondência entre o gleason da biópsia e o gleason da peça de prostatectomia radical. Avaliando apenas focos com tumor clinicamente significativo (gleason >6) verifica-se que em 1 doente (20%) ocorreu a não detecção de uma lesão pela RMN. Um maior número de doentes será necessário para aferir o verdadeiro valor preditivo negativo da RM.

C 40

COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS A REALIZAÇÃO DE BIÓPSIA PROSTÁTICA POR VIA TRANSPERINEAL

Francisco Fernandes, João Pina, Gil Falcão,
Rui Bernardino, Thiago Guimarães, Mariana Medeiros,
Fernando Calais, Luis Campos Pinheiro
Centro Hospitalar de Lisboa Central

Introdução: A biópsia da próstata é utilizada no diagnóstico do adenocarcinoma da próstata. As vias utilizadas são a transrectal ou transperineal

sendo a via transrectal a mais frequentemente utilizada. Com o aumento de bactérias multirresistentes ao nível da flora rectal, a abordagem transperineal parece diminuir o risco de infecção e sépsis.

Objetivos: Avaliar as complicações associadas a realização de biópsia prostática por via transperineal. Comparação com a literatura existente e com a realização de biópsia por via transrectal.

Material e métodos: Efectuou-se uma análise retrospectiva de 60 doentes submetidos a biópsia de fusão guiada por RM multiparamétrica por via transperineal. A avaliação foi efectuada através de consulta de processo electrónico e por entrevista telefónica.

Resultados: Foram avaliados 60 doentes submetidos a biópsia por via transperineal com uma média de idades de 68 anos.

As biópsias foram efectuadas sob anestesia geral e todos os doentes tiveram alta no mesmo dia medicados com um anti-inflamatório não esteroide, um alfa-bloqueante e antibiótico.

As seguintes complicações foram avaliadas: hematoespermia (n=24; 40%), hematúria > 1 dia (n=16; 27%), rectorragia < 2 dias (n=0), prostatite (n=0) , febre > 38,5 (n=0), epididimite (n=2; 3,3%), rectorragias > 2 dias ou com necessidade de intervenção (n=0), retenção urinária (n=1; 1,7%) e outras (n=0).

Não ocorreram infecções graves/sepsis após a realização de biópsia ou a necessidade de intervenções adicionais.

Discussão/Conclusões: As complicações decorrentes da abordagem transperineal foram semelhantes ás descritas na literatura. Quando comparados as complicações com as descritas aquando da biópsia transrectal verificaram-se também resultados semelhantes, hematoespermia (40% *vs* 37,4%), hematúria > 1 dia (27% *vs* 14,5%), rectorragia < 2 dias (0% *vs* 2,2%), prostatite (0% *vs* 1%) , febre > 38,5 (0% *vs* 0,8%), epididimite (3,3% *vs* 0,7%), rectorragias > 2 dias ou com necessidade de intervenção (0% *vs* 0,7%), retenção urinária (1,7% *vs* 0,2%) e outras (0% *vs* 0,3%).

Destaca-se que não ocorreram infecções graves após o procedimento nem a necessidade de internamento após o procedimento em nenhum doente. Como aspecto negativo de referir a necessidade de anestesia geral quando comparado com a via transrectal.

C 41

COMPLICAÇÃO TARDIA DE BOLSA DE KOCK PÓS-EXENTERAÇÃO PÉLVICA TOTAL

Carolina Borges da Ponte, Ricardo Pereira e Silva, Afonso Castro, João Gomes, Paulo Pé-Leve, João Felício, Tiago Oliveira, José Palma dos Reis, Tomé Lopes

Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução: A bolsa de Kock é uma derivação urinária continente heterotópica construída a partir de um segmento ileal com duas válvulas, que resultam da intussuscepção dos dois segmentos terminais e garantem por um lado a continência do reservatório e, por outro, um mecanismo anti-refluxivo. O esvaziamento do reservatório é realizado por auto-cateterização do estoma (que pode ser para-rectal ou umbilical).

Objetivo: Destacar a ocorrência de complicações tadias associadas às derivações urinárias continentes auto-cateterizáveis e a importância do seguimento a longo prazo destes doentes.

Material e métodos: Apresenta-se o caso de uma doente com bolsa de Kock que desenvolveu quadro de infeção da bolsa com subsquente perfuração.

Resultados: Doente do sexo feminino, submetida a exenteração pélvica total, bolsa de Kock e colostomia no contexto de neoplasia do colo do útero, tendo realizado radioterapia adjuvante há 30 anos, no Canadá. Subsequentemente, apresentou enterite rádica com necessidade de ileostomia, sendo considerada pelo seu médico assistente candidata a nova cirurgia apenas em contexto de urgência. Apresentava antecedentes de infeções urinárias frequentes por esvazia-

mentos incompletos decorrentes da dificuldade na cateterização do reservatório, secundária a diminuição progressiva da coordenação motora a nível manual.

Foi internada no Serviço de Urologia por quadro de infeção purulenta da bolsa de Kock, para terapêutica conservadora com antibioterapia e algaliação. Por ausência de melhoria clínica e aparecimento de fleimão na coxa esquerda, foi realizado TC que revelou perfuração da bolsa de Kock e coleção predominantemente líquida, com bolhas gasosas, que se estendia desde a região pélvica direita até ao espaço pré-sagrado e região obturadora esquerda, com envolvimento das partes moles da região glútea e da coxa esquerda. Foi realizada inicialmente uma tentativa de abordagem menos invasiva, com drenagem percutânea guiada por TC. Por persistência de drenagem purulenta e elevação dos parâmetros inflamatórios, a doente foi submetida a exérese da bolsa de Kock, drenagem de abcesso e ureterostomia cutânea bilateral. Dois dias após a cirurgia, por quadro de peritonite fecal, foi reintervencionada constatando-se enterite rádica com perfuração intestinal, pelo que foi realizada enterectomia segmentar e laparostomia. No pós-operatório deste procedimento, a doente desenvolveu, contudo, um quadro de choque séptico refratário que viria a ser fatal após 72 horas.

Discussão e conclusões: Quando introduzida, a bolsa de Kock associava-se a elevadas taxas de revisão cirúrgica, nomeadamente por incontinência secundária à perda de intussuscepção da ansa eferente ou prolapso do estoma. Para minimizar estas intercorrências, foram implementadas diversas modificações à técnica original, com sucesso. Outras complicações menos frequentes são a rotura ou infeção da bolsa, abcesso pélvico, litíase, estenose do estoma e refluxo ureteral.

Pela sua complexidade técnica e elevado número de complicações associadas, a bolsa de Kock tem vindo a ser substituída por outra derivações, nomeadamente neobexigas ortotópicas (sendo a mais utilizada, atualmente, a neobexiga ileal de Studer).

A atual longevidade dos doentes submetidos a derivação urinária continente auto-cateterizável exige um seguimento regular. Poderá ser ponderada cautelosamente eventual desderivação electiva, de forma a evitar complicações potencialmente fatais nos doentes que deixem de se encontrar aptos para a realização do correto esvaziamento.

C 42

FATORES PREDITIVOS DE RE-INTERVENÇÃO CIRÚRGICA POR COMPLICAÇÃO UROLÓGICA NOS PRIMEIROS SEIS MESES APÓS O TRANSPLANTE RENAL

Ana Marinho, António Roseiro, Belmiro Parada, Carlos Alberto Bastos, Francisco Rolo, Lorenzo Marconi, Pedro Moreira, Pedro Nunes, Pedro Simões, Vitor Dias, Arnaldo Figueiredo

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

Introdução/Objetivo: As complicações urológicas do transplante renal são responsáveis por uma significativa morbilidade.

Pretendeu-se determinar fatores preditivos de re-intervenção cirúrgica por complicações urológicas, fístula ou estenose do ureter do enxerto, (ReCCU) nos primeiros seis meses após o transplante.

Material e métodos: Este estudo retrospetivo incluiu 764 transplantes realizados entre junho de 2011 e junho de 2017 no Serviço de Urologia e Transplantação Renal.

A população era composta por 70,4% de homens; 13,4% de indivíduos com obesidade (IMC>30 Kg/m²); 35,6% com excesso de peso (25 ≤ IMC ≤30); 12,7% com diabetes mellitus; Verificou-se que 44 doentes tinham história de transplante prévio e a idade média do receptor foi de 50,3 anos.

Recorreu-se a dador cadáver em 97,4% dos ca-

sos e a dador marginal em 78,1%. O transplante foi realizado na fossa ilíaca esquerda em 6,2% dos casos. Foi realizada ureteroneocistostomia tipo Lich-Grégoir em 76,3% dos casos.

Aplicou-se uma regressão logística para avaliar a relação entre variáveis independentes e a ocorrência de ReCCU.

Resultados: Contabilizaram-se 39 ReCCU, considerando-se apenas os casos de fístula e/ou estenose do ureter do enxerto, o que corresponde a 5,1% dos transplantes realizados.

Quanto a características do receptor, o sexo foi um fator preditivo, sendo que ser homem foi um fator protetor de ReCCU (B=-1,302; p=0,013; Exp(B)=0,272 (0,097-0,761)). Por outro lado, a idade aquando do transplante, inclusivamente quando superior a 65 anos, e comorbilidades como a obesidade, excesso de peso ou diabetes mellitus não se associaram ao evento. O intervalo de tempo sob diálise não foi fator preditivo. Indivíduos com nefropatia diabética, assim como aqueles cuja etiologia da doença renal crónica foram pielonefrites de repetição ou uma malformação do trato urinário não mostraram elevação da probabilidade da ReCCU.

Analisando variáveis do dador, verificou-se que o recurso a dadores de critérios expandidos conferiu valor preditivo (B=1,856; p=0,04; Exp(B)=6,397 (1,086-37,697)), o mesmo não se aplicando à sua idade. Recorrer a dador cadáver não influenciou a necessidade de ReCCU, nem a sua causa de morte (traumatismo crânio-encefálico, acidente vascular cerebral isquémico ou hemorrágico).

Relativamente a parâmetros do transplante, observou-se que a colocação do enxerto na fossa ilíaca esquerda, o recurso a enxertos de rim direito, o tempo de cirurgia ou a sua realização de madrugada não explicaram o acontecimento em estudo. A pressão venosa central, a pressão arterial sistólica e diastólica na desclampagem e o tempo de isquémia fria não anteciparam a necessidade de ReCCU. Finalmente, o tipo de ureteroneocistostomia revelou influência no desenvolvimento de fístula e/ou estenose no ureter do enxerto. A realização de ureteroneocistostomia tipo Lich-Grégoir aumentou a risco de ReCCU (B=3,726; p=0,013; Exp(B)=41,528 (2,163-797,418)), e, por sua vez, a execução de ureteroneocistostomia tipo Taguchi ou por outra técnica não foi fator preditivo.

Discussão/Conclusão: Concluiu-se que receptores homens possuíram menor risco de ReCCU nos primeiros seis meses após o transplante renal, enquanto que a utilização de dadores marginais aumentou a probabilidade deste evento. Contudo, atendendo à escassez de órgãos na atualidade, torna-se praticamente impossível eliminar este fator de risco. Por outro lado, inferiu-se que a realização de ureteroneocistostomia tipo Lich-Grégoir acresceu a ocorrência de ReCCU, pelo que optar por outras técnicas poderá reduzir o risco de fístula e/ou estenose no ureter do enxerto.

C 43

URETROPLASTIA TOPO-A-TOPO IN SITU APÓS EROSÃO COMPLETA DE BRAÇADEIRA DE ESFINCTER URINÁRIO ARTIFICIAL

Paulo Pe-Leve, João Gomes, João Felício, João Almeida, Tiago Oliveira, João Marcelino, Tomé Lopes
Centro Hospitalar Lisboa Norte - Serviço de Urologia

Introdução: A colocação de esfincter urinário artificial continua a ser o *gold standard* no tratamento de incontinência urinária de esforço moderada a grave em homens. A taxa de complicações associadas ao dispositivo varia entre 16-31% na literatura, com revisão cirúrgica a acontecer em 50-60% destes casos. Em particular, erosão da braçadeira para a uretra é uma das complicações mais preocupantes, ocorrendo em cerca de 2-15% dos doentes. A abordagem tradicional consiste na remoção do dispositivo e derivação urinária com algália. Vários estudos demonstram que uma uretroplastia no mesmo tempo operatório permite reduzir taxas de estenose associadas ao procedimento.

Objetivos: Reportar a técnica cirúrgica, passo-a-passo, utilizada para resolução de uma erosão de braçadeira de esfincter urinário artificial com remoção de fragmento de uretra afectado e uretroplastia topo-a-topo no mesmo tempo operatório.

Materiais e métodos: Descrevemos o caso clínico de um doente, 73 anos, com antecedentes pessoais de adenocarcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical retropubica há 4 anos e radioterapia externa adjuvante, tendo ficado com queixas de incontinência urinária de esforço, motivo pelo qual foi submetido há 2 anos a colocação de esfincter urinário artificial de 3 componentes. Apresentava queixas urinárias de dificuldade miccional pelo que realizou uretroscopia que evidenciou erosão da braçadeira do esfincter para o interior da uretra. Reportamos a técnica cirúrgica de extracção do dispositivo e uretroplastia realizada no mesmo tempo operatório, através de fotografias retiradas por elementos externos à equipa cirurgica.

Resultados: O doente foi submetido a revisão cirúrgica do dispositivo por via perineal. Constatou-se erosão da braçadeira com atingimento circunferencial de mais de 50% da uretra, tendo sido primeiramente realizada a extracção da braçadeira do esfincter urinário. Foi então realizada ressecção do segmento de uretra afectado. Posteriormente foi realizado um isolamento do coto uretral distal até ao ângulo peno-escrotal e um isolamento do coto uretral proximal, seguida de uretroplastia topo-a-topo. O procedimento decorreu sem intercorrências e no pós operatório não há ocorrências a documentar, tendo tido alta algaliado ao 2º dia pós-operatório. Retirou algália aos 20 dias pós-operatório, sem intercorrências. Encontra-se neste momento no 1º ano de pós-operatório, sem queixas miccionais para além da incontinência urinária para esforços, e com bom fluxo miccional reportado em urofluxometria.

Discussão e conclusões: Concluímos com este caso que após identificação de uma erosão da braçadeira de esfincter, a remoção da porção de uretra afectada com uretroplastia topo-a-topo no mesmo tempo operatório constitui uma técnica eficaz, desde que realizada por um cirurgião com experiência, que poderá possibilitar a minimização das taxas de estenose associadas a esta complicação. No entranto, carecemos na literatura de estudos com grandes séries que nos permitam retirar verdadeiras conclusões.

C 44

URETERÓLISE E INTRAPERITONEALIZAÇÃO DOS URETERES: UTILIZAÇÃO DE DIFERENTES TÉCNICAS CIRÚRGICAS NA MESMA DOENTE

Paulo Pe-Leve[1], João Gomes[1], Carolina Ponte[1], João Felício[1], João Marcelino[1], Rui Carneiro[2], Eduardo Silva[2], Tomé Lopes[1]

[1]Centro Hospitalar Lisboa Norte - Serviço de Urologia, [2]Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil - Serviço de Urologia

Introdução: Fibrose retroperitoneal foi primeiramente descrita há 112 anos atrás, mas continuam a não existir verdadeiras linhas orientadoras para o seu tratamento. A obstrução dos ureteres é uma das suas mais sérias complicações e, enquanto a colocação de stent duplo J parece ser a melhor abordagem inicial, o seu tratamento definitivo a longo prazo não parece obter consenso entre pares. Ureterólise foi descrita primariamente no tratamento desta patologia em 1934. A literatura actual contém apenas pequenas séries e case reports desta técnica. A sua realização em centros de pequeno volume levam à percepção de que é uma técnica de difícil execução e com alta taxa de complicações.

Objetivos: Reportar um caso clínico pouco comum de uma doente jovem submetida a ureterólise e intraperitonealização dos ureteres, recorrendo a duas diferentes técnicas de intraperitonealização, revendo os passos técnicos mais importantes.

Materiais e métodos: Descrevemos o caso clínico de uma doente jovem, com 45 anos, obesa,

sem outros antecedentes pessoais relevantes e sem referência a qualquer medicação habitual, seguida em consulta de Urologia por Fibrose Retroperitoneal Idiopática, tendo sido submetida a colocação de catéter ureteral duplo J bilateralmente por obstrução ureteral bilateral, após falha de corticoterapia oral. Por desconforto causado pelos catéteres e pelo facto de se tratar de doente jovem foi submetida a ureterólise e intraperitonealização dos ureteres, com necessidade de utilização de diferentes técnicas de intraperitonealização dos ureteres em cada um dos lados, por circunstâncias anatómicas. Fazemos uma descrição das duas técnicas cirúrgicas utilizadas, através de fotografias reais retiradas por um elemento externo à equipa cirúrgica.

Resultados: O procedimento decorreu sem intercorrências, tendo sido realizada ureterólise bilateralmente, com envio de tecido fibrótico para estudo anatomo-patológico. À direita procedeu-se a intraperitonealização do ureter com encerramento dos folhetos de peritoneu parietal, posteriormente ao respectivo ureter, com sutura contínua de Vicryl 2.0. À esquerda a aproximação dos folhetos de peritoneu parietal não foi possível pelo que se procedeu a intraperitonealização do ureter, recorrendo a um retalho de grande epiploon tubularizado em torno do ureter. O pós operatório imediato decorreu sem qualquer intercorrência, tendo tido alta ao 4º dia de pós operatório. Retirou os catéteres ureterais duplo J bilateralmente às 3 semanas de pós-operatório. Encontra-se no 4º mês pós operatório, sem queixas relevantes e analiticamente sem alterações relevantes. O resultado do exame anatomo-patológico confirmou tratar-se apenas de fibrose retroperitoneal.

Discussão e conclusões: A ureterólise e respectiva intraperitonealização dos ureteres é a única resolução definitiva para fibrose retroperitoneal. Trata-se de uma técnica que, quando realizada com cuidado e rigor, é desprovida de complicações major e apresenta bons resultados, apesar da taxa de complicações descritas na literatura. O tipo de técnica utilizada para a intraperitonealização dos ureteres depende da experiência do cirurgião e, como demonstado pelo caso clinico em questão, das circunstâncias do território anatómico de cada doente. Qualquer uma das técnicas em questão se encontram descritas na literatura com resultados similares do ponto de vista do *outcome* funcional.

C 45

ANÁLISE DA POPULAÇÃO COM ESCLEROSE MÚLTIPLA SEGUIDA NA CONSULTA DE UROLOGIA

Joana Henriques, Jorge Morales
Centro Hospitalar Lisboa Central

Introdução: A esclerose múltipla (EM) atinge mais de 2,3 milhões de pessoas no mundo, sobretudo jovens e, emparticular, o sexo feminino. É uma doença na qual uma resposta imune anormal direcionada contra o sistema nervoso central provoca inflamação, danificando a mielina bem como as próprias fibras nervosas. Dependendo das áreas afetadas, a EM pode produzir uma variedade de sintomas. Quase 90% dos doentes com EM experienciam no curso da doença algum grau de disfunção do esvaziamento vesical e/ou incontinência urinária e 65% irá ter distúrbios urinários considerados moderados a severos. Os sintomas do tracto urinário inferior, apesar de raramente constituírem a primeira manifestação clinica da EM, surgindo normalmente 6 a 8 anos após o diagnóstico inicial, contribuem para uma morbilidade significativa e diminuição da qualidade de vida. A ausência de *guidelines* (de diagnóstico, tratamento e *follow-up*) universalmente aceites resultam em diferentes tipos de abordagem entre instituições.

Objetivos: Pretende-secaracterizar a população com EM seguida na consulta de Uroneurologia (CE-UN) do Centro Hospitalar Lisboa Central, analisando a evolução clínica e grau de satisfação do doente relativamente à CE-UN.

