WEBINAR
SECÇÃO PORTUGUESA DE

Uroginecologia

Do Essencial à INOVAÇÃO em Uroginecologia

Sábado | 22 de maio 2021

15:00-15:05h **Introdução**
Bercina Candoso

15:00-15:50h **Falha de sling – E agora?**

15:00-15:15h **Evidência clínica**
Maria Geraldina Castro

15:15-15:50h **Sessão de Casos clínicos**

CC 01 **Incontinência urinária mista e falha de sling suburetral – Como gerir?**

CC 02 **Migração de sling suburetral**

CC 03 **Colpossuspensão de burch após falha de sling suburetral**

CC 04 **Recidiva de incontinência urinária de esforço após cirurgia por recidiva de prolapso genital**

15:50-16:10h **Prolapso uterino primário – Qual a melhor escolha cirúrgica**
Sofia Alegra

16:10-16:30h **Experiência clínica das redes em cirurgia de prolapso dos órgãos pélvicos**
Alexandra Henriques

16:30-16:50h **Avanços tecnológicos em Uroginecologia**
Bercina Candoso

16:50-17:00h **Encerramento do Webinar**
Bercina Candoso

Intervenientes / *Faculty*

Alexandra Henriques, *Hospital de Santa Maria, CHULN*
Bercina Candoso, *Maternidade Júlio Dinis, CHP*
Maria Geraldina Castro, *Maternidade Bissaya Barreto, CHUC*
Sofia Alegra, *Hospital Lusíadas Lisboa*

Organização

SPG UROGINECOLOGIA

Endorsement

IUGA international urogynecological association

This program is endorsed by the International Urogynecological Association

Patrocínio

astellas

Procare Health Naturally woman

Secretariado

admédic ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO DE EVENTOS

paula.cordeiro@admedic.pt
elsa.sousa@admedic.pt
www.admedic.pt

Resumos de Casos Clínicos e Posters

CASOS CLÍNICOS

CC 01

INCONTINÊNCIA URINÁRIA MISTA E FALHA DE SLING SUBURETRAL – COMO GERIR?

Maria Lúcia Moleiro; Helena Veloso; Marcília Teixeira; Raquel Reis; Anabela Branco; Bercina Candoso
Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto (CMIN-CHUPorto)

Introdução: A incontinência urinária (IU) na mulher continua a ser um problema prevalente, estimando-se que acima dos 65 anos, mais de 50% das mulheres possam apresentar queixas associadas ao esforço, com componente de urgência ou situações com queixas de carácter misto.

O tratamento de primeira linha deve ser avaliado, tendo em conta múltiplos fatores, mas a cirurgia acabará por ser uma opção para muitas doentes. Os slings suburetrais (retropúbicos, transobturadores ou de incisão única) revelam-se um tratamento simples e eficaz, mas estão, como qualquer cirurgia, associados a riscos e falhas, isto é, persistência ou recorrência de sintomas de IU após a cirurgia e aparecimento de sintomatologia de novo. A gestão destas continua a ser um desafio e deve ser ponderada caso a caso.

Descrição: Mulher de 43 anos, com queixas de IU mista (IUM) agravadas após histerectomia total. Devido às queixas e achados do estudo urodinâmico (hiperactividade do detrusor, insuficiência esfincteriana e perdas com pressões abdominais baixas) foi proposta reabilitação do pavimento pélvico. Como não tinha possibilidade de a realizar, optou por ser submetida a cirurgia com um sling transobturador (TOT), visto que a IU que mais interferia com a sua qualidade de vida era IU de esforço (IUE).

Após a cirurgia, que decorreu sem intercorrências, referiu melhoria da IUE, mas agravamento significativo das queixas de urgência, que não cederam mesmo com tratamento com anticolinérgicos. Assim, dois anos depois, foi realizada secção da fita de TOT, com retorno das queixas de IUE para pequenos esforços. O estudo urodinâmico mostrava baixa capacidade vesical, perdas com contracções espontâneas do detrusor, com tosse e com pressões abdominais a partir dos 34 cmH2O. Foi medicada com oxibutinina, e teve melhoria das queixas de urgência, mas persistência da IUE para pequenos esforços pelo que foi proposta nova intervenção cirúrgica com mini-sling. Após esta intervenção, foi conse-

guido bom controlo das queixas de IU, mantendo-se medicada com oxibutinina.