Material e métodos: A amostra em estudo in-

cluiu os doentes seguidos em CE-UN no período compreendido entre janeiro e junho de 2018. As variáveis analisadas incluíram o género, idade, ano diagnóstico EM, data da primeira CE-UN, sintomatologia urológica, resultado de estudos urodinâmicos, terapêutica e estado atual do doente.

Resultados: A população estudada conta com um total de 36 doentes, 81% (29) do sexo feminino, 19% (7) sexo masculino, com uma média de idades de 52 anos e média de tempo entre diagnóstico de EM e primeira CE-UN de 11 anos. Os sintomas mais frequentemente registados são urgência (69%), incontinência (56%), noctúria (44%) e frequência (44%). Os achados mais frequentes nos estudos urodinâmicos são: detrussor hiperativo (63%), disfunção vesical sensitiva (46%) e bexiga hipocontrátil (33%). Atualmente, a terapêutica utilizada no tratamento destes doentes inclui: mirabegron (25%); cloreto de tróspio (19%); antagonistas adrenérgicos alfa 1 (14%); oxibutinina (11%); darifenacina, solifenacina, cateterismo intermitente, algaliação crónica (6%); toxina botulínica (4%). 60% dos doentes referiu melhoria significativa das queixas urinárias desde o inicio do seguimento e grande satisfação com a CE-UN, 29% notou melhorias apesar de persistirem alguns sintomas, 11% não referiu qualquer alteração no padrão de queixas urinárias.

Discussão/Conclusão: Após análises dos dados, constatou-se a existência de grande diversidade clínica individual e interpessoal, assim como variabilidade na abordagem terapêutica. Poderá também concluir-se que o impacto da estratégia utilizada na CE-UN foi positivo dada a franca melhoria do quadro urológico, comparativamente ao seguimento prévio exclusivo pela Neurologia, e o grau de satisfação dos doentes. É assim reforçada a importância da Urologia no acompanhamento do doente com EM.

C 46

PARTIAL NEPHRECTOMY – A SINGLE EXPERIENCE OF TERTIARY REFERRAL CENTER OF PORTUGAL

Thiago Guimarães, Luís Campos Pinheiro, Jorge Morales, Ciprian Muresan, Mariana Medeiros, Vanessa Andrade
Centro Hospitalar Lisboa Central

Introduction: *Kidney cancer ranks among the top 10 most prevalent cancers in Western society, ~90% of which are renal cell carcinomas. Small renal masses are increasingly being discovered incidentally on routine abdominal imaging performed for other purposes. The natural history of small renal masses as well as the therapeutic approach for such lesions is an evolving paradigm. In recent decades, radical nephrectomy has been replaced by nephron-sparing surgery for the management of small renal masses. Diagnosing a mass in the early stages theoretically allows high rates of cure but simultaneously overtreatment risks. About 20% of such masses are benign, while a significant proportion of malignant small renal masses demonstrate slow growth kinetics and non-aggressive histologic features. We aim to describe our outcomes with partial nephrectomy.*

Material and methods: *A retrospective review of nephrectomy from a tertiary referral centre of Portugal was performed to identify who underwent partial nephrectomy for localized (NX/N0/cM0) solid renal tumours 7 cm or less between January 2009 to July 2018.*

Results: *52 patients underwent laparoscopic partial nephrectomy (LPN) and 36 underwent open partial nephrectomy (OPN) (N=98) for a 7 cm or less renal tumour. Median patient age was 63.4 years. Arterial hypertension was the most common observed risk factor and median tumour size was 3.12 cm. Renal cell carcinoma (RCC) was present in 70 patients. RCC clear cell subtype was find in 57% of patients mostly pT1a (72,5%). Positive surgical margins (PSMs) following partial nephrectomy was iden-*

tify in 11patients. Four patients with clean surgical margins (CSMs) had recurrence of disease during the follow-up.

Conclusions: *Partial nephrectomy is associated with durable cancer control in patients with renal tumours 7 cm or less, of which most represent renal cell carcinoma. A better understanding of the various characteristics of these masses will allow for a better understanding of the natural history of these masses and for selection of the optimal therapeutic approach.*

C 47

AMS 800™ URINARY CONTROL SYSTEM AFTER RADICAL PROSTATECTOMY: EXPERIENCE OF TERTIARY REFERRAL CENTER OF PORTUGAL

Thiago Guimarães, Luis Campos Pinheiro, Jorge Morales, Ciprian Muresan, Mariana Medeiros, Vanessa Andrade
Centro Hospitalar Lisboa Central

Introduction: *We aim to evaluate efficacy and complications of AMS 800 (American Medical Systems) artificial urinary sphincter (AUS) in treatment of incontinence urinary in male patients after Radical Prostatectomy.*

Material and methods: *Retrospective analysis of patients with urinary incontinence (UI) who underwent placement of AUS AMS 800 through penoscrotal approach from January 2006 to January 2017. Urinary analysis, cystoscopy and urodynamic study were performed in all selected patients. Continence status (number of pads that was used), complications (erosion or extrusion, urethral atrophy, and infection), malfunctions, and need for secondary implantation were evaluated). The relationship between complications and prior or subsequent radiation therapy (RT) was also examined.*

Results: *We identify 26 patients. Median age was 70.56 years. Median period between RP and AMS 800 AUS implantations was 58.24 months. Radiation therapy (RT) for prostate cancer following radical prostatectomy was used in 6 patients before or after AMS placement. Median pads per day before and after surgery were 5.2 and 1.2 respectively ((p < 0,05 - teste de Wilcoxon) . After surgery, satisfactory continence was obtained in 18 patients at all, with 8 of these patients claimed not to be using pads on a regular basis (completely dry). Aadjuvant pelvic radiotherapy do not compromise the continence rates. Mechanical failure occurred in 1 case (3,8%), infection in 2 (11%) and urethral erosion in 5 (19.2%). Revision or removal of the AUS in 5 patients (19.2%).*

Conclusions: *Considering our outcomes, we conclude that AS implantation yields satisfactory results for the treatment of PPI and should remain the standard procedure for these patients. However, the device is not perfect. Whenever use of the AUS is considered, patient selection must be rigorous and detailed pre-operative counselling is essential as is life-long follow-up.*

C 48

URETROTOMIA INTERNA SOB VISUALIZAÇÃO DIRETA – EFEITO DA RADIOTERAPIA PRÉVIA NO SUCESSO TERAPÊUTICO E COMPLICAÇÕES

Lourenço M, Vieira-Brito D, Peralta JP, Godinho R, Conceição P, Reis M, Rabaça C, Sismeiro A
Instituto Português de Oncologia de Coimbra

Introdução: A uretrotomia interna sob visualização direta (UIVD) é a cirurgia mais frequentemente realizada no tratamento de apertos da uretra. Empiricamente, os apertos da uretra são tratados da mesma forma independentemente da sua etiologia, desconhecendo-se se um aperto da uretra de um doente sujeito a radioterapia pélvica (RTP) prévia se comporta da mesma forma que um aperto da uretra não sujeito a radiação.

Objetivos: Avaliar a taxa de sucesso da UIVD entre doentes sujeitos a RTP e sem RTP.

Métodos: Avaliadas todas as UIVD realizadas num centro oncológico entre 1-1-2014 e 31-6-2018 (n=38). A amostra foi caracterizada em relação à idade dos doentes, comorbilidades,

etiologia do aperto, RTP prévia, local e extensão do aperto, complicações da técnica, taxa de sucesso, taxa de recidiva, período de tempo até recidiva e opção terapêutica após recidiva. Comparação dos resultados entre doentes sujeitos a RTP (Grupo R, n=20) e sem RTP prévia (Grupo S, n=18). Análise estatística com SPSSv21.

Resultados: O Grupo R e o Grupo S apresentaram, respetivamente, uma idade média de 74,2 e 69,4 anos (p>0,05), sendo que o grupo R apresentou mais doentes com carcinoma prostático (85% *vs.* 44,4%; p<0,05). O local do aperto foi na uretra anterior em 60,0% no Grupo R e em 72,0% no Grupo S (p>0,05). Em relação à extensão do aperto, 20,0% dos doentes do Grupo R apresentaram uma extensão superior a 2cm, em comparação com 50,0% no Grupo S (p>0,05). A taxa de sucesso inicial foi de 85,0% no Grupo R e de 88,9% no Grupo S (p>0,05), sendo a taxa de complicações de 20,0% e 16,7%, respetivamente (p>0,05). As taxa de recidiva do Grupo R e S, foram respetivamente de 55,0% e 33,3% (p>0,05).

De todos os fatores estudados, o único que se relacionou com a recidiva do aperto no Grupo R foi a extensão do aperto > 2cm (p<0,05). Nenhum fator se relacionou com a taxa de recidiva no Grupo S (p>0,05).

Como resposta à recidiva do aperto, 4 doentes do Grupo R realizaram 2ª UIVD, apresentando todos nova recidiva a curto prazo. Em relação ao Grupo S, 4 doentes realizaram 2ª UIVD, sendo que apenas um teve nova recidiva.

Discussão/Conclusão: A UIVD apresenta uma taxa de sucesso inicial elevada na resolução dos apertos da uretra, embora a taxa de recidiva seja elevada a curto prazo. A RTP não se relacionou com a taxa de complicações, com a taxa de sucesso e com a taxa de recidiva. Apertos de maior extensão em doentes sujeitos a RTP têm piores resultados a longo prazo.

C 49

O SENHOR DOS ANÉIS – COMO EVITAR COMPLICAÇÕES

Daniel Oliveira-Reis[1], Frederico Teves[1], Diogo Nunes Carneiro[1], André Marques Pinto[1], Catarina Tavares Machado[1], Jorge Correia[1], João Pereira[1,2], Gonçalo Mendes1, Bernardo Teixeira[1], Severino Ribeiro[1], Avelino Fraga[1]

[1]Centro Hospitalar do Porto, serviço de Urologia, [2]Instituto Português de Oncologia do Porto, serviço de Urologia

Introdução: Apesar de rara, está descrita a constrição peniana e consequente priapismo e/ou edema e necrose penianos, causados por dispositivos constritivos à volta do pénis ou escroto. São usados geralmente para manter ou aumentar uma ereção, raramente para estimulação peniana. Na maioria dos casos são utilizados dispositivos metálicos, sendo que a sua remoção apresenta alguns desafios apesar de parecer um procedimento simples, e que não está isento de complicações.

Caso Clínico: Homem de 52 anos, casado, com 1 filho, serralheiro. Seguido em psiquiatria há 2 anos, com perturbação de identidade de género, orientação sexual homossexual e automutilação sexual. Sob sertralina e risperidona, com diminuição da libido inicialmente, tendo voltado ao estado basal após 1 mês de terapêutica. Sem resposta a terapêutica médica após aumento da dosagem de medicação psiquiátrica. Em outubro de 2017 submetido, sob anestesia geral, a remoção de maçã, do reto, após Introdução no ânus.

O doente colocou 2 anéis metálicos, com um diâmetro interno de 2 centímetros e 3 milímetros de espessura, para estimulação peniana. Desenvolveu priapismo isquémico, tendo tentado remover os mesmos com recurso a serra elétrica. Para além de priapismo, apresentava ligeira equimose circunscrita à zona de colocação dos anéis, sem outras alterações, tendo recorrido ao serviço de urgência 2 horas após a instalação do quadro, pela impossibilidade de os remover autonomamente.

Sob anestesia geral, tentativa inicial de corte dos

anéis com alicates de utilização ortopédica, sem sucesso. Foi colocada para proteção do pénis uma valva maleável entre o mesmo e os anéis. Por falta de acesso a serra elétrica, procedeu-se à serragem manual na quase totalidade da espessura dos anéis, sendo necessário o corte final com alicate. Foi removido um anel de cada vez.
Resolução imediata do priapismo e edema, ficando com ligeira equimose peniana. Apresentava uma laceração não linear das camadas superficiais da pele, com cerca de 2 cm como consequência das manobras para extração de ambos os anéis. Sem disfunção eréctil reportada pelo doente.
Discussão: A constrição peniana causada por anéis metálicos deve ser considerada uma emergência urológica. Pode ocorrer também com outros dispositivos, nomeadamente anéis de plástico, garrafas ou elásticos. Em geral o embaraço que a situação causa aos doentes faz com que recorram ao médico tardiamente, o que não foi o caso deste doente. A resolução precoce está relacionada com a elevada taxa de sucesso da terapêutica neste caso (risco elevado de amputação se tempo de evolução superior a 72 horas), sendo a única complicação associada uma ferida tecidular superficial com sutura descontínua com fio de sutura de multifilamento absorvível.
Existem várias técnicas para remoção destes dispositivos, nomeadamente a técnica do fio, da aspiração peniana, de corte e exérese de pele e fáscia de Buck. Neste caso optou-se pela técnica de corte; as duas primeiras seriam muito provavelmente ineficazes atendendo às diferenças de diâmetro do pénis e dos anéis e a última seria excessiva e com maior risco de complicações. O grande risco desta técnica é a iatrogenia possível, tendo sido necessário um controlo rigoroso para não haver maior lesão peniana nem lesões dos membros inferiores ou quadrantes inferiores do abdómen.
Conclusão: A remoção de anéis constritivos metálicos do pénis deve ser realizada o mais precocemente possível para evitar disfunção eréctil ou necrose peniana. A técnica de corte parece ser a mais adequada nestes casos, apesar do risco de complicações.

C 50

AVALIAÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM DOENTES SUBMETIDOS A PROSTATECTOMIA RADICAL NO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

Gonçalo Grilo Mendes[1], Vergílio Pereira[2], Bernardo Lobão Teixeira[1], Daniel Oliveira-Reis[1], Diogo Nunes Carneiro[1], André Marques Pinto[1], Catarina Tavares Machado[1], Jorge Correia[1], João Pereira[1,3], Severino Ribeiro[1], Avelino Fraga[1]
[1]Centro Hospitalar do Porto, serviço de Urologia, [2]Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Mestrado Integrado em Medicina, [3]Instituto Português de Oncologia do Porto, serviço de Urologia

Introdução: O cancro da próstata é o segundo cancro mais frequentemente diagnosticado em homens. A prostatectomia radical é um dos tratamentos recomendados para o cancro da próstata localizado ou localmente avançado. Uma das principais complicações é a incontinência urinária, com implicações significativas na qualidade de vida do doente. Estão descritos na literatura vários fatores preditivos pré, intra e pós-operatórios. A abordagem conservadora no tratamento da incontinência urinária pós-prostatectomia radical, através dos exercícios de fortalecimento muscular pélvico, continua a ser o tratamento de 1ª linha.
Objetivos: Os objetivos deste estudo são avaliar a incidência de incontinência urinária precoce pós-prostatectomia radical num centro terciário; a existência de possíveis fatores preditores com influência na recuperação da continência em doentes referenciados para tratamento de reabilitação pélvica.
Metodologia: O estudo realizado é do tipo observacional retrospetivo. A amostra é composta pelos doentes submetidos a prostatectomia radical no período compreendido entre 1 de janeiro de 2014 e 31 de dezembro de 2016 neste cen-

tro, que foram referenciados para tratamento de reabilitação pélvica na Unidade de Urodinâmica, por apresentarem incontinência urinária pós-cirurgia, representando uma amostra de 269 pacientes. Procedeu-se a uma análise descritiva da amostra e avaliou-se a presença de relações estatisticamente significativas, comparando as variáveis analisadas com as perdas urinárias precoces e com a evolução da incontinência.

Resultados: Dos 269 pacientes, 59 apresentavam incontinência urinária precoce pós-cirurgia, representando uma taxa de incidência de 21,93%. Destes, 33 (55,9%) recuperaram a continência, 22 (37,3%) apresentaram melhoria da continência embora ainda se mantivessem incontinentes, e 4 (6,8%) não apresentaram qualquer melhoria da continência.

A análise das variáveis revelou que a evolução da continência se relacionava de forma estatisticamente significativa com o tabagismo, com o grau de Gleason e com o valor de perdas urinárias iniciais (PAD-*test* inicial). Doentes com hábitos tabágicos apresentaram piores resultados relativamente à recuperação da continência comparativamente a doentes sem hábitos tabágicos. Uma pontuação menor na escala de Gleason associou-se a uma maior recuperação da continência urinária. Por último, o volume das perdas no PAD-*test* inicial correlacionou-se inversamente com a recuperação da continência. Todas as restantes variáveis não se revelaram estatisticamente significativas.

Discussão/Conclusão: Este estudo revela que o tabagismo, o grau de Gleason e o volume de perdas no PAD-*test* inicial poderão ser fatores preditores de recuperação de continência em doentes incontinentes após prostatectomia radical.

As principais limitações deste estudo são o tamanho reduzido da amostra, o desenho retrospetivo e a seleção de doentes incontinentes de acordo com a referenciação para a Unidade de Urodinâmica, que poderá subestimar a taxa de incidência de incontinência urinária.

C 51

NON MUSCLE-INVASIVE BLADDER CANCER FOLLOW-UP - PREDICTING FALSE POSITIVES ON CYSTOSCOPY

Miguel Eliseu, Andreia Almeida, Roberto Jarimba, Hugo Antunes, Edgar Tavares-da-Silva, Paulo Temido, Arnaldo Figueiredo

Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introduction: *Diagnosis of bladder cancer (BC) and follow-up in non-muscle invasive (NMI) BC after transurethral resection of bladder tumor (TURB) is largely based on cystoscopy surveillance. Urinary cytology and imaging studies can complement cystoscopic findings and predict presence of primary tumor or recurrence. Follow-up up regimens prove imperfect for accurate detection of recurrent neoplasia in the bladder, as even cystoscopy is a user-dependent examination with roughly 20% of false positives leading to negative TURB procedures, with further morbidity and costs. Validating complementary predictors of the presence of tumor would optimize diagnosis and follow-up, and lessen the burden of unnecessary TURBs.*

Objectives: *To determine predictive factors of true presence of bladder tumor in the case of positive cystoscopic findings, in primary and recurrent NMIBC.*

Methods: *Patients submitted to TURB from January 2015 to December 2016 were analysed, identifying which underwent TURB after cystoscopic finding of primary or recurrent tumor; planned repeat TURBs after initial resection were not included. Other factors, such as age, gender, smoking, pre-operative cytology, upper tract imaging, primary/recurrent lesions, previous tumor characteristics and histology reports were described and evaluated for correlation with true presence of neoplasia in TURB specimen.*

Results: *We included 418 TURB procedures performed in the defined period for suspected primary or recurrent urothelial carcinoma of the bladder. The global rate of false-positives (nega-*

tive TURB) was 25,1% (105 patients); false-positives from cystoscopy findings alone were found in 31.6% of patients.

Neither patient demographics nor primary tumor characteristics nor previous negative TURBs were predictors of false-positive recurrence findings. Previous intravesical treatment also did not show association with less accurate tumor identification.

High-grade pre-operative urinary cytology was significantly associated with accurate prediction of true presence of tumor in the bladder (1.3% false-positives vs 28.9%; p=0.004); conversely, low-grade cells (p=0.641) or any positive cytology (p=0.256) were not.

Discussion/Conclusions: *Cystoscopy alone yields high rates of false-positive findings for BC, especially in recurrence detection. Positive pre-operative cytology for high-grade urothelial carcinoma is a strong predictor of true presence of malignant tumor, both in primary and recurrent lesions. Conversely, both negative cytology and low-grade neoplastic cells were associated with very high false-positive rates in BC recurrence detection; although larger validation is required, a proportion of these patients with less suspicious lesions could be selected for stricter follow-up rather than immediate TURB.*

C 52

A SYSTEM TO AUTOMATICALLY DETECT TUMORS IN WHITE LIGHT CYSTOSCOPY IMAGES USING TEXTURE

Nuno Morais[1], Nuno R. Freitas[2], Agostinho Cordeiro[1], João Torres[1], Sara Anacleto[2], Pedro M. Vieira[2], Carlos S. Lima[2], Estêvão Lima[1,3]

[1]Department of Urology, Hospital of Braga, Braga, [2]CMEMS-UMinho Research Unit, University of Minho, Guimarães, [3]Life and Health Sciences Research Institute, University of Minho, Braga

Introduction and objectives: *Tumour detection and classification is a process highly dependent on the urologist's experience. Yet, combining it with new techniques of image processing, might provide a clear diagnosis in earlier stages of the pathology, increasing treatment's successful rates. The major goal of this approach was to create an initial module to be part of an automatic and real-time bladder tumours detector during white light cystoscopy exams.*

Methods: *A region of a bladder wall image can be characterized by several descriptors, such as colour, texture, shape and size. Since shape and size of tumours vary considerably, only colour and texture seem to be feasible regarding automatic diagnosis. In this approach, textural measures were extracted from tumor and non-tumor regions of each image using complex tranforms, such as wavelet (DWT) and curvelet (DCT) transforms; while color descriptors were extracted from the image histogram. Local Binary Patterns (LBP) were also exploited to describe the spatial structure of the local image texture. Pattern recognition was performed over a dataset of T1 bladder tumors frames by using a supervised learning system based on Neural Networks, namely Multilayer Perceptron (MLP).*

Results: *107 images with T1 tumors classified by an experienced pathologist were used to test the system's performance, together with 246 images with normal tissue. One of the observations drawn from this work was that texture features led to 10% higher performances than colour features. Regarding texture features variations, performances of 80% and 91% in sensitivity (Sn) and 95,9% and 92,8% in specificity (Sp) were obtained using DWT and DCT transforms, respectively. LBP features allowed to obtain a slightly higher Sp (96,1%), however, only 89% of the tumour frames were correctly classified.*

Conclusions: *These performances allowed to deduce the greater capability of texture-based features to characterize and classify tumour frames. Although these promising results, there is still a need for improvements in order to obtain a system capable of performing the necessary diagnostic functions, namely by using more*

powerful classification systems, such as ensemble learning strategies and convolutional neural networks that however require a large database that is currently under construction.

C 53

COMPLICAÇÕES DAS NEFRECTOMIAS DOS ÚLTIMOS 6 ANOS

Alexandre Macedo, Nuno Ramos, Vanessa Metrogos, Nuno Figueira, Miguel Carvalho
Hospital Garcia de Orta

Introdução: O tumor do rim é um dos tumores mais frequentes do trato genito-urinário, sendo o carcinoma de células renais o tipo histológico mais frequente. È a terceira neoplasia urológica mais frequente. Na actualidade, o tratamento cirúrgico de eleição é a nefrectomia parcial, quando exequível, tendo a via laparoscópica vindo a tornar-se a abordagem preferencial.
Objetivos: Análise da casuística dos tumores do rim submetidos a nefrectomia parcial e radical por via aberta e laparoscópica da nossa instituição, assim como as complicações associadas ao procedimento até aos 30 dias de pós-operatório.
Materiais e métodos: Revisão dos processos clínicos e anatomo-patológicos dos doentes operados entre janeiro 2012 e dezembro de 2017. Análise epidemiológica, com a distribuição por sexo e idade, classificação segundo histologia, tamanho dos tumores, tempo de internamento, perdas hemáticas no pós-operatório e tempo operatório. Por fim, foi feita a revisão das complicações associadas a cada tipo de procedimento.
Resultados: Entre 2012-2017 (6 anos) foram realizadas 191 nefrectomias, dentre as quais, 151 corresponderam a carcinoma de células renais (CCR), 2 a carcinomas uroteliais, 19 oncocitomas, 5 angiomiolipomas e 2 linfomas. A variante histológica mais frequentemente encontrada no CCR foi o de células claras em 112 dos casos (74,1% dos CCR). Na nossa amostra, 129 doentes eram do sexo masculino e 62 do sexo feminino.
Foram realizadas 43 nefretomias parciais abertas (NPA), 13 nefretomias parciais laparoscópicas (NPL), 105 nefretomias radicais abertas (NRA) e 28 nefretomias radicais laparoscópicas (NRL).
As complicações foram classificadas segundo a classificação de Clavien-Dindo. Nas NPA, as mais frequentes foram a infecção da ferida operatória (9,3%) - Clavien II e Clavien IIIa; e a hemorragia com necessidade de transfusão (9,3%) - Clavien II. Nas NPL, houve apenas 2 complicações, estando estas relacionadas com hemorragia (Clavien I e II). Nas NRA, 9,6% dos doentes desenvolveram ileus – Clavien I; 4,76% complicações cardíacas – Clavien II; 1,9% - Clavien V. Nas NRL, 10,7% tiveram hemorragia – Clavien I.
Conclusão: Na cirurgia laparoscópica constatou-se um tempo de internamento médio inferior, no entanto as perdas hemáticas e o tempo operatório foram superiores. A taxa de complicações foi superior na cirurgia aberta, estando associada a maior tempo de internamento, maior taxa de transfusão e de reintervenção, assim como a um maior número complicações médicas.

C 54

RENORRAFIA NA NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA: FIO DE POLIGLACTINA *VS.* FIO BARBADO

Catarina Tavares, Diogo Gil Sousa, Daniel Oliveira-Reis, Diogo Nunes-Carneiro, André Marques, Jorge Correia, João Pereira, Gonçalo Mendes, Bernardo Teixeira, Miguel Ramos, Paulo Príncipe, Lafuente Carvalho, Frederico Teves, Avelino Fraga
Centro Hospitalar do Porto

Introdução: Nas *guidelines* da *European Association of Urology*, a nefrectomia parcial é o tratamento recomendado para doentes com tumores renais de 7 cm ou menos. Uma das suas principais vantagens é que preserva nefrónios, sendo esta preservação tanto maior quanto menor o tempo de isquemia necessário para remover o tumor. O determinante mais importante do tempo de isquemia é a renorrafia, um

procedimento complexo quando executado por via laparoscópica que exige destreza manual e prática. Se é assim fundamental que a renorrafia seja rápida para reduzir o tempo de isquemia, é igualmente imprescindível que o defeito renal seja encerrado adequadamente de forma a evitar fístulas urinárias ou hemorragias. A utilização do fio de sutura barbado, um fio de "autoretenção", liberta a mão não dominante da contínua tração do fio, tornando a sutura mais rápida e evitando a necessidade de realizar nós intracorpóreos.

Objetivo: Determinar se o fio utilizado na renorrafia (fio de poliglactina *vs.* fio barbado) na nefrectomia parcial laparoscópica (NPL) está associado ao tempo de isquemia.

Material e métodos: Análise retrospetiva dos processos clínicos dos doentes submetidos a NPL entre janeiro de 2010 e junho de 2018 no Centro Hospitalar do Porto.

Resultados: Noventa e dois doentes foram submetidos a NPL por tumor durante o referido período; foram excluídos desta analise três doentes com mais que um tumor e quatro doentes em que houve necessidade de conversão para cirurgia aberta. Assim foram comparados 42 doentes submetidos a renorrafia com fio de poliglactina (Vicryl®) com 43 doentes submetidos a renorrafia com fio barbado (V-Loc). O grupo da poliglactina (PG) era comparável ao grupo do frio barbado (FB) em termos de idade (58.6±12 *vs.* 59.1±13 anos), género (64% *vs.* 63% homens), ASA (2,1±0,5 *vs.* 2,0±0,6), TFG pré-operatória (95,2±28,2 *vs.* 94,5±26,3 mL/min) e tamanho do tumor (26,7±9,0 *vs.* 28,0±11,0 mm). O tempo de isquemia médio foi ligeiramente inferior no grupo FB (18,8 ± 5,0 minutos, amplitude de 10-33 minutos) relativamente ao grupo PG (20,5 ± 7,4 minutos, amplitude de 11-46 minutos), não sendo esta diferença estatisticamente significativa (teste t(76)=1,2; p=0,23). O tempo médio de cirurgia foi significativamente superior no grupo da PG (177,7±47 *vs.* 139,2±41 minutos; p=0,0002), o que provavelmente reflete uma evolução na experiencia dos cirurgiões, dado que os doentes do grupo FB foram operados mais recentemente. Já a variação na TFG pós-operatória em relação à pré-operatória e o tempo de internamento foram semelhantes entre os grupos. Segundo a classificação de Clavien-Dindo das complicações pós-operatórias, houve três ocorrências no grupo PG: dois casos com classificação grau 3b e um caso grau 3a; do grupo FB houve quatro complicações: um caso grau 2, dois grau 3a e um grau 5.

Discussão/Conclusão: Contrariamente ao reportado na literatura, não observamos redução significativa do tempo de isquemia com a utilização do fio barbado. Este resultado poderá refletir um tamanho amostral insuficiente, uma diferença ocultada pela variabilidade no tempo de isquemia dependente do cirurgião principal, ou pelo facto de não haver diferença no tempo de isquemia com a utilização do fio barbado no nosso centro.

C 55

CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIS, UM ESTUDO DE CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA REGIÃO SUL DE PORTUGAL: RESULTADOS PRELIMINARES DO REGISTO ONCOLÓGICO REGIONAL SUL (ROR-SUL)

Rodrigo Murteira, Nuno Ramos, Patrícia Soares, Catarina Ramos, Fábio Borges, Ana Miranda
Hospital Garcia de Orta Registo Oncológico Regional Sul (ROR-Sul)

Introdução: O carcinoma de células renais (CCR) é o tumor do rim mais comum nos adultos e representa 2.4% de todos os tumores. Dada a escassez de dados epidemiológicos em Portugal sobre este tumor, este trabalho pretende servir de base para um conhecimento complementar indispensável sobre esta população de doentes.

Objetivos: Caracterização clinico-epidemiológica e do padrão de tratamentos do CCR na região sul de Portugal e determinação da sobrevivência global (SG).

Métodos: Foi elaborado um estudo de coorte

histórico de base populacional. Os doentes foram identificados com recurso à base de dados do Registo Oncológico Regional Sul (ROR-Sul). Foram considerados todos os doentes adultos (≥18 anos) diagnosticados com CCR no ano de 2014 com residência na área de abrangência do ROR-Sul no momento do diagnóstico. Foram excluídos doentes sem confirmação histológica ou citológica. A análise foi realizada com base em estatística descritiva e a sobrevivência global (SG) foi avaliada através do método de Kaplan--Meier. Para análise da SG os doentes foram censurados aos 3 anos após o diagnóstico.

Resultados: Um total de 351 doentes foi incluído e o *follow-up* foi completo em 99.6% dos casos. A mediana da idade ao diagnóstico foi 64 anos (IQR:55-72) e 68.1% dos doentes são do sexo masculino. O CCR de células claras foi a variante histológica mais comum (77.2%) seguida dos tipos histológicos cromófobo (10.8%) e papilar (10.0%). Relativamente à apresentação ao diagnóstico, 77.8% dos casos foi diagnosticado num estadio localizado, 13.1% num estadio localmente avançado e 9.1% num estadio metastático. A maioria dos doentes com doença localizada (62.3%) realizou nefrectomia radical (NR) e 28.9% nefrectomia parcial (NP). Todos os doentes com doença localmente avançada realizaram NR. Trinta e oito doentes receberam primeira linha de terapêutica sistémica, dos quais 17 receberam terapêutica de segunda linha. O sunitinib (n=25) e o axitinib (n=9) foram os fármacos mais utilizados em primeira e segunda linha, respectivamente.

Para uma mediana de *follow-up* de 3.3 anos, a sobrevivência a 3 anos foi de 86.6%, 68.9% e 22.2% para a doença localizada, localmente avançada e metastática, respectivamente.

Conclusão: A epidemiologia do CCR encontra-se de acordo com o descrito na literatura. Cerca de 90% dos doentes são diagnosticados num estadio locoregional onde a cirurgia continua a ter um papel central. Os padrões terapêuticos encontram-se alinhados com as recomendações internacionais e a SG é concordante com a reportada na literatura.

C 56

LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL – CULPADA OU INOCENTE? A PROPÓSITO DE UM CASO DE TUMOR DO TESTÍCULO DE CÉLULAS GERMINATIVAS *BURNED-OUT*

Pedro Francisco Fernandes, Jorge Lima Fernandes
Hospital Central do Funchal - Serviço de Urologia

O tumor do testículo representa 1% das neoplasias masculinas e 5% dos tumores urológicos. A incidência nos países ocidentais situa-se entre 3 a 10 casos por 100000 homens.

maioritariamente são assintomáticos e envolvem um único testículo, sendo o tumor de células germinativas (GCT) o grupo histológico mais frequente.

O termo *burned-out* reporta-se a um fenómeno raro, caracterizado pela existência de metástases e regressão histológica da lesão testicular. O tipo de GCT mais frequentemente envolvido é o coriocarcinoma, seguido pelo carcinoma embrionário.

Caso clínico: Homem, actualmente com 31 anos, submetido a orquidectomia em junho de 2016 após diagnóstico incidental de uma lesão focal hipo-ecogénica no testículo direito acompanhada de elevação da concentração sérica da alfa-fetoproteína (AFP). Na TC toraco-abdomino-pélvica (TC-TAP) prévia à cirurgia é identificada uma massa retroperitoneal latero-aórtica esquerda (69x58 mm) com invasão da veia renal ipsilateral, compatível com conglomerado adenopático. O exame anatomo-patológico da peça cirúrgica evidenciou uma área nodular de 12 mm de fibrose hialina, sem evidência morfológica ou imuno-histoquímica de neoplasia intra-tubular. Seguidamente, o doente cumpre quatro ciclos de quimioterapia com bleomicina, etoposido e cisplatina (BEP), assistindo-se a um decréscimo da concentração sérica de AFP de 68364,0 para 15,6 ng/mL. Todavia, a persistência do conglomerado adenopático,

cujo comportamento era compatível com doença maligna metabolicamente activa, determinou o seu encaminhamento para o Instituto Português de Oncologia de Lisboa em janeiro de 2017, onde se procede à colocação de prótese na veia renal esquerda e linfadenectomia retroperitoneal (RPLND). O estudo anatomo-patológico excluiu tecido neoplásico viável.

Em TC-TAP de outubro destaca-se o aparecimento de hidronefrose, motivo pelo qual é referenciado à consulta de Urologia. Na re-avaliação imagiológica (fevereiro 2018) mantinha importante dilatação pielo-calicial, com transição abrupta de calibre do ureter ao nível do segmento proximal deste, identificando-se ainda ligeira densificação da região latero-aórtica esquerda e alguns clipes metálicos, assim como obliteração total do lúmen da prótese vascular por trombo.

Foi tentada a colocação de duplo J por via retrógrada. Contudo, por estenose completa do ureter lombar, optou-se pela nefrostomia percutânea.

No pós-operatório, devido ao baixo débito urinário pela nefrostomia, e após confirmação do seu correcto posicionamento, solicitou-se cintigrafia renal com DMSA, a qual evidenciou acentuada assimetria morfo-funcional renal condicionada pela atrofia global do rim esquerdo.

Discussão: Os tumores do testículo apresentam altas taxas de cura dada a sua quimiossensibilidade.

A persistência de doença retroperitoneal de grande volume implica a sua ressecção completa após quimioterapia. A RPLND deve ter lugar em centros de referência, sobretudo quando no mesmo acto se propõe a ressecção de órgãos e/ou vasos afectados pela doença e a realização de procedimentos reconstrutivos.

Apesar do seu papel potencialmente curativo, a RPLND comporta riscos. No caso descrito, o surgimento da hidronefrose após o procedimento cirúrgico poderá ter contribuído para a perda da função renal não ignorando, porém, os efeitos deletérios da trombose da veia renal.

C 57

PANCISTITE SEVERA EM PACIENTE TRATADO COM MITOMICINA C: DESCRIÇÃO DE UM CASO CLÍNICO, SUA ABORDAGEM E DIFÍCIL CONTROLO

Daniela Pereira, Luís Costa, Jorge Dias, Alexandre Gromicho, Débora Araújo, Pedro Costa, Raquel Rodrigues
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: O carcinoma urotelial não musculo invasivo está associado a taxas importantes de recorrência após a recessão cirúrgica do tumor. O uso de terapêutica intravesical após RTU-V permite uma redução significativa da taxa de recorrência e a sua utilização é amplamente recomendada pela EAU e AUA.

Um dos fármacos mais utilizados é a Mitomicina C. Apesar da sua instilação ser considerada segura e eficaz, não é sempre inócua e as complicações associadas podem ser severas e resistentes aos métodos de tratamento disponíveis.

Objetivos e métodos: Este trabalho aborda um caso clínico do CHVNGE complicado por pancistite e perfuração extra peritoneal da bexiga após RTU-V com instilação pós operatória de mitomicina C.

Caso clínico: Homem de 70 anos com diagnóstico de neoplasia vesical, submetido a RTU-V. A anatomia patológica mostrou a presença de carcinoma urotelial pTa de baixo grau. Cumpriu 6 meses de adjuvância com mitomicina C segundo decisão da RGO.

Aos 10 meses de seguimento apresentava uma lesão milimétrica na parede anterior da bexiga, com esboço papilar, compatível com recorrência do tumor. Realizou nova RTU-V com instilação pós-operatória de Mitomicina C. Teve alta ao 1º dia pós operatório, algaliado, com indicação de remoção da SV ao 10º dia pós operatório.

Ao 12º dia pós operatório foi observado no serviço de urgência por desconforto localizado ao hipogastro. A tomografia computorizada com cistografia revelou a presença de rutura extra peritoneal da vertente anterior da bexiga, tratada

com drenagem imediata com sonda vesical, e cistorrafia por via anterior no dia seguinte.Teve alta ao 4º dia pós operatório com SV.

Pós-operatório complicado por episódio de ITU com isolamento de E. *faecalis* em UC. Cumpriu 7 dias de amoxiciclina/ácido clavulânico.

Realizou cistografia no ambulatório que mostrava a presença de uma bexiga de baixa capacidade, com perdas exta-algália aos 50cc, sem fugas de contraste.

Na cistoscopia realizada em consulta externa foi identificada persistência de área desvitalizada sugestiva de solução de continuidade. Realizou RM onde foi descrita área de perda de sinal com 35*10mm de diametro na parede anterior, compativel com fístula.

Em reunião de serviço de urologia foi decidido manter tratamento conservador.

Por persistência de LUTs de enchimento intensos, com fraca resposta ao tratamento com antimuscarínicos, foi orientado para a realização de instilações vesicais com soro fisiológico, bicarbonato e heparina, segundo protocolo do serviço. A resposta ao tratamento foi parcial.

Realizou citologia urinária que mostrou a presença de células inflamatórias. Nesse contexto iniciou ciclo de prednisolona com melhoria adicional ligeira dos sintomas.

Só um ano após a intervenção cirúrgica se verificou cicatrização completa da mucosa na cistoscopia.

Atualmente mantém apenas tratamento com antimuscarícos orais.

Conclusão: Os benefícios da administração pós-operatória imediata de Mitomicina C no tratamento do tumor urotelial não musculo invasivo de baixo grau são amplamente reconhecidos e a sua recomendação bem estabelecida.

A inspeção cuidadosa da bexiga antes da sua aplicação, uma vigilância atenta após administração do fármaco e o tratamento precoce das complicações são pontos importantes para a redução de problemas mais graves.

C 58

ESTENOSE URETERAL APÓS URETERO-ILEOSTOMIA CUTÂNEA TIPO BRICKER. EXPERIÊNCIA DO CHVNGE

Daniela Pereira, Luís Costa, Alexandre Gromicho, Débora Araújo, Pedro Costa, Raquel Rodrigues
Centro hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: Cerca de 30% dos doentes com cancro da bexiga apresentam tumor musculo invasor ao diagnóstico.

O tumor da bexiga musculo invasor é altamente letal e sem tratamento apresenta uma taxa de mortalidade de cerca de 85% aos dois anos.

O tratamento standard definitivo para o cancro da bexiga musculo invasivo é a cistectomia radical com linfadenectomia pélvica e reconstrução urinária.

A cistectomia radical é um procedimento complexo, frequentemente realizado em doentes com idade avançada e múltiplas comorbilidades, pelo que a presença de complicações é comum.