Conclusão: A gestão de uma falha de TOT deve ser gerida de forma individualizada. O tipo de sintomas, a sua gravidade, os achados do exame físico e do estudo urodinâmico, bem como a resposta à terapêutica instituída são fundamentais para uma orientação adequada. Apesar de os mini-slings parecerem ter uma eficácia relativamente menor quando comparados aos restantes, ao serem um procedimento menos invasivo e usando uma fita mais pequena, podem representar uma alternativa em casos seleccionados.

CC 02

MIGRAÇÃO DE SLING SUBURETRAL

Prescillia Marques; Mariana Morais; Yida Fan; Cátia Moreira; Osvaldo Moutinho

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro - Vila Real

Introdução: A incontinência urinária de esforço (IUE) corresponde à perda involuntária de urina com esforços como tossir ou espirrar. Nos últimos anos têm sido desenvolvidas diversas técnicas cirúrgicas para resolução da IUE. A colocação do sling suburetral transobturador tem tido ótimos resultados, com uma taxa de cura entre 80 e 90%. As complicações mais comuns são a retenção urinária, dor na virilha, perfuração vesical e a erosão/extrusão de rede.

Este é um caso de migração de sling suburetral transobturador para o interior da uretra média, no Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro (CHTMAD). Os respetivos dados foram recolhidos, retrospetivamente, do processo clínico da utente, com consentimento da própria.

Descrição: Paciente de 51 anos com antecedentes de 2 partos vaginais, o maior recém-nascido com 3500g, índice de massa corporal de 23 e queixas de IUE ao longo de 10 anos. Avaliada em consulta de Uroginecologia, foi submetida a colocação de sling transobturador (tension free vaginal tape obturator – TVTO) com resolução da IUE em 2015. Regressa 4 anos depois com queixas de IUE de novo e com descrição de 4 episódios de infeção do trato urinário (ITU) num espaço de 4 meses. À observação na consulta não se constatou presença de fibrose suburetral, prolapso de órgãos pélvicos ou hipermobilidade uretral, contudo, apresentava um Stress Test positivo. O estudo urodinâmico demonstrou hiperatividade do detrusor, bexiga de sensibilidade aumentada, acomodação e capacidade diminuídas,com um fluxo urinário não obstrutivo. A ecografia do pavimento pélvico revelou em imagens 2D e 3D sling suburetral parcialmente migrada para a uretra média. Em colaboração com a Urologia, procedeu-se a realização de uretrocistoscopia, a qual confirmou a presença de fios do sling com incrustações cálcicas no terço médio da uretra. Caso discutido com a Urologia tendo-se decidido propor a utente para ressecção transuretral da fita. Dada a dificuldade em isolar a mesma, associada a excessiva calcificação e ao risco inerente de fístula uretrovaginal, procedeu-se a libertação da porção parauretral da fita, aliviando a tensão, com redução do risco de erosão adicional.

Doente em *follow-up* com queixas de incontinência urinária de urgência controlada com anti muscarínicos, sem IUE agravada e sem ITU's.

Conclusão: A colocação do sling transobturador TVTO, corresponde atualmente ao procedimento cirúrgico de primeira linha para correcção da IUE. Apesar da sua elevada taxa de cura e das reduzidas complicações, estão descritos casos raros de migração do sling suburetral. Para a sua detecção e correcção precoces, a suspeição clínica e a avaliação com os meios complementares de diagnóstico mais adequados desempenham um papel fundamental.

CC 03

COLPOSSUSPENSÃO DE BURCH APÓS FALHA DE SLING SUBURETRAL

Mariana Sucena; Joana Lyra;
Maria Geraldina Castro; Liana Negrão
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Introdução: A inserção de redes suburetrais sem tensão (TVT) deve ser a abordagem cirúrgica de eleição na incontinência urinária de esforço (IUE) pela elevada taxa de sucesso e baixa taxa de complicações. As recidivas ou falhas de tratamento colocam importantes desafios terapêuticos.

Descrição: Mulher de 52 anos com IUE isolada submetida a cirurgia de correção com sling transobturador outside-in aos 39 anos. Doze anos depois foi referenciada ao nosso Serviço por queixas de disúria persistente e peso pélvico. O estudo ecográfico do pavimento pélvico demonstrou a presença de tira de TVT-O com erosão uretral e documentou uma imagem sugestiva de granuloma para-uretral. Foi realizada uretrocistoscopia que confirmou o diagnóstico de extrusão de rede uretral tendo-se realizado exérese da porção da rede intra-uretral.