A presença de estenose da junção uretero entérica é uma complicação normalmente tardia da cistectomia radical com derivação urinária, que ocorre em cerca de 2 a 15% dos doentes. A apresentação pode ser por deterioração da função renal, dor lombar, complicações infecciosas ou a presença de hidronefrose em exames de imagem.

Objetivos: Este trabalho aborda a experiência do serviço de urologia do CHVNGE no tratamento dos casos de estenose uretero entérica após derivação urinária tipo Briker realizadas nos últimos 10 anos.

Métodos: O processo clínico de cento e sete doentes submetidos a cistectomia radical na nossa instituição no período de 2007 e 2017 foram analisados. Em trinta e sete doentes foi realizada derivação uretero-ileal tipo Bricker.

Resultados: A média de idades dos doentes em estudo foi de 68 anos.

Dos trinta e sete doentes submetidos a derivação urinária tipo Bricker, nove desenvolveram estenose da anastomose uretero-ileal. O tempo entre a cistectomia e o diagnóstico da estenose

variou entre os seis meses e os dois anos.
Em todos os doentes foi realizada tomografia computorizada para confirmação do diagnóstico. Cinco dos doentes foram submetidos a tratamento cirúrgico; dois não foram intervencionados por suspeita de recidiva local da doença; e dois doentes aguardam cirurgia.
Todos os doentes operados foram abordados pimariamente por via endoscópica anterógrada. Três doentes ficaram com NPC permanente, por impossibilidade de resolução endoscópica e falta de condições para cirurgia aberta. Dois doentes foram submetidos a revisão da ureteroileostomia por via aberta, com sucesso.
À data deste trabalho verificou-se o óbito de três dos 9 doentes incluídos na análise.
Conclusão: A nossa taxa de estenoses uretero-ileais após cistectomia é ligeiramente superior à descrita na literatura.
A correção endoscópica de estenose uretero-ileal é a primeira abordagem escolhida pela sua menor invasividade. Por outro lado, a abordagem cirurgica aberta pode ser dificultada quer pelas comorbilidades do doente, quer pela existência de fibrose extensa no território cirurgico. Contudo, pela nossa experiência, a correção de estenoses superiores a 1 cm por via aberta foi superior ao tratamento endoscópico.

C 59

ADENOMECTOMIA PROSTÁTICA ABERTA – COMPARAÇÃO DE DUAS TÉCNICAS

Nuno Dias, Pedro Abreu Mendes, Daniel Costa, João Silva, Francisco Botelho, Paulo Dinis
Centro Hospitalar de São João

Introdução/Objetivos: Existem várias opções para o tratamento cirúrgico da hiperplasia benigna da próstata. Apesar das várias opções minimamente invasivas desenvolvidas recentemente, a adenomectomia aberta permanece uma das opções *gold standard* em glândulas com mais de 80 gramas.
Este trabalho pretende comparar a morbilidade peri-operatória entre as duas técnicas de adenomectomia aberta mais frequentes - retropúbica e suprapúbica.
Material e métodos: Realizamos um estudo retrospectivo incluindo os doentes submetidos a adenomectomia prostática aberta entre julho de 2016 e julho de 2018.
Para avaliar diferenças entre os grupos registamos idade e volume prostático, comparados com recurso a *t-test*; e grupo ASA e indicação para a cirurgia, comparadas por teste de qui-quadrado. No que concerne à avaliação do período pós-operatório foram comparados os tempos de cirur-gia, algaliação e de internamento, bem como a queda de hemoglobina pós-operatória recorrendo a *t-test*; e as complicações pós-operatórias (Clavien-Dindo 1-2 e 3-5) com teste de qui-quadrado.
Resultados: Incluímos 120 doentes, 34 submetidos a adenomectomia retropúbica e 86 segundo a técnica suprapúbica (transvesical).
As características dos pacientes seleccionados para cada uma das técnicas foi semelhante no que respeita a idade, score ASA e volume prostático.
A indicação mais comum para a cirurgia foram LUTS refractários a terapêutica médica para am-bas as técnicas, correspondendo a 78% dos doente na retropúbica e 57% na suprapúbica.
A duração média de cirurgia foi semelhante para ambas as abordagens, com média de 56 minu-tos e de 60 minutos para as técnicas retropúbica e suprapúbica, respectivamente.
A técnica de adenomectomia retropúbica associou-se a menores tempos de internamento (4,7 *vs* 6,1; $p < 0,05$), de duração de hematúria (1,4 *vs* 3,5; $p > 0,05$) e de algaliação (6,5 *vs* 8,9; $p < 0,05$).
As complicações pós-operatórias foram estratificadas pelo seu grau Clavien-Dindo em leves (graus 1 e 2) e graves (graus 3 a 5). Houve maior frequência de complicações leves para a técni-ca retropúbica comparada com a transvesical (39 *vs* 16%) e maior frequência de complicações graves na técnica transvesical (0 *vs* 7.6%), sem estas diferenças serem estatisticamente signifi-cativas.

A queda de hemoglobina do período pré-operatório para o primeiro dia pós-operatório foi seme-lhante para ambas as técnicas (1.8 *vs* 1.9 g/dL; p=0.6).

Discussão/Conclusões: Actualmente existem múltiplas técnicas aceites para o tratamento cirúrgico da hiperplasia benigna da próstata.

No nosso Serviço, a mais utilizada para próstatas com mais de 80 g continua a ser a adenomec--tomia prostática aberta.

Para pacientes com idades, ASA e volumes prostáticos semelhantes, a técnica retropúbica as-sociou-se a menores tempos de internamento, de hematúria e de algaliação; e a técnica transvesical registou uma maior taxa de complicações graves. Para ambas as taxas de complicações graves foram baixas.

Assim, admitimos que em centros com experiência, estas técnicas podem associar-se a trata-mentos com baixo grau de morbilidade peri--operatória, podendo quando as características dos pacientes o permitam ser preferida a técnica retropúbica.

C 60

ESTENOSE DA ANASTOMOSE URETEROILEAL – UMA ABORDAGEM ALTERNATIVA

Ana Cebola, Andrea Furtado, Pedro Bargão Santos, Fernando Ferrito
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca

Introdução e objetivo: A realização de uma cistectomia radical em doentes com neoplasia da bexiga implica a realização de uma derivação urinária sendo a construção de uma bexiga ortotópica uma opção cirúrgica neste contexto.

Das várias complicações pós-operatórias que podem ocorrer nestes casos a estenose da anastomose ureteroileal ocorre em até cerca de 3% dos casos. A longo prazo, se não corrigida, pode resultar na perda da função renal que se desenvolve de forma silenciosa, associada a dor ou a infecções urinárias de repetição.

O *gold standard* é a correcção da estenose por cirurgia aberta, no entanto, devido à elevada morbilidade associada a esta abordagem, a via endoscópica tem sido utilizada como primeira linha com bons resultados.

Neste trabalho apresenta-se um caso clínico de uma estenose completa da anatomose ureteroileal abordada por via endoscópica anterograda.

Material e métodos: Apresentamos um caso de um homem, 56 anos, submetido a cistectomia radical com linfadenectomia e derivação urinária com bexiga ortotópica em maio/2015. Em TAC de controlo aos 3 meses observou-se a presença de ureterohidronefrose à esquerda associada a diminuição da função do rim homolateral. Foi feita pielografia anterograda identificando-se estenose completa da anastomose ureteroileal. Por ureterorenoscopia anterograda identificou--se uréter em fundo de saco tendo sido feita a sua permeabilização com fibra laser Holmium e posterior dilatação da mesma com balão. Na avaliação imagiológica de controlo evolutivo verificou-se a resolução do quadro obstrutivo com melhoria da função renal à esquerda.

Conclusão: A abordagem endoscópica das estenoses da anastomose ureteroileal é uma via segura que permite a obtenção de bons resultados sem grande morbilidade associada. Neste caso a permeabilização de uma estenose completa com o recurso ao laser permitiu evitar a necessidade de realização de cirurgia aberta que se associa a elevada morbilidade.

C 61

PSEUDO-ANEURISMA RENAL APÓS NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA – UMA COMPLICAÇÃO RARA

Ana Cebola, André Barcelos, Andrea Furtado, Pedro Bargão Santos, Fernando Ferrito
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca

Introdução e objetivos: Os pseudo-aneurismas renais são condições raras, decorrentes de uma lesão da parede arterial do sistema arterial renal, seja por trauma aberto ou contuso (mais raro).

A nefrolitotomia percutânea pode ser complica-

da com um pseudo-aneurisma em 0,5-1% dos casos e o diagnóstico não é tão fácil como se poderia pensar. A apresentação clínica é muito variável e insuficiente para fazer um diagnóstico. A avaliação diagnóstica é feita com TC com contraste, se possível com reconstruções angiográficas, para que um adequado planeamento terapêutico possa ser feito.

A abordagem terapêutica de primeira linha é a angioembolização da lesão por ser um procedimento altamente eficaz e com baixa incidência de complicações.

Com este trabalho queremos aumentar o nível de alerta para esta complicação bem como demonstrar a eficácia da angioembolização no seu tratamento.

Material e métodos: Apresentamos uma série de 2 casos clínicos de pseudoaneurismas renais após nefrolitotomia percutânea que se apresentaram sob a forma de hematuria macroscópica e que foram resolvidos com angioembolização arterial sem nenhuma complicação.

Resultados: Houve resolução completa da hematúria e restabelecimento dos níveis de hemoglobina, sem necessidade de transfusões sanguíneas. Não houve alteração da função renal após a embolização.

Conclusão: A angioembolização do pseudoaneurisma é uma abordagem terapêutica eficaz e com baixa incidência de complicações.

C 62

RESULTADOS OBTIDOS NUMA POPULAÇÃO DE MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO SUBMETIDAS A TRATAMENTO CIRÚRGICO: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE UM CENTRO

Passos P.[1], Silva A.[2], Grenha V.[1], Versos R.[1], Preza-Fernandes J.[1], Azevedo V.[1], Ramires R.[1]
[1]*Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães,*
[2]*Escola de Medicina, Universidade do Minho*

A incontinência urinária de esforço constitui um problema muito comum no sexo feminino, com repercussões sociopsicológicas marcadas. Torna-se fundamental, portanto, otimizar terapêuticas. A colocação de slings por via transobturadora é atualmente a técnica standard de tratamento desta patologia.

O objetivo deste estudo foi caracterizar uma população de mulheres submetidas a cirurgia de correção de incontinência urinária de esforço no Hospital Senhora da Oliveira e tentar identificar variáveis que possam influenciar a sintomatologia pós-operatória e a satisfação das doentes, através da aplicação de um questionário telefónico (UDI-6). Foram analisadas 110 mulheres com diagnóstico clínico e/ou urodinâmico de incontinência urinária de esforço, tratadas com colocação transvaginal de fita suburetral transobturadora, entre janeiro de 2012 e fevereiro de 2017.

Dos resultados obtidos, percebemos que após cirurgia, 40% apresentavam urgência urinária, 27,1% persistiam com incontinência de esforço e 31,9% manifestavam dor pélvica e/ou hipogástrica. Em relação às complicações peri-operatórias, ocorreram em apenas duas doentes - um caso de retenção urinária e um traumatismo vesical.

Da análise dos resultados, podemos concluir que apenas o IMC se correlacionou positivamente com o *score* UDI-6 (rs= 0,29, p=0,002). Não existiu correlação entre o *score* e o número de partos vaginais (rs=-0,06 p= 0,59) ou a toma de psicofármacos (U= 1417, p= 0,678). A idade revelou ser um preditor estatisticamente significativo do *score* de UDI-6 (β=0,34, t=2,33, p=0,022), assim como o IMC (β=0,35, t=3,97, p=0,001) e o status hormonal (β= -0,36, t= -2,51, p=0,014).

Este estudo realça como alguns fatores podem interferir na sintomatologia pós-operatória da cirurgia de correção de incontinência urinária de esforço. Neste sentido, revela a necessidade de realização de estudos posteriores e a identificação de fatores modificáveis, que possam otimizar o sucesso terapêutico.

C 63

PENECTOMIA PARCIAL COMO COMPLICAÇÃO RARA DA DOENÇA DE BUERGER – CASO CLÍNICO

V. Metrogos, R. João, R. Ramos, R. Carneiro,
J. Jorge Silva, J. Lencastre, E. Silva
Hospital Garcia de Orta, Instituto Português de Oncologia, Lisboa

Introdução: A doença de Buerger ou tromboangeite obliterante é uma vasculite esclerosante segmentar, não-aterosclerótica, recorrente, que afecta geralmente vasos de pequeno e médio calibres, cuja etiologia permanece por esclarecer. É diagnosticada tipicamente em homens fumadores, com idade entre os 40-45 anos, que surgem com úlceras e gangrena das extremidades, culminando frequentemente na amputação cirúrgica das mesmas. Embora qualquer tipo de vaso, em qualquer parte do corpo, possa ser afectado, o envolvimento peniano está descrito em raros casos.

Objetivo: Relatar um caso de envolvimento peniano com necessidade de penectomia parcial em relação com a Doença de Buerger e apresentar uma breve revisão sobre o tema.

Material e métodos: Foi realizada pesquisa bibliográfica no PUBMED utilizando os termos *Buerger's disease*, *penectomy and penile involvement* e foram consultados os registos clínicos referentes ao caso clínico.

Resultados: Homem de 42 anos, fumador de 36UMA até há 12 anos atrás, altura em que foi submetido a by-pass femoro-popliteu esquerdo, na sequência de isquémia do membro inferior esquerdo por doença de Burguer diagnosticada aos 24 anos, recorreu à consulta por úlcera dolorosa do pénis, de agravamento progressivo, com cerca de 12 meses de evolução. Inicialmente, por tumefacçao dolorosa no dorso do pénis, foi admitido abcesso peniano. Realizou drenagem e antibioterapia, mas desenvolveu-se uma úlcera de difícil cicatrização, com atingimento progressivo da glande e sulco balano-prepucial e aparecimento de trajectos fistulosos subcutâneos. Após exclusão de HIV, VHC e sífilis, foi submetido a biópsia da lesão, cuja avaliação histológica mostrou um infiltrado de polimorfonucleares, sem evidência de neoplasia. Devido ao agravamento da lesão e das queixas álgicas associadas, foi referenciado para a nossa instituição. Apresentava uma lesão da glande e sulco balano-prepucial, com perda de substância, com cerca de 2.5cm, sem evidência de sinais infecciosos, nem adenopatias inguinais palpáveis. Realizou estudo no sentido de excluir causa infecciosa, auto-imune, metabólica e vascular, cujo resultado foi inconclusivo. Perante a progressão da lesão e grave impacto na qualidade de vida, foi submetido a penectomia parcial. A avaliação histopatológica da peça revelou lesão do tipo vaso-oclusico, com vasos obliterados de pequeno e médio calibres, compatível com envolvimento pela tromboangeíte obliterante. Não se verificaram intercorrências nos primeiros 6 meses de pós-operatório.

Discussão/Conclusão: A doença de Buerger, classificada como uma vasculite necrotizante progressiva, causa habitualmente isquémia a nível das extremidades distais. Até à data, foram descritos apenas 3 casos de Doença de Buerger com envolvimento dos vasos penianos, culminando em amputação do pénis. Em dois casos, a amputação peniana foi realizada após amputações digitais múltiplas e das extremidades, sendo que ambos os doentes mantiveram os hábitos tabágicos. Apenas num caso, o envolvimento peniano foi a manifestação inicial da doença de Buerger. No caso que relatamos, depois de 12 anos sem manifestações e sob cessação tabágica, a doença de Buerger voltou a manifestar-se de uma forma rara, envolvendo o território peniano, com consequente necessidade de penectomia parcial.

C 64

AZOOSPERMIA: A TESE COMO MÉTODO SIMULTÂNEO DE DIAGNÓSTICO E DE TRATAMENTO

Passos P.[1], Campos A.[2], Grenha V.[1], Versos R.[1], Preza-Fernandes J.[1], Azevedo V.[1], Ramires R.[1]
[1]Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães, [2]Escola de Medicina, Universidade do Minho

Introdução: A infertilidade, definida como a incapacidade de conseguir uma gravidez espontânea após 12 meses de relações sexuais não protegidas, é um problema de saúde pública que afeta cerca de 25% dos casais. O fator masculino contribui com 30-40% dos casos, sendo que em 20% o espermograma mostra uma ausência completa de espermatozoides - azoospermia. No seu estudo etiológico, a biopsia testicular assume uma posição de grande importância, pois, não só contribui para o seu diagnóstico, como também permite a recolha e criopreservação de eventuais gâmetas masculinos, que posteriormente poderão ser utilizados com recurso a técnicas de Produção Medicamente Assistida (PMA), nomeadamente a Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI).

Objetivos: Análise dos resultados da biópsia testicular (TESE) de um conjunto de doentes diagnosticados previamente com azoospermia e concluir quanto às causas etiológicas mais prevalentes e à taxa de gravidez a termo após aplicação da ICSI. Analisar também a influência do modo de utilização dos gâmetas e da idade masculina no sucesso da ICSI.

Métodos: Foram examinados os processos clínicos de 87 pacientes classificados como "azoospérmicos" entre janeiro de 2010 e junho de 2018. Através de um estudo observacional retrospetivo, foram analisados os resultados da TESE, da anatomia patológica e da taxa de gravidez após ICSI num grupo de pacientes com diagnóstico de azoospermia da Unidade de PMA do Hospital Senhora da Oliveira.

Resultados: Do total de indivíduos, a TESE foi positiva em 66,7% e negativa em 33,3%.

Dos casos negativos, após exclusão de causa obstrutiva, destacam-se as etiologias: Síndrome de células de Sertoli-only (62,1%), paragem espermatocítica completa (17,2%) e associação Síndrome de células Sertoli-only e paragem espermatocítica quase completa (10,3%).

Nos casos de TESE positiva verificou-se uma maior prevalência de criopreservação dos gâmetas (77,6%) *versus* gâmetas a fresco (22,4%). Por sua vez, o sucesso na gravidez com a ICSI foi superior nos casos de utilização de gâmetas a fresco (30.8%).

No que toca ao sucesso da ICSI, não foi encontrada nenhuma relação estatisticamente significativa entre as diferentes faixas etárias do homem (<35 anos, p=0,425; 35-40 anos, p=0,195; >40 anos, p=0,292), nem entre o método de utilização de gâmetas (p>0,05).

Discussão/Conclusão: Ao contrário da literatura científica, os resultados positivos da biópsia foram superiores aos negativos. No entanto e de acordo com vários estudos publicados, houve uma maior prevalência de Síndrome de células Sertoli-only comparativamente às outras patologias associadas à azoospermia não obstrutiva. Também não se evidenciou qualquer associação entre a taxa de gravidez e o tipo de espermatozoide utilizados assim como entre esta e a idade masculina. Apesar de invasivos, TESE e ICSI têm indubitável valor tanto no diagnóstico da azoospermia como no seguimento terapêutico com sucesso destes pacientes.

C 65

BENIGN LESIONS AFTER PARTIAL NEPHRECTOMY

V. Metrogos, N. Ramos, A. Macedo, C. Marialva, J. Cruz, J. Bastos, M. Carvalho
Hospital Garcia de Orta

Introduction: *It is thought that increased utilization of imaging modalities is responsible for the increased incidental finding of asymptomatic, smaller and localized renal tumors (almost half of the new cases). These imaging techniques*

are often unable to distinguish benign lesions like oncocytoma or lipid-poor angiomyolipoma from renal cell carcinoma. Indiscriminate surgical treatment in all cases of renal masses may result in unnecessary interventions and even the undue loss of kidneys in patients without malignant disease. As a result, current guidelines recommend nephron-sparing surgery as standard of care for patients with small renal masses. Few studies have investigated the incidence of benign lesions after partial nephrectomy. Reported rates have been between 8.1-32.6%, but the number of patients in many of these series is limited.

Aim: *The authors propose to investigate the incidence of benign histology after partial nephrectomy in patients with presumed renal malignancy from preoperative imaging and also access preoperative predictors of benign lesions.*

Methods: *The medical records of 55 consecutive patients (38 males, 17 females) treated by surgery at a single-centre were included. Based on a report by the pathologist and the radiologist, the specimen tumor histology and size of each lesion were tabulated, respectively. The frequency of malignant and benign renal lesions was evaluated and differences in characteristics between these two groups of patients were assessed.*

Results: *A total of 55 patients underwent partial nephrectomy between 2012 and 2017. Of the 55 patients, 43 (78.0%) had malignant lesions (renal cell carcinoma or others) and 12 (21.8%) had benign lesions, the most frequently detected being oncocytoma (n=9) and angiomyolipoma (n=2). There was no difference in age at surgery, gender, tumor size, tumor laterality, operative time, warm ischemia time or perioperative blood transfusion rate (p>0.05). Lower preoperative serum creatinine was associated with benign histology (p=0.0480). A negative correlation was found between this parameter and benign histological finding (r= -0.323, IC 95% -0.542 to -0.0634, p=0.0161). When lesions were stratified into groups with diameters ≤3 cm or >3cm, the incidence of benign histology was 21.2% and 15.0%, respectively. Although, patients with benign histology seem to have smaller tumor size, there was no significant difference (p>0.05).*

Conclusions: *In the current study, the rate of benign pathology after partial nephrectomy for presumed renal malignancy was 21.8%. Lower preoperative creatinine may be predictive of benign histology, although the ability of this variable to predict benign lesions may be influenced by the distribution of benign tumor subtypes, reflecting potential unidentified selection bias. The incidence of benign lesions was higher (not statistically significant) in renal masses smaller than 3 cm in diameter, which should be taken in account when the treatment of presumed renal malignancy is planned.*

C 66

URETRÓLISE – UMA TÉCNICA EFICAZ NO TRATAMENTO DAS COMPLICAÇÕES DA BANDA SUBURETRAL

Jorge Correia, Paulo Príncipe, Avelino Fraga, Miguel Silva-Ramos
Serviço de Urologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

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

Objetivos: O objetivo deste estudo é avaliar a eficácia, a segurança e as complicações relacionadas com as uretrólises realizadas por colocação de banda suburetral.

Material e métodos: Foi feita a análise retrospectiva de todas as uretrólises realizadas no nosso serviço entre 2005-2017, referente aos dados demográficos, cura/ melhoria dos sintomas, melhoria dos valores urodinâmicos, recidi-

va e desenvolvimento de incontinência urinária de novo. A análise estatística foi realizada utilizando o *software SPSSTM* v24, com recurso ao teste t de amostras emparelhadas.

Resultados: Neste período foram identificados 23 casos de uretrólises, sendo que 3 deles foram excluídos por informação clínica insuficiente. Este número correspondeu a cerca de 1% do total de bandas suburetrais colocadas no mesmo período.

A idade média dos doentes à data da intervenção foi 57,2 ± 11,0 anos, com um tempo médio de *follow-up* de 30,7 ± 29,1 meses.

O intervalo de tempo entre a data da colocação da banda suburetral e o aparecimento dos primeiros sintomas sugestivos de complicação do procedimento cirúrgico foi de 39,2 ± 28,9 meses.

Dos 20 casos analisados, 8 foram por erosão da fita ao nível da uretra e 12 por obstrução infra-vesical. A maioria dos doentes foi submetido a excisão parcial/ completa da banda (n=13, 65%), sendo os restantes submetidos a incisão da banda (35%).

A maioria dos doentes referiu melhoria sintomática subjectiva no curto prazo (n=18, 90%). A gravidade dos sintomas, avaliada por escala visual analógica, melhorou significativamente (p<0,001), de 7,69 ±1,58 em média pré-operatoriamente para 3,88 ± 2,50 no pós-operatório. Os valores urodinâmicos, nos doentes com queixas de obstrução, foram concordantes com esta observação, apresentando também melhoria – o fluxo urinário máximo (Qmax) aumentou 207% (p=0,013) e o resíduo pós-miccional (RPM) diminuiu 61,8% (p=0,048).

Observaram-se 3 casos de recidiva durante o *follow-up* (15%) – 2 por recidiva de erosão (25%) e 1 por manter obstrução urinária (8%). Em 6 casos (30%) houve recorrência de IUE, tendo 2 deles sido submetidos a nova cirurgia com colocação de banda suburetral.

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

C 67

PAPEL DO COEFICIENTE DE DIFUSÃO APARENTE (ADC) NA AVALIAÇÃO DE MASSAS RENAIS

V. Metrogos, N. Ramos, A. Macedo, J. Cruz,
F. Figueiredo, J. Bastos, M. Carvalho
Hospital Garcia de Orta

Introdução: O carcinoma de células renais (CCR) representa 90% das neoplasias renais. O diagnóstico incidental de massas renais tem aumentado cerca de 2% ao ano. O seu diagnóstico diferencial pré-operatório pode falhar em cerca de 10-23% dos casos, resultando numa taxa de 7.5-33.6% de lesões benignas submetidas a cirurgia. As imagens de RM com estudo de difusão e cálculo do ADC podem fornecer informação quantitativa relativa às características destas massas renais e inferir indiretamente acerca da sua agressividade.

Objetivo: Avaliar a utililidade do coeficiente de difusão aparente no diagnóstico diferencial de massas renais.

Material e métodos: Estudo retrospectivo incluindo 21 doentes consecutivos submetidos a cirurgia por massas renais com diâmetro máximo de 7cm, que realizaram estudo pré-operatório com RM com estudo de difusão. As imagens de RM foram revistas, calculando-se o valor de ADC médio (ADCmed), ADC mínimo (ADCmin) e ADC normalizado (nADC) -rácio entre ADC da massa renal e ADC do parênquima renal "normal"- para cada lesão. Os valores de nADC foram correlacionados com o diagnóstico histológico das lesões.

Resultados: Os valores de ADCmin e ADCmed nas lesões foram significativamente inferiores aos valores calculados no parênquima renal normal (1289.71 ±547.40 *vs* 1984,800 ±246,54 e 1591.41 ±485.29 *vs* 2158,82 ±252,14, respectivamente) p<0.0001). No entanto, não se

verificaram diferenças entre os valores de nADC para as lesões malignas e benignas, ainda que as lesões malignas tenham apresentado valores de nADCmed inferiores aos das lesões benignas (0,7367 +-0,2144 *vs* 0,7295 +-0,1746, p>0.05). Constatou-se uma relação inversamente proporcional entre os valores normalizados de ADCmed e ADCmin nos CCR células claras e o grau nuclear de Fuhrman, embora sem significado estatístico (p>0.05).

Conclusões: Os tumores menos diferenciados e densos estão associados a valores de ADC mais baixos, reflectindo a elevada celularidade tumoral. Os valores de ADC para as lesões malignas foram inferiores aos verificados para o parênquima renal "normal". No entanto, devido ao tamanho reduzido da amostra estudada, não se encontraram diferenças para os valores de ADC entre as lesões malignas e as benignas ou entre os subtipos de CCR. De igual modo, a utilização dos valores de ADC na previsão do grau nuclear de Fuhrman nos CCR células claras também parece ser limitado, embora se tenha verificado tendência para uma correlação negativa.

C 68

QUAL A INFLUÊNCIA DO USO DE MEDICAMENTOS PARA O CONTROLO DE DOR DURANTE O TRATAMENTO DO CARCINOMA DA PRÓSTATA METASTÁTICO COM DOCETAXEL? ESTUDOS CELULARES

Marques I.A.[1], Meireles I.[1,2], Abrantes A.M.[1], Pires A.S.[1], Ferreira R.[1,2], Tavares-Silva E.[1,3], A.R. Neves[1], Gonçalves A.C.[4], Sarmento-Ribeiro A.B.[4,5], Figueiredo A.[1,3], Valentim A.[6], Botelho M.F.[1]

[1]Instituto de Biofísica – Instituto de Investigação Clínica e Biomédica de Coimbra (iCBR), Centro de Investigação em Genética e Oncobiologia (CIMAGO), - CNC.IBILI, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal, [2]Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal, [3]Serviço de Urologia e Transplantação Renal, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal, [4]Laboratório de Hematologia e Oncobiologia - Instituto de Investigação Clínica e Biomédica de Coimbra (iCBR), Centro de Investigação em Genética e Oncobiologia (CIMAGO), - CNC.IBILI, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal, [5]Departamento de Hematologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), Coimbra, [6]Departamento de anestesiologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), Coimbra

Introdução: As opções terapêuticas para o estádio mais avançado de carcinoma da próstata, o carcinoma da próstata metastático resistente à castração (CPMRC), são escassas, embora nos últimos anos tenham surgido novas e diversas opções. Este estádio da doença está frequentemente associado ao aparecimento de dor e diminuição da qualidade de vida.

Uma das terapêuticas mais usadas é a quimioterapia com Docetaxel(DTX). Além disso, é comum a prescrição de medicamentos para o controlo de dor, inclusive no decorrer do tratamento de quimioterapia com DTX. Entre estes medicamentos podem ser administrados anestésicos ou analgésicos como Morfina(Mor), Lidocaína(-Lid), Ropivacaína(Rop) ou Levobupivacaína(Lev). Estudos prévios, em linhas celulares de outros tipos de neoplasias, demonstraram que o uso

destes fármacos para controlo de dor promove efeitos antiproliferativos, citotóxicos e de sensibilização à quimioterapia.

Objetivo: O objetivo deste trabalho é avaliar o efeito do uso destes fármacos durante o tratamento com DTX, assim como a potencialidade do uso destes como agentes sensibilizadores para o tratamento com fármacos utilizados em quimioterapia.

Materiais e métodos: As experiências foram desenvolvidas em células humanas de CPMRC, nomeadamente utilizando a linha celular PC3 proveniente de uma metástase óssea. O efeito dos medicamentos de controlo de dor foi avaliado primeiramente em monoterapia e posteriormente em combinação com o DTX. Para tal, as células foram incubadas com duas concentrações de Mor (175,2 e 350,5nM), Lid 2% (426,7 e 853,4nM), Rop (36,4; 72,9; 136,7 e 273,3nM), Lev (43,3; 86,7 e 173,4nM) durante 48 e 72 horas. Nos estudos de combinação foi adicionado DTX na concentração EC80 (inibe a proliferação de 20% das células) durante mais 48 e 72 horas. Seguidamente foi avaliado o efeito na proliferação (SRB) e viabilidade (MTT) e no stresse oxidativo, assim como o tipo de morte celular, o ciclo celular e potencial de membrana mitocondrial por citometria de fluxo.

Resultados: Os efeitos induzidos pelo uso isolado dos fármacos para controlo de dor foram mais evidentes para a Rop e Lev, em concentrações maiores, induzindo uma diminuição da proliferação e viabilidade celular. Observou-se a ocorrência de morte celular, predominantemente por necrose (8,50% e 9,38%, respetivamente), com paragem do ciclo celular na fase G0/G1 (85,88% e 87,63%, respetivamente). A combinação terapêutica do uso de Rop e Lev com DTX induzem diminuição da proliferação celular para 57,14% e 50,6%, respetivamente, após 48h de incubação com cada fármaco, assim como a diminuição da viabilidade para metade. Os resultados de citometria de fluxo foram similares à monoterapia, com diminuição do potencial de membrana face a esses resultados. Verificou-se uma diminuição das espécies reativas de oxigénio, sem aumento das defesas antioxidantes.

Discussão/Conclusão: Em geral, os resultados demonstram que somente o uso de Ropivacaína ou Levobupivacaína podem induzir efeitos adicionais em células tumorais de CPMRC, quer usado previamente ou durante o tratamento com DTX. O uso destes fármacos pode diminuir a proliferação celular, com bloqueio do ciclo celular, sugerindo o potencial do uso desde dois fármacos para promover os efeitos terapêuticos demonstrados no tratamento com DTX. Estudos adicionais devem ser realizados de modo a esclarecer o mecanismo molecular de interação destes dois tipos de terapêuticas.

C 69

ARRAY-COMPARATIVE GENOMIC HYBRIDIZATION AS A NOVEL HIGH-THROUGHPUT APPROACH IN BLADDER CANCER TREATMENT

Neves A.R.[1], Abrantes A.M.[1,2,3], Ribeiro I.P.[2,4], Ferreira S.[2,4], Marques I.A.[1], Marinho A.[5], Marques V.[5], Tavares-Silva E.[1,5], Carreira I.M.[2,3,4], Figueiredo A.[5], Botelho MF[1,2,3]

[1]Biophysics Institute, Faculty of Medicine, University of Coimbra, Portugal, [2]Institute for Clinical and Biomedical Research (iCBR) area of Environment Genetics and Oncobiology (CIMAGO), Faculty of Medicine, University of Coimbra, Portugal, [3]CNC.IBILI, University of Coimbra, Portugal, [4]Cytogenetics and Genomics Laboratory, Faculty of Medicine, University of Coimbra, Portugal, [5]Department of Urology and Transplantation, CHUC, Coimbra, Portugal.

Introduction: *Bladder cancer is the second most common genitourinary malignancy with high recurrence rates. BC is the sixth tumor with the highest incidence and the eighth one with the highest mortality. Despite their high incidence and prevalence, there has been little progress in diagnosis, prognosis and therapy. Since the prognostic tools currently available have limitations and acquired changes in specific genes are thought to be significant in the development*

of bladder tumours, we needed to improve the research in this field of genetic changes associated with the BC.

Aim: *Characterization of the genomic profile of bladder cancer using the array-Comparative Genomic Hybridization (aCGH) technique.*

Material and methods: *Bladder tumor samples were acquired from 28 patients when they were submitted a transurethral resection of bladder tumor (TURBT). The aCGH was done using an Agilent oligonucleotide microarray 4x180K. Bladder tissue samples from non-cancer donors are used as controls. Histopathological information from the patients was analyzed and clinical data registered.*

Results: *A few genomic imbalances were verified, using aCGH – a whole genome technique. In these preliminary outcomes, we did not observe a pattern of chromosomal alterations, as, we did not find imbalances in more than 20% of patients. Moreover, the chromosomes with more frequent copy number losses were 1, 6, 10, 13, 20, 21, 22 and X and the chromosomes with more frequent copy number gains were 1, 11, 13, 18 and 21. Additionally, the sizes of aberrations detected for the same chromosome were often variable between patients.*

Discussion/Conclusions: *This approach allowed us to identify altered chromosomal regions in bladder cancer comparing to normal tissues. In this way, is possible to map fundamental genes related to disease initiation and progression. The correlation between molecular and clinical-pathological data will be fundamental to identify recognized biomarkers with possible diagnostic and prognostic interest.*

C 70

THE EFFECT OF COLD ATMOSPHERIC PLASMA IN BLADDER CANCER CELLS

Tavares-Silva, E.[1,2], Neves, A.R.[1], Abrantes, A.M.[1,3,4], Silva-Teixeira, R.[1], Figueiredo, A.[2], Botelho, M.F.[1,3,4]

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

Introduction: *Bladder cancer (BC) is a solid tumor with high recurrence rates. It is the sixth tumor with the highest incidence and the eighth one with the highest mortality in the world.*

Plasma is one of the physical states of matter, in which a certain portion of the particles is ionized. Its use in medicine is an emerging field that has grown rapidly.

Aim: *To evaluate the effect of cold atmospheric plasma (CAP), namely cytotoxicity and the oxidative stress, in a human bladder cancer cell lines.*

Materials and methods: *An electronic device able to generate high output voltage was designed to create plasma with the aim to study its effect in human cells. Two BC cell lines, HT1376 (grade 3, carcinoma) and TCCSUP (grade IV, transitional cell carcinoma), were cultured. Cells were seeded in 48 and 24-multiwell plates, at a density of 0.1x106 and 0.3x106 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). Metabolic activity was assessed by MTT assay and protein content by SRB assay, performed 24 hours after treatment. Also, oxidative stress and antioxidant defenses studies were performed 2, 6 and 24 hours after treatment.*

Results: *After CAP exposure, metabolic activity of both cell lines decreased accordingly to the exposure time. By SRB assay, we observed a decreased protein content, also for both cell lines.*

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.

Discussion/Conclusions: *Cytotoxicity 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. These outcomes obtained encourage further studies.*

CAP can potentially offer a minimally-invasive option that allows specific cell removal without interfering with the whole tissue.

C 71

PROSTATECTOMIA RADICAL: CASUÍSTICA DA EXPERIÊNCIA DE 13 ANOS, ANÁLISE DE COMPLICAÇÕES E PREDITORES DE RECIDIVA BIOQUÍMICA

Alexandre Gromicho[1], Pedro Costa[2], Raquel Rodrigues[2], Daniela Pereira[2], Débora Araújo[2], Jorge Dias[2], Rui Amorim[2], Paulo Espiridião[2], Vítor Oliveira[2], Luís Costa[2], Luís Xambre[2], Manuel Pereira[2], José Amaral[2], Luís Ferraz[2]

[1]Hospital Central do Funchal, [2]Centro Hospitalar V.N.Gaia/Espinho

Introdução: O cancro da próstata é a neoplasia mais frequente no homem. Apesar da disseminação da abordagem laparoscópica e robótica no tratamento do carcinoma localizado da próstata, a prostatectomia radical aberta (PRa) constitui o procedimento de eleição na maioria dos países europeus.

Objetivos: Caracterizar a população submetida a PRa e avaliar complicações, bem como a presença de recidiva bioquímica (RecBQ). Adicionalmente, foram pesquisados preditores independentes de RecBQ.

Material e métodos: Consulta dos processos dos doentes submetidos a PRa entre 01/2004-12/2017 no CHVNG/E (n=426). Recolha de dados referentes ao diagnóstico inicial, cirurgia, características anatomo-patológicas da peça e *follow up* do doente. O *software* utilizado para o tratamento dos dados estatísticos foi o SPSS 22.0.

Resultados: A idade média dos doentes foi 63,6±5,6A, o PSA inicial 8,72±5,1ng/dL. A duração cirúrgica média foi 140±37min, com perdas sanguíneas 834±473mL e média de dias de internamento de 6,8±5dias. Foi realizada linfadenectomia iliobturadora em 25,4%. O peso da peça cirúrgica foi de 49,5±20g, com invasão capsular em 32,6%, margens R1 globais em 26,9%. Em 53,1% dos casos o estadiamento patológico foi pT2c. Relativamente a complicações precoces observaram-se: infeção 12,5%, fístula urinária 3,3% e hemorragia 2,1%. Relativamente a complicações tardias, 44,8% dos doentes referiam disfunção eréctil, 10,3% incontinência urinária e 20,7% ambas, tendo em conta a última observação. O *follow-up* médio foi de 64±29m, a incidência global de RecBQ 20,9% (intervalo médio entre PRa e RecBQ de 28±23m) e a mortalidade global 2,1%. Tratamentos complementares efetuados em 37% (Radioterapia em 64%). No estudo de possiveis predictores de RecBQ, os testes usados não mostraram resultados estatisticamente significativos para as variáveis analisadas.

Conclusão: A taxa de complicações e de RecBQ da população estudada foi semelhante à literatura. Neste estudo não foram determinados predictores independentes de RecBQ.

C 72

LONG-TERM EVALUATION OF SINGLE-INCISION SLINGS IN THE TREATMENT OF FEMALE STRESS URINARY INCONTINENCE

Margarida Manso, Francisco Botelho, Carlos Silva, Francisco Cruz

Centro Hospitalar São João

Introduction: *Single-incision slings (SIS) were introduced in the surgical treatment of female stress urinary incontinence (SUI) to reduce the*

morbidity associated with traditional midurethral slings. However, long-term reports concerning outcomes are still limited.