Na consulta de *follow-up* um ano depois constatou-se recidiva da IUE tendo sido proposta a realização de novo sling médio-uretral que foi suspenso intra-operatoriamente por deteção de solução de continuidade entre a incisão vaginal e a uretra. Por manter IUE invalidante foi reintervencionada e submetida a colpossuspensão de Burch 17 meses depois.

Encontra-se em *follow-up* na consulta de Uroginecologia mantendo-se dois anos após a cirurgia sem queixas de IUE, urgência ou dificuldade micional.

Conclusão: Existem algumas complicações tardias com o tratamento cirúrgico da IUE com rede suburetral que impedem o uso de novas redes, para solucionar a IUE recorrente, após resolução destas complicações, pode ser necessário o recurso a cirurgias clássicas como a colpossuspensão de Buch, com eficácia já demonstrada.

CC 04

RECIDIVA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO APÓS CIRURGIA POR RECIDIVA DE PROLAPSO GENITAL

Susana Correia Costa; Rita Figueiredo;
Ana Rosa Costa
Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: A recidiva da incontinência urinária (IU) de esforço ocorre em 15% dos casos, sendo o risco superior perante idade avançada (> 50 anos), obesidade, diabetes mellitus (DM), IU mista, cirurgia concomitante de prolapso dos órgãos pélvicos (POP), entre outros.

Descrição: Mulher de 66 anos com cinco partos vaginais, IMC de 32 kg/m2 e DM tipo 2 insulinotratada, sem cirurgias anteriores. Encaminhada à consulta externa de Uroginecologia por POP com impacto na qualidade de vida. Ao exame ginecológico apresentava POP anterior grau 4, apical grau 3 e posterior grau 2 e stress test positivo após redução do POP. Submetida a histerectomia vaginal com colpoplastia anterior e posterior, fixação vaginal ao arco tendíneo e colocação de sling de incisão única (MiniArc®).

Cerca de 1 ano após cirurgia, foi proposta para sacrocolpopexia por recidiva do POP comprovada por RMN – POP tricompartimental durante a defecação, com POP anterior grau 3 (71 mm), apical grau 3 (72 mm), posterior grau 3 (74 mm) e horizontalização da uretra, traduzindo hipermobilidade uretral. Orientada ainda para consulta de proctologia por obstipação refratária ao tratamento.

No 1º mês pós operatório de sacrocolpopexia, sofreu recidiva da IU de esforço para pequenos esforços com forte impacto na qualidade de vida. Ao exame físico não apresentava extrusão de fita. Realizou estudo urodinâmico que revelou perda involuntária de urina

à pressão mínima de 69 cm de H2O com a Valsalva. Realizou ainda manometria e ecoendoscopia que revelou aparelho esfincteriano espástico. Submetida a sling via transobturadora e orientada para MFR para reeducação do pavimento pélvico.
Ao 2º ano de pós operatório, sem queixas de IU.
Conclusão: Neste caso clínico existem fatores de risco para recidiva de IU de esforço (DM, obesidade, POP com cirurgia concomitante, idade). A realização de colpossuspensão de Burch em combinação com a sacrocolpopexia poderá ter algum papel no tratamento de IU de esforço ou como profilaxia da IU de esforço se fatores de risco associados. Contudo, no caso de recidiva de IU de esforço, os slings da uretra média têm melhores resultados que a colpossuspensão de Burch.

POSTERS

PD 01

PERSISTÊNCIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO APÓS CORREÇÃO CIRÚRGICA COM TVT-O – UMA OPÇÃO DE TRATAMENTO

Joana Lyra[1]; Mariana Sucena[2];
Maria Geraldina Castro[2]; Liana Negrão[2]
[1]Centro Hospitalar Universitário de São João;
[2]Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Introdução: A cirurgia de correção da incontinência urinária de esforço (IUE) com a colocação de slings da uretra média é uma opção terapêutica eficaz, porém as taxas recorrência/persistência de IUE podem chegar aos 15%. Estas doentes representam um desafio no estudo e orientação terapêutica. O caso seguinte pretende demonstrar uma das abordagens terapêuticas possível.
Descrição: O caso descreve uma mulher de 52 anos, orientada para consulta por IUE persistente e agravada após cirurgia de correção de IUE com *sling transobturador inside-out* (TVT-O), realizada quatro anos antes. Nos 3 primeiros anos de pós-operatório a doente refere melhoria franca dos sintomas de IUE, descrevendo episódios muito esporádicos de perdas urinárias com os esforços, mas globalmente satisfeita com a cirurgia. Porém, refere agravamento progressivo da IUE com as atividades de vida diária no último ano. Nega sintomas de incontinência urinária de urgência.
Ao exame objetivo, a doente apresentava um teste da tosse e um TVT teste positivos, com hipermobilidade uretral. Sem prolapso de órgãos pélvicos objetivados e presença da prótese previamente colocada sem sinais de erosão/extrusão. Como parte da investigação diagnóstica realizou estudo urodinâmico que foi compatível com o diagnóstico de IUE, sem outras alterações urodinâmicas.
Após discussão das opções terapêuticas, foi

submetida a nova cirurgia de colocação de TVT-O, sem intercorrências e com sucesso terapêutico. Dez anos após o segundo sling transobturador, mantém a cura da IUE , sem complicações associadas à presença das próteses.