Objective: *To evaluate the long-term surgical results of SIS implanted in our institution.*

Material and methods: *SIS (TVT-Secur, Mini-Arc, Needleless and Ajust) were applied to 310 women from 2006 to 2013. After a mean follow-up of 116 months, patients were reassessed by telephone and completed Patient Global Impression of Severity (PGI-S) and Patient Global Impression of Improvement (PGI-I), and answered if they would repeat the procedure.*

Results: *From de initial 310 patients, 98 (31.6%) lost the follow-up (92 were unconceivable and 6 died) and 40 (12.9%) were considered failures since they were submitted to new procedures concerning SUI or complications of the initial SIS. In the 172 women available for evaluation, 111 (64.5%) still rated their improvement as "very much better" or "much better" in PGI-I and 134 (77.9%) reported their urinary tract condition as normal or mild in PGI-S. Twenty-seven percent described de novo urgency. A very high percentage of the patients (86.6%) would repeat the procedure.*

Conclusions: *After almost 10 years of follow-up, this analysis shows that the majority of the women still benefit from SIS.*

C 73

SÉRIE DE CASOS – COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS PERCUTÂNEOS

Nuno Dias, Pedro Abreu Mendes, Rui Almeida Pinto, Francisco Botelho, Luís Pacheco-Figueiredo, Paulo Dinis
Centro Hospitalar de São João

A Urologia tem vários procedimentos que necessitam da realização de técnicas de punção per-cutâneas. Entre as complicações potencialmente mais temidas encontram-se a perfuração de vísceras nestes mesmos acessos. Descrevemos três casos de doentes que passaram no nos-so Serviço ao longo dos últimos três anos.

Caso 1: Doente de 60 anos, portador de nefrostomia crónica esquerda. Dias após substituição desenvolve quadro de choque séptico filiado em colecção retroperitoneal que se extende desde pólo superior renal até cauda do pâncreas e superfície inferior do baço. Foi submetido a drenagem percutânea deste abcesso, tendo dreno 12Fr sido colocado em trajecto transcólico. Após estabilidade clínica e ausência de drenagens por 48h, este dreno foi reposicionado no interior do cólon. Por se suspeitar de que o primeiro orifício no cólon possa ser intraperitoneal, doente mantém actualmente dreno intracólico, aguardando maturação de trajecto colo-cutâneo no domicílio.

Caso 2: Doente de 42 anos, com litíase coraliforme esquerda. Em primeiro dia pós nefrolitotomia percutânea desenvolve quadro de dor nos quadrantes esquerdos, mas sem sinais de irritação peritoneal. TC demonstra nefrostomia deixada no final da cirurgia com trajecto a perfurar o cólon descendente em dois pontos. Foi reposicionada a extremidade do catéter de nefrostomia em topografia retrocólica a servir de dreno, com saída de conteúdo fecalóide. Ao terceiro dia, após constatação de sinais de irritação peritoneal, doente foi submetida a laparotomia exploradora, com lavagem extensa de cavidade peritoneal conspurcada, com necessidade de colectomia segmentar e confecção de colostomia. Posterior infecção profunda da ferida cirúrgica, tendo sido submetida a 5 intervenções cirúrgicas de revisão de laparostomia com lavagem de cavidade abdominal até ser possível o encerramento da parede abdominal.

Caso 3: Doente de 72 anos, com litíase coraliforme direita. Em primeiro dia pós nefrolitotomia percutânea desenvolveu quadro de febre e dor lombar direita, tendo iniciado antibioterapia. Após sete dias, apesar de se manter apirético e com parâmetros inflamatórios normalizados, mantém queixas de dor lombar direita, sem irritação peritoneal, mas agora com nefrostomia e sonda vesical deixadas durante cirurgia com drenagem

fecalóide. Realizou TC que demonstrou colecção subfrénica e pielografia anterógrada que revelou o trajecto transcólico da nefrostomia. Foi então submetido a cateterização retrógrada com JJ direito e, por tentativa de recuar a nefrostomia sob guia metálico para o interior do cólon não ter tido sucesso, deixou-se a mesma em topografia lateral ao cólon, servindo como dreno. Apesar de doente se manter com vários picos febris diários, esteve sempre hemodinamicamente estável e sem sinais de irritação peritoneal, pelo que se manteve atitude expectante. Realizou drenagem de colecções retroperitoneais e, três semanas após a cirurgia, passou a ter urina límpida e ausência de drenagens pelo dreno, pelo que este foi removido. Posteriormente foi submetido a pielografia retrógrada que revelou ausência de fístula urinária e substituído o catéter ureteral. Terminou antibioterapia dirigida e teve alta hospitalar.

C 74

INJEÇÃO DE TRIANCINOLONA COMO ADJUVANTE NO TRATAMENTO DE ESCLEROSE DO COLO VESICAL RECIDIVANTE

Diogo Pereira, André Cardoso, Carlos Ferreira, Frederico Carmo Reis, Manuel Cerqueira, Raquel Catarino, Tiago Correia, Rui Prisco
ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

Introdução: A esclerose do colo vesical após prostatectomia ou resseção transuretral da próstata constituem muitas vezes um desafio para o Urologista. São várias as opções terapêuticas para o seu tratamento. Existem várias medicações antiproliferativas que podem ser usadas na diminuição da produção de colagénio. A cervicotomia ou resseção do colo vesical seguida de injeção de triancinolona demonstrou ser segura e moderadamente eficaz em alguns estudos.
Objetivo: Apresentar e discutir os resultados da injeção de triancinolona como adjuvante do tratamento endoscópico de esclerose do colo vesical.
Métodos: Foram analisadas retrospetivamente variáveis clínicas dos doentes com esclerose do colo vesical recidivante submetidos a tratamento endoscópico seguido de injeção de triancinolona no Hospital Pedro Hispano entre 2014 e 2018.
Resultados: A nossa série inclui 6 doentes, sendo que todos foram previamente submetidos a cervicotomia ou resseção do colo vesical. O tempo mediano de recorrência após a primeira intervenção foi de 11 meses. Após a injeção de triancinolona, nenhum dos doentes necessitou de reintervenção sendo que o tempo de seguimento mediano após a cirurgia foi de 9,5 meses.
Conclusão: A nossa série de casos está de acordo com vários estudos que demonstram o aumento da eficácia do tratamento endoscópico de com a aplicação de triancinolona.

C 75

BACILLUS CALMETTE-GUÉRIN NO TRATAMENTO DO CARCINOMA DA BEXIGA NÃO-MUSCULO INVASIVO: AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA E COMPLICAÇÕES

Débora Araújo[1], Daniela Pereira[1], Raquel Rodrigues[1], Alexandre Gromicho[2], Pedro Costa[1], Jorge Dias[1], Vitor Oliveira[1], Paulo Espiridião[1], Rui Amorim[1], Luís Costa[1], Luís Xambre[1], Manuel Pereira[1], José Amaral[1], Luís Ferraz[1]
[1]CHVN Gaia/Espinho, [2]Hospital Central do Funchal

Introdução: A instilação intravesical de *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG) é atualmente o tratamento adjuvante standard do carcinoma da bexiga não-musculo invasivo (CBNMI) de alto risco após resseção transuretral vesical (RTU-V). Este constitui o agente intravesical de eleição sobretudo devido ao seu papel na redução de recidiva e progressão de doença, com diminuição da necessidade de cistectomia e melhoria da sobrevida global. Todavia, a sua associação a efeitos secundários mais severos comparativamente com a quimioterapia intravesical, tende a acarretar uma má adesão e tolerância ao tratamento.
Objetivos: Rever as principais complicações do BCG no tratamento do CBNMI e o seu impacto oncológico no controlo de recidiva e progressão de doença.

Material e métodos: Realizado um estudo retrospetivo com o levantamento de todos os pacientes tratados com instilação intravesical de BCG no período de 01/01/2015 até 31/6/2018 no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho.

Resultados: No total foram incluídos 112 doentes, 12 doentes do sexo feminino e 100 do sexo masculino, com idades compreendidas entre 41-90 anos e com um seguimento médio de 39,5 meses (mínimo: 1; máximo: 76 meses). Foram tratadas 79 lesões primárias e 34 recidivas. 40,2% (n=45) realizaram instilação perioperatória e 9,9% (n=11) cumpriram adjuvância prévia com Mitomicina C. A mediana das instilações administradas foi de 12, tendo apenas um doente completado o tratamento preconizado de 3 anos (27 instilações). Apenas 36,6% doentes (n=41) conseguiram tolerar as instilações de BCG por cateterização vesical durante 2 horas. Vinte e três doentes (20,5%) não referiram nenhum efeito secundário com o BCG. De entre as complicações, os sintomas irritativos foram os mais prevalentes (64,3%, n=72), sendo que 46,4% (n=52) e 39,3% (n=44) foram medicados com antibioterapia e anti-espasmódicos, respetivamente. Febre com <48 horas foi o efeito sistémico mais comum (11,6%); não tendo sido objetivado nenhum caso de sépsis resultante da administração do BCG. Por persistência de sintomas severos, dois doentes cumpriram adicionalmente tratamento com corticoterapia oral e outros dois com tuberculostáticos; foi possível o isolamento de agente em três doentes. O tratamento foi interrompido em 19,6% dos casos (n=22) por intolerância e em 6,3% (n=7) por recidiva/progressão da doença. Do ponto de vista oncológico, 30,4% tiveram recidiva após um seguimento médio de 38,5meses e dos que tiveram necessidade de serem submetidos a nova RTU-V por alterações suspeitas, 48,8% doentes tiveram diagnósticos histológicos de benignidade. Seis doentes foram submetidos a cistectomia radical (CR), dois por recidivas precoces (<12meses) e um por progressão oncológica. Um doente com progressão não foi candidato CR por ausência de condições clínicas. Atualmente, 92% dos doentes estão vivos (n=103) e somente três doentes faleceram por neoplasia vesical.

Discussão/Conclusão: A instilação intravesical de BCG é eficaz no tratamento do CBNMI após RTU-V; permitindo reduzir a taxa de recidiva e progressão destas lesões, e consequentemente a necessidade de cistectomia radical. Apesar da elevada toxicidade, a maioria dos efeitos secundários manifestam-se localmente e resolvem com tratamento médico conservador.

C 76

SYSTEMIC INFECTION AFTER TRANSRETAL ULTRASOUND (TRUS) GUIDED PROSTATE BIOPSY: AN UNCOMMON CASE REPORT

Passos P, Preza-Fernandes J, Versos R, Grenha V, Azevedo V, Ramires R
Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães

Introduction: *Although generally considered a safe procedure, TRUS guided prostate biopsy can be associated with severe complications. The authors present a rare clinical case of septicemia with neurologic dysfunction, after prostate biopsy.*

Case Report: *A 72-year-old man, previously autonomous, underwent TRUS guided prostate biopsy under prophylaxis with ciprofloxacin. Two days after the procedure he complained of fever, lumbar pain and paraplegia, that endured nevertheless antibiotics switch. No lower urinary tract symptoms were described. The lumbar spine magnetic resonance imaging (MRI) showed an abscess between vertebral bodies D5-D9, causing compression of the spinal cord.*

The patient underwent decompressive surgery by the Neurosurgery Emergency Department and restored full mobility after a prolonged hospital recovery. Culture was positive for a multi-resistant Escherichia coli. There were no sequelae after six-month follow-up.

Conclusions: TRUS prostate biopsy has become a standard tool in urology practice. The feasibility and high success rate of the procedure sometimes leads to devaluation of methodology and patient complains. This case showed that serious complication are real after prostate biopsy and need to be recognized.

C 77

CASO RARO DE LEIOMIOMA DA BEXIGA

Afonso Castro, Carolina Ponte, Paulo Pe-Leve, João Felício, João Gomes, António Romão, Sandro Gaspar, José Dias, Tomé Lopes
Serviço de Urologia CHLN - Hospital Santa Maria

Introdução: Os tumores da bexiga são maioritariamente malignos, correspondendo os tumores benignos a cerca de 5% dos casos. Destes, destaca-se o Leiomioma como a neoplasia benigna da bexiga mais frequente. A apresentação clínica é variável, sendo necessário o exame histológico para o diagnóstico definitivo.

Objetivos: Apresentar um caso invulgar de Leiomioma da bexiga.

Material e métodos: Os autores apresentam um doente do sexo masculino, de 36 anos, com antecedentes de doença do tecido conjuntivo em estudo e Síndrome de Anticorpos Anti-fosfolípidos secundário, referenciado à consulta de Urologia por formação nodular arredondada na parede vesical posterior observada em TC-abdomino-pélvico realizado no contexto de internamento no Serviço de Medicina Interna por tromboembolismo pulmonar de causa desconhecida.

Resultados: Pelo achado suspeito no exame de imagem, o doente realizou uretrocistoscopia, que evidenciou lesão arredondada na parede vesical posterior direita com protusão endoluminal, denotando-se integridade da mucosa vesical que a revestia, sem outras alterações a referir.

Foi realizada ressecção transuretral da lesão confinada à parede vesical posterior direita, tendo evidenciado localização intramural. A sua resseção foi completa.

Na avaliação anátomo-patológica os achados foram compatíveis com leiomioma da bexiga.

O doente encontra-se atualmente em vigilância, não apresentando sinais de recidiva três meses após a cirurgia.

Discussão/Conclusões: O leiomioma da bexiga, apesar de ser o tumor benigno mais frequente deste orgão, representa apenas cerca de 0.5% de todos os tumores vesicais, com cerca de 300 casos descritos na literatura médica.

Pode afetar ambos os sexos, com predominância para o feminino, com a maioria dos casos descritos entre a terceira e sexta décadas de vida.

A sua etiologia não está esclarecida, contudo a influência hormonal é um dos mecanismos fisiopatológicos propostos, em concordância com a predominância de sexo.

A sua clínica pode ser extremamente diversa, variando conforme a sua localização e envolvimento parietal. Estes tumores podem ser endovesicais, intramurais ou até extravesicais, segundo esta ordem decrescente de frequência.

A forma endovesical normalmente apresenta-se através de episódios de hematúria ou de sintomas de esvaziamento e/ou enchimento. As formas intramural e extravesical podem ser totalmente assintomáticas, sendo detectadas por achados em exames imagiológicos, tal como no caso acima descrito.

O seu diagnóstico pode ser estabelecido através de uretrocistoscopia, ecografia vesical, tomografia computadorizada ou ressonância magnética pélvica. Este último é o melhor exame para determinar a relação do Leiomioma com a parede vesical, podendo diferenciar de outras lesões de carácter maligno e bastante mais agressivo; no entanto, apenas é necessário em casos selecionados.

O diagnóstico definitivo desta neoplasia apenas é definido pelo exame histopatológico da lesão, com confirmação do achado de Leiomioma em localização vesical.

O tratamento do leiomioma vesical é essencial-

mente cirúrgico, sendo a abordagem dependente das dimensões e localização do tumor. As opções incluem a resseção transuretral da lesão (atualmente a abordagem mais consensual, quando anatomicamente favorável) ou excisão cirúrgica por via aberta, laparoscópica ou transvaginal.

C 78

TENDÊNCIAS NACIONAIS NA ABORDAGEM E TRATAMENTO DO VARICOCELE DO ADULTO

Afonso Castro, Carolina Ponte, Tiago Oliveira, Pedro Oliveira, João Almeida, Sandro Gaspar, José Dias, Tomé Lopes
Serviço de Urologia CHLN - Hospital Santa Maria

Introdução: O Varicocele é definido como uma tortuosidade e dilatação do plexo venoso pampiniforme associada a incompetência valvular venosa.

É frequente na população masculina, com uma prevalência de 15%, sendo superior nos casos de infertilidade masculina.

É tipicamente assintomático, sendo mais frequentemente diagnosticado durante o estudo etiológico de infertilidade. Contudo, 10% dos casos cursam com dor escrotal, cuja etiologia deve ser devidamente estudada e abordada.

A abordagem cirúrgica desta patologia é variada, com técnicas cirúrgicas por via aberta, laparoscópica, microcirúrgica ou por embolização endoscópica.

Objetivo: Avaliação da abordagem e tratamento do Varicocele no adulto pela comunidade urológica portuguesa.

Material e métodos: Foi realizado um inquérito online aos médicos especialistas e internos de Urologia, constituído por oito perguntas, de escolha múltipla.

A identificação do participante foi efetuada por correio eletrónico, no sentido de evitar participações repetidas.

Resultados: Foi obtida uma taxa de resposta de 29% (121 respostas em 420 inquéritos), dos quais 78,5% especialistas em Urologia.

A maioria dos participantes (75%) concordou que a ecografia escrotal com Doppler é o melhor método para detetar o Varicocele , e que as principais indicações para intervenção são o tratamento da infertilidade (70%) e da dor escrotal refratária ao tratamento médico (74%).

Na abordagem cirúrgica, a maioria escolhe a técnica de Palomo modificada (41%). Os restantes dividem-se pelas técnicas de Palomo clássica (34%), Ivanissevich (8%), laparoscópica (6%), microcirúrgica (3%) e embolização endoscópica (3%). 3% dos participantes opta por vigilância.

As complicações mais referidas são o hidrocele (27%), complicações minor, como infecção da ferida e hematoma local (20%), e recorrência do varicocele (14%).

Conclusões: Na literatura, as principais indicações para a abordagem cirúrgica são a dor escrotal refratária a terapêutica médica e a infertilidade, em concordância com a abordagem realizada pelos participantes neste estudo.

Quanto a escolha da técnica cirúrgica, esta é bastante dependente da experiência do cirurgião.

Apesar das recomendações atuais favorecerem a utilização da técnica microcirúrgica, esta envolve o desenvolvimento de perícia cirúrgica com recurso a microscópio. No nosso estudo, apenas 3% dos participantes referiram usar esta técnica.

A técnica de Ivanissevich, apresenta menores taxas de sucesso, mas um baixo risco de desenvolvimento de hidrocele.

A técnica de Palomo modificada apresenta taxas de sucesso superiores à técnica acima referida, mas está associada a percentagem superior de complicações, como hidrocele.

A técnica laparoscópica, apesar de bastante vantajosa nos casos de patologia bilateral, exige experiência cirúrgica em laparoscopia e envolve um maior risco de lesão iatrogénica pela entrada na cavidade abdominal.

Adicionalmente, existe a opção de embolização endoscópica, pouco praticada neste estudo. Esta

apresenta boas taxas de sucesso e poucas complicações, contudo é tecnicamente exigente.
Em conclusão, a abordagem do Varicocele em Portugal é realizada em conformidade com o conhecimento cientifico actual. No entanto, quanto a abordagem cirúrgica, pode-se considerar que ainda há um número muito reduzido de médicos que utilizem regularmente a técnica microcirúrgica, que se apresenta, atualmente, como a técnica com maior taxa de sucesso e menor taxa de complicações.

C 79

INCONTINÊNCIA PÓS-RESSEÇÃO TRANS-URETRAL DA PRÓSTATA: A EXPERIÊNCIA DE MAIS DE 600 CIRURGIAS NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

João Felicio, Paulo Pé-Leve, Carolina Ponte, Afonso Castro, João Lemos Almeida, Pedro Antas de Barros, Ricardo Pereira Silva, Tomé Lopes
Serviço de Urologia, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução: A Resseção Trans-uretral da Próstata (RTU-P) permanece há décadas como a cirurgia endoscópica *gold standard* no tratamento da hiperplasia benigna da próstata. Apesar da sua baixa taxa de complicações, a incontinência urinária pós-resseção está descrita e pode acarretar grande impacto na qualidade vida do doente.
Objetivos: Avaliar a taxa de incontinência pós-RTU-P nas consultas de pós-operatório precoce (até 3 meses), 1 ano e 2 anos após a cirurgia. Foi igualmente recolhida informação sobre diversas variáveis clínicas do doente, que foram relacionadas com a ocorrência ou não de incontinência pós-operatória.
Material e métodos: Foram avaliados retrospetivamente os processos clínicos dos doentes submetidos a RTU-P, de janeiro de 2010 a dezembro de 2015, no Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte (n=635). Foi avaliada a idade, o volume prostático, peso do material ressecado, fluxo máximo (Qmax) pré- e pós-cirurgia, presença de diabetes mellitus, uso pré-operatório de anticolinérgicos e doença neurológica conhecida. A análise estatística foi efetuada com o *IBM SPSS Statistics* 19 e foi aplicado o teste t de *Student* às variáveis continuas com um nível de significância de 0,05.
Resultados: Na nossa população de doentes tivemos uma taxa de incontinência urinária de 3,6% (23/635) na consulta de pós-operatório até 3 meses, 1,6% (10/635) na consulta após 1 ano e 1,1% (7/635) na consulta após 2 anos do procedimento. Entre os grupos de doentes com e sem continência não houve diferenças estatisticamente significativas dos valores médios da idade (67,7 ± 6,5 *vs* 68,8 ± 8,6 anos; p=0,55), volume prostático (49,7 ± 21,8 *vs* 49,2 ± 19,8 cc; p= 0,92), peso do material ressecado (7,9 ± 6,0 *vs* 8,6 ± 6,8 gr; p=0,65), Qmax pré-operatório (10,5 ± 3,8 *vs* 9,2 ± 4,2 mL/s; p=0,30) e Qmax pós-operatório (17,0 ± 7,8 *vs* 15,6 ± 7,8 mL/s; p=0,47). Na primeira consulta de pós-operatório, os doentes com doença neurológica correspondiam a 39,1% dos doentes incontinentes e a 8,7% (9/23) dos doentes continentes (53/612). A percentagem de doentes com diabetes mellitus e a percentagem de doentes com toma prévia de anticolinérgicos foram semelhantes entre o grupo dos doentes com incontinência e sem incontinência. Nas consultas após 1 ano e após 2 anos observou-se que a maioria dos doentes que permaneceram incontinentes tinham doença neurológica, respetivamente, 6 em 10 e 4 em 7. Discussão/Conclusão: A percentagem de incontinência pós-RTU-P do nosso centro vai de encontro aos valores referidos na literatura internacional (1-2%). No nosso estudo a generalidade das variáveis analisadas no grupo dos doentes com incontinência urinária pós-resseção foram semelhantes entre grupos (doentes continentes *vs.* incontinentes) com excepção da existência de doença neurológica subjacente, muito mais frequente nos doentes incontinentes (39,1% *vs* 8,7%). Este achado destaca a importância de uma história clínica

cuidada dos doentes com sintomas do aparelho urinário inferior, atendendo a que co-morbilidades, como doença neurológica, podem contribuir para um *outcome* desfavorável pós-RTU-P.

C 80

ISOLATED TESTICULAR RECURRENCE OF PROSTATE CANCER AFTER RADICAL PROSTATECTOMY – AN EXTREMELY RARE PRESENTATION

Lemos Almeida J.[1], Garcia R.[1], Felício J.[1], Quadros C.[2], Lopes Presa D.[2], Correia H.[1], Lopes T.[1]
[1]C.H.L.N. - Hospital De Santa Maria, Urology Department, Lisbon, [2]C.H.L.N. - Hospital De Santa Maria, Pathology Department, Lisbon

Introduction & objectives: *Testicular masses constitute metastasis in 2.4-3.6% of cases. Isolated testicular metastasis from adenocarcinoma of the prostate (PCa) after radical treatment as manifestation of clinical recurrence are extremely rare with only 4 cases described in the literature.*

Material & methods: *We describe a case of clinical recurrence of PCa after radical prostatectomy and salvage external beam radiotherapy, manifested by a testicular mass.*

Results: *A 73-year-old male with an history of Gleason 6 (3+3) PCa, diagnosed on a TRUS guided biopsy and initial PSA of 2.06 ng/mL, was submitted to retropubic radical prostatectomy in February 2006. Pathology revealed Gleason 8 (5+3) PCa, with bilateral involvement, perineural invasion and extra-capsular extension. The PSA at 3 months was 0.15 ng/mL. He was then re-staged with CT and scintigraphy, which came back negative for metastasis, and then underwent 65 Gy external beam pelvic radiotherapy plus ADT with goserelin that was maintained for 6 months. The PSA decreased to <0.04 ng/mL and remained as such for 20 months after stopping the ADT. He abandoned further follow-up and was later referred to our institution 8 years later for increased PSA of 4.39 ng/mL and an hard mass on the left testicle. The alpha-fetoprotein, hCG and LDH values were normal. The patient was re-staged with CT and scintigraphy that did not show other evidence of metastasis and was started on ADT with leuprorelin. Left radical orchidectomy revealed a 35x25x15mm metastasis of acinar adenocarcinoma of the prostate that focally infiltrated the albuginea and the spermatic cord and with vascular invasion. Two years after the surgery and still under ADT the PSA is <0.04 ng / mL without clinical evidence of relapse.*

Conclusions: *Testicular masses in patients older than 50 years are more frequently metastasis, lymphoma or spermatocytic seminoma. The majority of reported cases of testicular metastasis of PCa refer to incidental findings in autopsies or bilateral orchidectomies for surgical castration. Bubendorf et al. found testicular metastasis in only 0.5% of 1589 autopsies PCa patients. Isolated testicular PCa recurrences after radical prostatectomy are extremely rare with only 4 cases described in the literature to our knowledge. Radical orchidectomy should be considered in these patients mainly to exclude primary neoplasm of the testis. The role of orchidectomy in the PCa prognosis is not well established although these patients may show surprisingly long survival without disease progression, possibly due to cytoreduction.*

C 81

O ORIENTADOR E O SEU PAPEL NA FORMAÇÃO DO INTERNO DE UROLOGIA

André Barcelos, Pedro Bargão Santos
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE

A formação médica pós-graduada consiste num processo complexo no qual os orientadores assumem um papel fundamental. Porém pouco se sabe sobre as características dos Orientadores de Formação em Urologia em Portugal e quais as variáveis que mais podem contribuir para a satisfação e o sucesso na formação do Interno de Urologia.

Objetivos: O presente estudo pretende caracterizar os Orientadores de Formação de Urologia, aferir se estes vão de encontro às necessidades

dos Internos de Urologia portugueses e apurar quais as características dos Orientadores que os Internos consideram mais preponderantes para o sucesso do seu internato.

Material e métodos: Realizado estudo observacional, transversal e de carácter analítico, através de questionário online anónimo onde foram avaliadas as características demográficas dos orientadores, o seu percurso na Urologia e o seu envolvimento no processo formativo. As respostas foram quantificadas através de uma escala de Likert de 1-10.

Resultados: Foram obtidos 27 questionário válidos (excluíram-se 2 de internos que ainda não iniciaram os anos de Urologia do Internato) num universo de 66 Internos de Urologia. A maioria dos orientadores são do sexo masculino (88.9%), têm <40 anos (40.7%), têm 6-10 anos de especialista (37%), são licenciados (51.9%), orientadores de 1 Interno de Urologia (96.3%) e atribuídos pelo Diretor de Serviço (85.2%).

A média global de satisfação dos Internos com o Orientador encontra-se nos 8.7(±1.6) e a relação Interno-Orientador é de 8.8(±1.9), sendo que os Internos que escolheram o seu Orientador apresentam maior satisfação (9.7 *vs* 8.5, p>0,01) e melhor relação Interno-Orientador (9 *vs* 8.8). Os internos acima do 4ºano estão mais satisfeitos com o seu orientador (8.91 *vs* 8,38, p>0,01).

As características que os internos consideram mais importantes num orientador são a disponibilidade (7,7), o dinamismo (7,4) e a empatia (6.7).

Foram identificados como preditores de satisfação dos internos com o orientador

Discussão/Conclusões: Os internos de Urologia encontram-se globalmente satisfeitos com os seus orientadores, valorizando preferencialmente as suas capacidades pedagógicas

C 82

DOR PÉLVICA CRÓNICA E EXTRUSÃO VAGINAL SECUNDÁRIAS À COLOCAÇÃO DE SLINGS SUB-URETRAIS: QUÃO RARAS SÃO?

Débora Araújo[1], Daniela Pereira[1], Raquel Rodrigues[1], Alexandre Gromicho[2], Pedro Costa[1], Jorge Dias[1], Vitor Oliveira[1], Paulo Espiridião[1], Rui Amorim[1], Luís Costa[1], Luís Xambre[1], Manuel Pereira[1], José Amaral[1], Luís Ferraz[1]

[1]CHVN Gaia/Espinho, [2]Hospital Central do Funchal

Introdução: A utilização de slings sub-uretrais (SSU) tornou-se o tratamento cirúrgico de preferência na incontinência urinária de esforço (IU), constituindo uma cirurgia com ótimos resultados funcionais, praticamente inócua e com a possibilidade de ser realizada em ambulatório. Não obstante, todas as cirurgias por mais minimamente invasivas que sejam têm os riscos associados.

Objetivos: Avaliar o número de doentes com dor pélvica crónica, extrusão de SSU e a taxa de reintervenção cirúrgica, secundárias ao tratamento da IU no nosso centro clínico.

Métodos: Foram identificados retrospetivamente todos os doentes propostos para SSU no período de 1/1/2015 a 31/12/2017 no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho (CHNVG/E). Foi efetuada a colheita de informação clínica dos processos físicos e electrónicos. Foram excluídos todos os casos de dor de curta duração no pós-operatório (<6meses) e que apresentaram melhoria com medidas não-terapêuticas.

Resultados: Nos últimos três anos no CHVNG/E, 423 doentes foram propostos para a colocação de SSU para controlo sintomático da IU (TOT Coloplast Aris e mini-sling Altis, com possibilidade de ajuste de tensão). A extrusão de SSU com necessidade de reintervenção cirúrgica foi identificada em 13 doentes (3,1%) e a dor pélvica crónica com necessidade de tratamento farmacológico em 4 doentes (1,0%). A idade média das doentes foi de 57,5 anos e todos os casos detetados ocorreram com a colocação do primeiro sling sub-uretral, 11 com a fita Aris e 6 com o minisling Altis.

Em relação às doentes com extrusão de SSU, queixas de desconforto local, disúria e sensação de corpo estranho foram objetivadas em 84,6% (n=11) e dispareunia em 53,8% (n=7). A reintervenção cirúrgica nos casos de extrusão realizou-se numa mediana de 126 dias após a colocação de SST (min: 21, max: 682 dias). Não se detetaram casos de extrusão vesical de SSU. Após reintervenção, apenas 3 doentes (23,1%) apresentaram melhoria dos sintomas (4 doentes ainda não foram reavaliadas em consulta). Objetivada recidiva da IU em 66,7% dos casos. Uma doente necessitou de segunda reintervenção para excisão completa de fita contralateral.

No que diz respeito à dor crónica, todas as doentes apresentaram queixas de dor com irradiação para o membro inferior; apenas uma manifestava queixas de desconforto local, disúria e sensação de corpo estranho. Controlou-se farmacologicamente a dor em todos os casos com recurso à consulta de Dor crónica; duas doentes mantêm necessidade de analgesia oral diária com 3 fármacos. Adicionalmente, uma doente realizou bloqueio do nervo obturador com sedação.

Houve um caso de reintervenção cirúrgica (secção da rede) motivado por resíduos pós-micionais elevados com ITUs de repetição; num outro caso foi efetuada a secção do SSU para controlo de dor crónica.

Conclusão: Apesar dos crescentes resultados na eficácia dos SSU no tratamento da IU, e da baixa incidência de efeitos laterais, quando presentes estas podem prejudicar drasticamente e irreversivelmente a qualidade de vida dos doentes, não devendo ser ignoradas.

Vídeos

V 01

SURGICAL REPAIR OF POSTERIOR URETHRAL INJURY CAUSED BY GUNSHOT

Hugo Antunes, Paulo Azinhais, João Carvalho, Belmiro Parada, Arnaldo Figueiredo
Serviço de Urologia e Transplantação Renal, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

Introduction: *Posterior urethral strictures are rare and are most commonly caused by pelvic fracture-related urethral injury. These strictures have come to be termed pelvic fracture urethral distraction defects rather strictures proper. The annual incidence of pelvic fracture-related urethral injuries per million population is approximately 5-10. Not all of these urethral injuries require surgical treatment.*

Case Report: *In this video we report the surgical correction of a trauma of the posterior urethra caused by a shotgun in a 42-year-old male patient. He was victim of a shot in November 2017 with severe pelvic trauma. He suffered destruction of the distal third of the rectum, anal canal and pelvic floor muscles. Additionally, presented fracture of the left ischiopubic and iliopubic branches and distraction injury of the posterior urethra. During the emergency episode he underwent exploratory laparotomy with previous rectal resection, debridement of the devitalized tissues and peritoneal drainage. The urinary tract was derived with a suprapubic cystostomy. Preoperative urethrography showed a distraction defect of about 5 cm in length. In this video we show the surgical repair of urethra, performed 5 months after the trauma. The patient was placed in a lithotomy position and the urethra was exposed by a midline perineal incision along the line of the raphe from the posterior aspect of the scrotum to just short of the anal margin. The incision was deepened through the subcutaneous tissue down on to the bulbospongiosus muscle. The site of the obliteration of the urethra was de-*

fined by passing a Foley catheter up the urethra until it can pass no further, and at this site the urethra was transected. The periurethral fibrotic tissue was debrided and the devitalized segment of the urethra was excised. After this, we proceeded to place a guidewire through anterograde route with the support of a flexible cystoscope by cystostomy, after dilatation of the path with Amplatz basins. Having cleared the two ends of the urethra of fibrosis and spatulated them back into healthy tissue, it was necessary to perform some surgical steps to achieve a tension free anastomosis. In order to release the urethra to allow an adequate anastomosis, we performed an opening of the intercrural planes, ligation of the dorsal vein the penis and pubectomy of the inferior pubic arch. After that, the two ends of the urethra were sutured together with six 5-O absorbable sutures. A urethral catheter (16 Ch) was placed and the incision was closed by planes.

Conclusion: *The patient removed urinary catheter at 3 weeks. The postoperative urethrography showed a small anastomotic fistula, which closed spontaneously. Urofluxometry showed a normal micturition pattern, with a Qmax of 16,4 ml/s, without post void residue. At this moment, he is clinically well, waiting for penile prosthesis placement for the treatment of erectile dysfunction.*

V 02

COMPLEX URETHRAL PERINEAL FISTULA SURGICAL REPAIR

Azinhais Paulo, Antunes, Hugo
CUF-Coimbra

Introduction & objectives: *The authors describe a rare case of surgical repair of a complex urinary perineal prostatic- cutaneous fistula step-by-step. Very few cases are described in literature.*

Materials & methods: *Data was taken from detailed history taking of the patient. Previous MRI, CT scan, urethrocystography and urethrocystoscopy are presented. Photos and video of the surgical repair were recorded. Post-surgery urofluxometry and urethrocystography are shown.*

Case Report: *A 60 year old male with previous chemo-radio neoadjuvant treatment and anterior rectal resection for a pT3N+M0 rectal neoplasm followed by local recurrence and abdominoperineal amputation. First surgery complicated by difficult urethral catheterization and acute urinary retention and cistostomy placement. Second surgery was complicated by local abscess and appearance of a prostatic-perineal fistula and membranous urethra stenosis. Urethrocystography, flexible urethrocystoscopy and MRI shown a fistula path from the prostate through the perineum to the skin. Surgical repair consisted in two different positioning. First, in lithotomy position, perineal incision and catheterization of the skin route with partial fistulectomy was done, followed by harvesting of gracilis myocutaneous flap and bucal mucosa graft. Second, in jackknife position, fistulectomy was completed and debridement of fibrotic and necrotic tissue was accomplished. The prostatic fistula was closed with buccal mucosa. The gracilis flap was applied for feeding the mucosa and filling of dead space. A drain was placed and the skin closed. Four weeks later urethral catheter was removed followed by suprapubic catheter on the fifth week. Urofluxometry with evaluation of post void residual and control urethrocystography demonstrated spontaneous voiding with 60 ml residual and complete fistula closure.*

Conclusion: *Even in complex perineal prostatic-cutaneous fistulas irradiated and complicated by urethral stenosis, the surgical repair may be done with success. Removal of fibrotic and irradiated tissue with interposition of healthy, well--vascularized tissue is mandatory. Gracilis flap is the most commonly used flap.*

V 03

EPITHELIZED PERCUTANEOUS NEPHROSTOMY: ENDOSCOPIC REMOVAL

João Bernardo Almeida, Maria Murgui Rodriguez, Paula Manzi Orezzoli, Ana Belen Ferrer, Jose Luis Rodriguez, Gabriel Machado Fernandez, Miguel Rodriguez Romero,Jesus Olivares del Olmo, Inmaculada Bravo
Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres Extremadura - España

Paciente masculino de 71 anos de idade, hipertenso e diabético, diagnosticado em 2010 com adenocarcinoma de próstata Gleason 7, tratado com radioterapia externa modulada .Em junho de 2017 foi avaliado no Serviço de Urgencias do nosso Hospital com febre e dor na loca renal há vários dias acompanhado de oligoanúria e vómitos. A análise sanguinea revelou um valor de creatinina elevado (3,28 mg/dl), leucocitose com neutrofilia e aumento de reagentes da fase aguda (PCR de 262). Indicou-se ecografia abdominal, objetivou-se ureterohidronefrose direita grau III/IV sem identificação da causa da dilatação. Ampliou-se o estudo mediante TAC , verificando-se a presença de adenopatías retroperitoneais que originavam compressão extrínseca de ureter direito provavelmente secundárias a adenocarcinoma da prostata. Contactou-se o Serviço de Urologia que decidiu realizar uma derivação urinária urgente através da colocação de um catéter duplo J, que não se consegue realizar por bloqueio ao nivel do ureter medio direito. Decidiu-se portanto colocar uma nefrostomia percutânea direita de forma urgente, procedimento que se realizou sem intercorrências. O paciente recebeu alta do nosso Serviço com a função renal normalizada encontrando-se clinicamente assintomático. Na consulta de revisão não foi possível realizar a substituição da nefrostomia uma vez que não se conseguiu mover o catéter, considerando-se a calcificação da extremidade como causa mais provável. Através de acesso percutâneo decidiu-se tentar identificar a causa e resolve-la endoscopicamente. Assim, realizou-se de forma paralela ao cateter de nefrostomia (em posição de Galdakao) uma dilatação progressiva do trajecto, de forma a introduzir o nefroscópio.Identificou-se a epitelização da extremidade distal do cateter da nefrostomia (tipo Malecot) que impedia a sua substituição. Através de laser Holmium procedeu-se à elliminação de aderências e tecido de epitelização . A cirurgia durou 68 minutos, as perdas sanguíneas foram minímas e o paciente recebeu alta hospitalar no segundo dia pos operatório.
Apresentamos um video de epitelização de nefrostomia direita que se resolveu de forma percutânea.

V 04

SALVAGE LAPAROSCOPIC PARTIAL NEPHRECTOMY AFTER CRIOABLATION FAILURE

Nuno Domingues, Tiago Oliveira, João Felício, Carla Soares, João Dores, Artur Palmas
Hospital das Forças Armadas

Introduction: *Crioablation has been established as a viable treatment option for clinically localized kidney tumors, particularly for small renal masses. It is an attractive modality for carefully selected patients with tumors smaller than 4 cm. The potential advantages include its minimally invasive nature, reduced perioperative complications, and shorter hospitalization and convalescence periods. The potential limitations include concerns about the increased incidence of local recurrence, controversies regarding the interpretation of follow up imaging studies and the lack of extended follow-up.*
However, for local recurrence after thermal ablation, salvage partial nephrectomy, can be challenging due to associated perinephric fibrosis.
Clinical case: *In this video, we show a 65 years old patient, that 4 years ago, in a routine ultrasound, detect a small renal mass, with 24mm diameter, middle third of the right kidney. Previous renal biopsy was made that reveals renal*

cell carcinoma, clear cell, Fuhrman grade II. It was submitted to laparoscopic crioablation outside this institution. 4 years later in the follow up, the CT showed contrast enhancement recurrence of the renal mass, defined as a failure of the crioablation. Local recurrence after crioablation failure is frequently managed by repeat crioablation, but in this case, due to the age of the patient, a surgical salvage option seems to be the most appropriated option.

The patient was submitted to salvage laparoscopic partial nephrectomy. The pathology revealed renal cell carcinoma, clear cell, Fuhrman grade I. In the follow up, 3 months after surgery, the CT scan shows the complete eradication of the contrast enhancement renal mass.