Conclusão: Este caso representa uma das abordagens possíveis perante uma persistência/recorrência da IUE após tratamento cirúrgico. A colocação de um novo sling pode ser uma opção eficaz no tratamento, sem que para isso seja necessário remover a prótese previamente colocada.

PD 02

SERÁ A URETROPEXIA COM PRÓTESE RETROPÚBICA UMA OPÇÃO TERAPÊUTICA NA FALHA DA PRÓTESE TRANSOBTURADORA?

Vanessa Silva[1,2]; Adriano Soares[1]; Cláudia Miranda[1]; Rita Ladeiras[1]; Manuela Mesquita[1]; Horácio Azevedo[1]; José Vivas[1]

[1]Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães; [2]Escola de Medicina da Universidade do Minho/ ICVS - Instituto de Ciências da Vida e da Saúde

Introdução: Os slings sintético da uretra média (SUM) são o tratamento cirúrgico de primeira linha para a incontinência de esforço (IUE). No entanto, não existem estudos que sustentem qual a abordagem cirúrgica secundária ideal da falha de SUM.

Descrição: 60 anos, 2 para, antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 sem lesão de órgão alvo, hipertensão arterial e dislipidemia. Foi referenciada à consulta de Uroginecologia por queixas de incontinência urinária de esforço (IUE), com 10 anos de evolução, confirmada pela anamnese e exame físico. Realizou reabilitação de pavimento pélvico (RPP) com melhoria da sintomatologia. 2 anos depois reiniciou queixas de IUE, apesar de realizar RPP de forma autónoma, regularmente. Foi submetida a uretropexia com prótese transobturadora (TOT), via *outside-in* sem intercorrências. Na consulta de pós-operatório, 6 semanas após, encontrava-se assintomática. Referiu queixas de recorrência de IUE, 4 meses após a cirurgia. Ao exame físico observou-se hipermobilidade uretral com provas de esforço positivas e prótese posicionada ao nível da uretra média. Apresentou urocultura estéril e urofluxometria com taxa de fluxo máximo de 49,9 mL/s, taxa de fluxo médio de 14,4 mL/s, volume urinado de 876 mL e resíduo pós-miccionalde 15 mL. A pressão máxima de encerramento uretral foi de 67 cmH2O. A cistometria confirmou recorrência de IUE, com pressão abdominal máxima, em valsalva, que desencadeia fuga urinária de 24 cmH2O. Foram discutidas as opções de tratamento conservador e cirúrgico com a paciente, tendo-se optado pela uretropexia com prótese retropúbica (TVT), realizada sem intercorrência intraoperatórias. O pós-operatório imediato foi complicado por retenção urinária com necessidade de colocação de cateter vesical suprapúbico, removido após 29º dia. Referiu queixas de urgência urinária "de novo" sem incontinência ao 12º mês pós-operatório. Repetiu EUD, sem evidência de IUE, mas com contrações não inibidas do detrusor associadas a urgência, sem incontinência. As queixas de urgência urinária melhoraram com cloreto de tróspio – 20 mg, uma vez/dia. Teve alta após 47 meses desde a primeira avaliação, medicada com anticolinérgico, assintomática.

Conclusão: A abordagem cirúrgica ideal para o tratamento da falha de TOT ainda não foi estabelecida, mas a TVT é uma opção. As disfunções precoces e crónicas de esvaziamento podem ocorrer após SUM, pelo que a identificação precoce de complicações e o seguimento a longo prazo são essenciais.

PD 03

O SLING RETROPÚBICO NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO RECORRENTE

Joana Figueiredo; Inês Neves Gomes; Ana Regalo; Milene Rodrigues; Águeda Vieira; Luís Canelas
Hospital Garcia de Orta, E.P.E., Almada

Introdução: A incontinência urinária (IU) condiciona profundo impacto na qualidade de vida, estando presente em cerca de 50% das mulheres. O subtipo de IU de esforço (IUE) é o mais prevalente, dispondo de tratamento cirúrgico com alta taxa de cura, quando as medidas conservadoras são insuficientes. A aplicação de slings sob a uretra média por via transobturadora é uma técnica cirúrgica de primeira linha, com eficácia reconhecida superior a 80%.