Conclusion: *Salvage partial nephrectomy after crioablation failure is feasible, with adequate preservation of renal function, and laparoscopic approach is often possible, but can be challenging due to associated perinephric fibrosis. The difficulty of surgical salvage therapy should be recognized as a potential limitation of the thermal ablation treatment strategy.*

V 05

LAPAROSCOPIC VENA CAVA THROMBECTOMY AND RADICAL NEPHRECTOMY IN A MALIGNANT PHEOCHROMOCYTOMA CASE

Tito Palmela Leitão[1], Tiago Ribeiro de Oliveira[1], Pedro Simões de Oliveira[1], Inês Pereira Pereira[2], José Palma dos Reis[1], Isabel Fernandes[4], Lucindo Ormonde[2], Luís Costa4, Luís Mendes Pedro[3], Tomé Lopes[1]

[1]Urology Department – Centro Hospitalar Lisboa Norte [2]Anesthesiology Department – Centro Hospitalar Lisboa Norte, [3]Vascular Surgery Department – Centro Hospitalar Lisboa Norte, [4]Medical Oncology Department – Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introduction: *Renal tumors with vena cava invasion and/or venous tumor thrombus are one of the most challenging conditions in urological oncology. It is not an infrequent characteristic of renal cell carcinoma, occurring in 4-10% of cases, but it is extremely rare in adrenal pheochromocytomas. Radical nephrectomy with adrenalectomy and inferior vena cava thrombectomy is the preferred treatment modality, improving both survival and quality of life. Recently, laparoscopic and robotic assisted approaches have proven to be both oncologically safe and providing significant improvements in intra and post-operative surgical outcomes.*

Objectives: *To present a rare case of pheochromocytoma with aggressive local invasion and describe the surgical technique for tumor excision.*

Material and methods: *Data was gathered by retrospective review of hospital records.*

Results: *A 49-year-old patient presented with a lypotimia, attributed to a diabetic cetoacidosis. Abdominal imaging revealed an asymptomatic 10 cm renal mass with extension to the ipsilateral adrenal gland, inferior vena cava, a level 1 vena cava thrombus and multiple enlarged para-cava, retro-cava and inter-aorto-cava lymph nodes. The patient underwent a right radical nephrectomy with concomitant right adrenalectomy, with en bloc excision of the right renal vein and a patch of inferior vena cava along with a level one thrombus. A retroperitoneal lymph node dissection was also performed. The patient was positioned in the left lateral decubitus position and a 4 port transperitoneal access was performed. The right colon and the duodenum were mobilized along the Gerota's fascia plane. The vena cava was exposed and circumferentially isolated above and below the renal veins. Inter-aorta-cava lymph nodes were excised for safe vascular control. The right renal artery was identified and ligated at its origin. Control of the vena cava above and below the right renal vein and the left renal vein was obtained with a double throw vessel loop tensioned with Weck clips. Cavotomy was performed and the right renal vein was liberated with a patch of adjacent vena cava. The vena cava was closed with a 4-0*

polipropilene continuous suture after appropriate flushing with heparinized saline to remove blood clots and gas. Sequential removal of the vessel loops reveled no leak in the suture. The remaining tumoral mass, which was intimately adherent to the lateral and posterior vena cava wall, was carefully excised. Operative time was 260 minutes, blood loss was 400 cc. The patient remained well throughout the procedure, despite important arterial tension variability. 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 of the surgical specimen revealed a pT4 pN1 malignant pheochromocytoma. At 7 months follow-up the patient is asymptomatic, with normal tensional profile and no residual disease on post-operative CT scan, requiring no adjuvant treatment for now.

Discussion/Conclusion: *Renal and adrenal masses with vena cava thrombus are associated with high morbidity and mortality, particularly in the case of pheochromocytoma.The management is complex but minimally invasive surgery can be performed safely in the context of an experienced multidisciplinary team.*

V 06

EXTRUSÃO DE CILINDRO DE PRÓTESE PENIANA INSUFLÁVEL: RESOLUÇÃO CIRÚRGICA COM SUBSTITUIÇÃO DE COMPONENTES DE PRÓTESE

Paulo Pe-Leve, Afonso Castro, Carolina Ponte, João Felício, Pedro Oliveira, João Marcelino, Tomé Lopes

Centro Hospitalar Lisboa Norte – Serviço de Urologia

Introdução: A implantação de prótese peniana insuflável constitui a solução cirúrgica definitiva para a disfunção eréctil. Apesar de uma boa avaliação pré operatória, uma boa selecção de candidatos ao procedimento e dos avanços tecnológicos das referidas próteses, várias complicações podem ocorrer após este procedimento. Ainda que pouco comum, extrusão distal ou lateral dos cilindros é uma potencial complicação após implantação de prótese peniana insuflável. A sua resolução passa, em todos os casos, por uma revisão cirúrgica da prótese e correcção do defeito.

Objetivos: Reportar a técnica cirúrgica passo-a-passo utilizada para resolução de uma extrusão lateral de cilindro de prótese peniana com substituição de componentes de prótese.

Materiais e métodos: Descrevemos o caso clínico de um doente do sexo masculino, 67 anos, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo II, hipertensão arterial, hipotiroidismo e disfunção eréctil refractária a terapêutica médica submetido há 2 anos a colocação de prótese peniana insuflável de 3 componentes. Apresenta disfunção mecânica de prótese peniana insuflável, com incapacidade de desinsuflação da mesma há 4 semanas, apresentando extrusão lateral de cilindro de prótese, com necessidade de revisão cirúrgia. Fazemos uma descrição passo-a-passo da técnica cirúrgica utilizada, através de imagens de vídeo gravadas por elementos externos à equipa cirúrgica.

Resultados: O doente foi submetido a revisão cirúrgica de prótese peniana. Primeiramente foi realizada uretroscopia para exclusão de qualquer erosão uretral pelo cilindro. Foi então realizado um desluvamento subcoronal do pénis, cavernosotomia direita que evidenciou extrusão lateral do cilindro direito da prótese, o qual se extraiu. Foi realizado um "re-routing" para o futuro cilindro direito, posteriormente à cápsula fibrótica onde se encontrava o cilindro anterior. Foram colocados os novos cilindros e substituída a bomba da prótese, com manutenção do reservatório prévio. O procedimento decorreu sem intercorrências e no pós operatório não há ocorrências a documentar, tendo tido alta no dia seguinte à cirurgia. A prótese foi insuflada às 6 semanas de pós operatório. Encontra-se neste momento com 10 semanas de pós-operatório, não apresenta queixas e encontra-se satisfeito com o procedimento realizado.

Discussão e conclusões: A extrusão de cilindro

de prótese peniana insuflável é uma potencial complicação após implantação de prótese peniana. Quando nos deparamos com este tipo de complicação é necessária uma revisão cirúrgica da prótese. Concluímos com este caso que após identificação de uma extrusão lateral, o "re-routing" do corpo cavernoso constitui uma técnica eficaz que possibilita a colocação de novos cilindros no mesmo tempo operatório, aparentemente associada a minimos riscos inerentes.

V 07

EVITAR COMPLICAÇÕES – LINFADENECTOMIA INGUINAL MODIFICADA VÍDEO-ASSISTIDA NO ESTADIAMENTO DO TUMOR DO PÉNIS

Lourenço M., Peralta J.P., Godinho R., Vieira-Brito D., Conceição P., Reis M., Rabaça C., Sismeiro A.
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 (excisão dos gânglios inguinais da zona medial e da zona central com preservação da veia safena) permite um estadiamento correto na maioria dos casos, embora cerca de 5,5% dos pN0 apresentem recidiva ganglionar da doença. Atualmente, é possível reproduzir a técnica cirúrgica clássica por via vídeo-assistida, com resultados oncológicos semelhantes e menor taxa de complicações.
Objetivos: Descrever passo-a-passo a técnica de linfadenectomia inguinal modificada vídeo--assistida (LIMVA).
Material e métodos: Vídeo de cirurgia de LIMVA direita. Consulta de processo clínico do doente e dados laboratoriais e histológicos.
Resultados: Doente de 78 anos ,com diagnóstico inicial de carcinoma do pénis com 6 meses de evolução, apresentava ao exame objetivo uma massa dura e irregular que ocupava os 2/3 distais do pénis., sem massas inguinais palpáveis. Realizou RM pélvica que objetivou uma lesão neoplásica com 10 cm de maior eixo e com sinais de infiltração da uretra, sem adenopatias inguinais ou pélvicas. Foi sujeito a penectomia total, tendo a histologia revelado um carcinoma espinhocelular do pénis pT3NxMx.
Após 3 meses foi sujeito a LIMVA à esquerda, sem intercorrências, cinco dias de internamento, sem complicações pós-operatórias. Foram removidos 6 gânglios, todos sem doença oncológica.
Um mês depois foi submetido a LIMVA direita, sem intercorrências, com uma duração cirúrgica de 2 h e 14 min. Doente esteve internado quatro dias, com remoção do primeiro dreno ao 2º dia pós-operatório e o segundo ao 4º dia pós-operatório. Foram removidos sete gânglios, todos sem doença oncológica.
O vídeo apresentado refere-se à LIMVA direita, sendo visíveis todos os passos da técnica cirúrgica (posicionamento do doente, colocação de trocáres, disseção romba profundamente à faixa de Scarpa,, identificação dos limites anatómicos da disseção, identificação dos vasos femorais, identificação e isolamento da veia safena até a fossa ovalis, excisão dos gânglios e encerramento.
Discussão/Conclusões: A grande vantagem da LIMVA é a recuperação pós-operatória, nomeadamente a baixa taxa de deiscência da ferida operatória e de edema dos membros inferiores, permitindo uma recuperação muito mais rápida em relação à técnica clássica. O ponto chave da técnica é a criação do plano de disseção correto e a identificação clara dos limites do mesmo.

V 08

VASOVASOSTOMIA MICROCIRÚRGICA EM DOENTE COM ANTECEDENTES DE HERNIORRAFIA INGUINAL: TRATAMENTO IMPOSSÍVEL?

Débora Araújo[1], Vitor Oliveira[1], Daniela Pereira[1], Raquel Rodrigues[1], Alexandre Gromicho[2]; Pedro Costa[1], Jorge Dias[1], Luís Ferraz[1]
[1]CHVN Gaia/Espinho, [2]Hospital Central do Funchal

Introdução: A lesão iatrogénica do canal deferente, em procedimentos como a reparação de hérnia inguinal, pode ocorrer até 8-19% dos

casos e afetar irreversivelmente a fertilidade destes doentes. Segundo a literatura, as taxas de patência e de gravidez após vasovasostomia microcirúrgica (VV) nestes doentes rondam os 65% e 39%, respetivamente, resultados estes inferiores comparativamente à reversão de vasectomia.

Ainda assim, comparando com as técnicas de procriação medicamente assistida (PMA), a VV oferece a possibilidade de estes doentes terem descendentes biológicos, com menos riscos e complicações para o feto e para a parceira, com maior custo-eficácia e com a vantagem de permitir gravidezes futuras por método de concepção natural.

Caso clínico: Homem, 39 anos, saudável, com um filho de um relacionamento prévio, recorreu à consulta de Urologia por uma infertilidade secundária com 2 anos de evolução. Nova parceira de 30 anos apresentava estudo hormonal e ginecológico normal. O doente tinha como antecedentes prévios correção de hérnia inguinal bilateral há 6 anos. Objetivamente, evidenciou-se a presença de cicatrizes bilaterais de reparação de hérnia inguinal, com testículos normoposicionados e normodimensionados e canais deferentes palpáveis bilateralmente. Espermograma realizado previamente evidenciava azoospermia. Foi proposta a reconstrução dos canais deferentes sob anestesia geral. Realizou-se a mobilização pélvica dos canais deferentes por via abdominal laparoscópica. De seguida foi efetuada incisão inguinal longitudinal sobre a localização do anel inguinal superficial. Após exteriorização dos canais medialmente ao nível do anel inguinal superficial pelo menor trajeto possível, foi identificada a porção testicular do canal e realizada a sua secção para posterior recanalização a esse nível. Depois de realizada a secção perpendicular dos topos proximais dos canais deferentes constatou-se saída de líquido seminal abundante. Durante a dissecção dos mesmos manteve-se preservada a sua vascularização. A VV microcirúrgica aberta foi feita com recurso a microscopia ótica e foi aplicada a técnica de duas camadas. Não foi deixado dreno. Não se observaram complicações no pós-operatório. O espermograma às 6 semanas do pós-operatório revelou a presença de 15 milhões espermatozóides/ml móveis no ejaculado. Ainda sem descendentes nos 3 primeiros meses de seguimento.

Discussão/conclusão: É crucial explorar os antecedentes cirúrgicos prévios em doentes com história de infertilidade. A reparação de hérnias inguinais é responsável por uma percentagem relevante de azoospermias obstrutivas. A reversão cirúrgica e VV nestes doentes apesar de desafiante, não deve ser assumida como uma impossibilidade. Deve oferecer-se a hipótese de VV, uma vez que, por mais complexo que esta seja, é um procedimento alternativo viável e que oferece vantagens incontestáveis a estes doentes em comparação com a PMA.

V 09

LINFADENECTOMIA INGUINAL MODIFICADA LAPAROSCÓPICA

André Barcelos, Pedro Bargão Santos,
Manuel Ferreira Coelho
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE

Introdução: A neoplasia do pénis é uma neoplasia rara, correspondendo a 2-5% de todas as neoplasias urogenitais. A disseminação linfática faz-se por embolização envolvendo, em primeiro lugar os gânglios inguinais superficiais, depois os profundos e posteriormente os pélvicos. As metástases ganglionares, quando presentes, são o mais importante factor de prognóstico.

O aumento de volume dos gânglios inguinais surge na apresentação inicial em 58% dos pacientes, mas menos de metade destes demonstram ser metástases. Porém, até 20% dos doentes com gânglios inguinais não palpáveis apresenta metástases ganglionares ocultas.

A linfadenectomia inguinal (Radical - Daseler *et al.* e Modificada - Catalona *et al.*) é um procedi-

mento cirúrgico com alta taxa de complicações (30% a 40%) e morbilidade, mas que demonstra ser curativo mesmo na presença de adenopatias inguinais, assim sendo é recomendado a sua realização quando o tumor for pT1 GIII ou ≥pT2.
A abordagem Laparoscópica da Linfadenectomia Inguinal (Bishoff *et al.*) surge como um procedimento minimamente invasivo, com menores taxas de complicações e de morbilidade, sem afectar a qualidade oncológica da intervenção.
Objetivos: Apresentar vídeo de Linfadenectomia Inguinal Modificada Laparoscópica realizada no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.
Material e métodos: Doente do sexo masculino, 60 anos, com antecedentes de Penectomia Parcial por carcinoma pavimento celular do pénis pT2 G2 R0 (AJCC, 8ª edição)
Resultados: Técnica realizada com sucesso, com excisão de 11 gânglios inguinais, sem evidência de metástases. Pós operatório apenas com celulite da coxa, tratada com antibioterapia em ambulatório, como complicação a registar.
Discussão/Conclusões: A linfadenectomia inguinal por abordagem laparoscópica apresenta-se como uma técnica eficaz e de simples execução, quando realizada por um cirurgião com experiência laparoscópica. A sua grande vantagem é a baixa taxas de complicações e de morbilidade, sem afectar a qualidade oncológica da intervenção.

V 10

CORPOROPLASTIA COM MÚLTIPLAS INCISÕES DORSAIS PREENCHIDAS COM ENXERTOS DE TACHOSIL® NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE PEYRONIE

Afonso Castro, Pedro Oliveira, Carolina Ponte, João Almeida, Tiago Oliveira, Paulo Pe-Leve, João Felício, Sandro Gaspar, Francisco Martins, José Dias; Tomé Lopes
Serviço de Urologia CHLN – Hospital Santa Maria

Introdução: A doença de Peyronie é uma doença benigna do pénis, caracterizada pela deformação do pénis durante a erecção. Pode resultar de traumatismo peniano, levando a cicatrização anómala e deposição de tecido fibrótico na túnica albugínea em indivíduos geneticamente susceptíveis. Afeta cerca de 3-13% do população masculina.
Clinicamente caracteriza-se por erecções dolorosas, curvatura ou deformidade peniana e placa fibrótica palpável no pénis.
Esta patologia tem um impacto significativo na qualidade de vida, causando dificuldade ou incapacidade na penetração durante o acto sexual. É caracterizada por duas fases: fase aguda e fase crónica. Durante a fase crónica da doença, após a estabilização da curvatura, o tratamento cirúrgico é reconhecido como o mais eficaz. As técnicas utilizadas dependem, entre outros fatores, do tipo de curvatura e deformidade peniana apresentadas e da presença de disfunção eréctil associada.
Objetivos: Apresentar uma nova técnica cirúrgica para correção de Doença de Peyronie.
Material e métodos: Apresentamos um doente do sexo masculino de 60 anos, sem antecedentes relevantes, com Doença de Peyronie com 2 anos de evolução, com função eréctil mantida sem recurso a suporte farmacológico. Foi realizada fotodocumentação e ecodoppler peniano com prova vasoactiva, tendo evidenciado curvatura dorsal de 45º, com longitude peniana máxima em erecção de 12cm, e placa calcificada no terço médio do corpo cavernoso esquerdo. Apresentou PSV > 75cm/s e EDV < 5cm/s bilateralmente.
Foi submetido a correção cirúrgica através de corporoplastia com incisões transversais múltiplas da túnica albugínea e enxerto múltiplo com TachoSil®, sob sedação e bloqueio peniano. Esta é descrita e apresentada passo-a-passo através de imagens de vídeo.
Resultados: Intraoperatoriamente procedeu-se à identificação da placa na face dorsal do terço médio do pénis e foram realizadas múltiplas incisões nas camadas da túnica albugínea até

ao tecido do corpo cavernoso, na localização da placa fibrótica, seguido de colocação de enxertos múltiplos de TachoSil® nestes locais.
Seis semanas depois, objetivou-se correcção completa da curvatura peniana, com manutenção do comprimento longitudinal peniano e função eréctil mantida.
Conclusões/Discussão: O tratamento cirúrgico da Doença de Peyronie divide-se essencialmente em técnicas de plicatura e de incisão/excisão da placa com colocação de enxerto.
As primeiras são geralmente usadas em curvaturas inferiores a 60º e sem deformidade, mas associam-se um risco aumentado de encurtamento peniano.
As segundas, também referidas como técnicas de alongamento da túnica albugínea pela aplicação de um enxerto, são aplicadas em curvaturas superiores a 60º, com deformidade proeminente e encurtamento peniano severo. Cursam com um período pós-operatório superior e aumento da incidência de disfunção eréctil.
O TachoSil® tem sido alvo de atenção crescente como enxerto aplicado, tendo apresentado resultados promissores.
A técnica descrita apresenta várias vantagens. Além do recurso a sedação e bloqueio peniano, que permite reduzir o tempo de recuperação pós-operatória em relação a outras técnicas de corporoplastia com enxerto, o tempo cirúrgico é curto e equivalente às técnicas de plicatura. A correção da curvatura foi completa, com manutenção da função erétil e do comprimento longitudinal peniano.

Simpósio APU 2018

Complicações em Urologia

Sponsors

A. MENARINI PORTUGAL
Allergan
astellas
BAYER
Bristol-Myers Squibb
ferrer
FERRING PRODUTOS FARMACÊUTICOS
gsk
GERMANO DE SOUSA CENTRO DE MEDICINA LABORATORIAL
IPSEN Innovation for patient care
JABA RECORDATI GROUP
janssen Oncology PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson
Lilly
OLYMPUS
Pfizer Oncology
Pierre Fabre Médicament
Roche
TECNIFAR 4H HEALTHCARE GROUP COMPANY
tecnimede
teprel
ZSI Zephyr Surgical Implants

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

Secretariado

admédic
ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO DE EVENTOS

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

Agência de viagens oficial do Simpósio

admédic Tours

E: paula.cordeiro@admedictours.pt
W: www.admedictours.pt
RNAVT 2526