Contudo, estima-se em 15% a taxa de reintervenção cirúrgica por persistência ou recorrência de sintomas após tratamento cirúrgico. A colocação de um novo sling da uretra média sem tensão (TVT) por via retropúbica é uma opção válida nestes casos. A escolha entre as abordagens retropúbica versus transobturadora é controversa, embora alguns estudos demonstrem a superioridade da primeira em doentes obesas, com insuficiência intrínseca do esfíncter, prolapso de órgãos pélvicos (POP) e com maior evidência para IUE recorrente ou persistente.

Descrição: Apresentamos uma série de 28 casos de slings retropúbicos colocados entre 2010 e 2019, dos quais 25 no contexto de IUE persistente ou recorrente após cirurgia de IUE prévia.

A idade média foi 62 anos (entre 44 e 82 anos), 80% das quais na pós-menopausa. A paridade média foi de 1.9, 98% foram partos vaginais e 24% das mulheres tiveram ≥ 3 partos. A perturbação depressiva estava presente e medicada em 60% e a diabetes mellitus presente em 20%. 64% apresentava cirurgias pélvicas anteriores, das quais histerectomia em 32% e correção de POP em 28%. A técnica cirúrgica TVT por via transobturadora foi a mais utilizada (84%) na primeira correção de IU.

Todas as doentes foram avaliadas com estudo urodinâmico e/ou ecografia do pavimento pélvico, confirmando IUE em 56%, e IU mista (IUM) com predomínio de esforço em 44%.

Registou-se 1 caso de perfuração vesical não complicada (com ineficácia do sling) e 1 caso de retenção urinária. A maioria das doentes (80%) referiu melhoria sintomática relativamente a IUE, tendo 24% mantido IU urgência (IUU). 12% das doentes perderam seguimento.

Conclusão: O tratamento da IUE recorrente após falha cirúrgica é um desafio, dado ocorrer num subgrupo de doentes com fatores de risco para recidiva, exigindo uma avaliação detalhada do benefício de uma reintervenção e melhor via de abordagem cirúrgica. A colocação de sling retropúbico tem um papel estabelecido nestes casos, sendo uma técnica eficaz e com baixa taxa de complicações.

PO 04

TENSION-FREE VAGINAL TAPE POR VIA RETROPÚBICA NA INCOTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO RECORRENTE: CASO CLÍNICO

Adriano Soares; Horácio Azevedo; Manuela Mesquita; José Vivas
Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães

Introdução: A incontinência urinária de esforço (IUE) feminina é uma patologia muito frequente, com impacto significativo na qualidade de vida. Quando as medidas conservadoras não proporcionam um alívio sintomático adequado, a cirurgia é frequentemente a única opção terapêutica disponível. Embora a taxa de sucesso cirúrgica seja globalmente elevada, as falhas terapêuticas representam uma situação complexa e de difícil resolução.

Descrição: Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 69 anos, submetida em 2013 a correção cirúrgica de IUE com colocação de

sling sob a uretra média por via transobturadora, sem intercorrências e com resolução completa da sua sintomatologia. Destacam-se da história pessoal dois partos eutócicos e obesidade grau I.

Em 2018 é referenciada novamente à consulta de uroginecologia por recorrência da sintomatologia de IUE, comprovada por estudo urodinâmico. Após o insucesso da fisioterapia do pavimento pélvico, foi proposta para cirurgia de correção com colocação de sling sob a uretra média pela técnica *tension-free vaginal tape* (TVT) por via retropúbica. O pós-operatório foi complicado por retenção urinária, tendo sido colocado um cateter suprapúbico por persistência da clínica com medidas conservadoras. No seguimento em consulta de ambulatório constatou-se resolução gradual da sintomatologia, com remoção do cateter cerca de 6 semanas após a cirurgia. Mantém *follow-up* até à data sem novas intercorrências.

Conclusâo: A IUE recorrente após falha cirúrgica é um desafio, especialmente pela ausência de uma abordagem padronizada ou baseada em evidência e pela possível necessidade de nova intervenção cirúrgica. A colocação de sling suburetral pela técnica TVT por via retropúbica é considerada eficaz no tratamento da IUE recorrente após cirurgia, com poucas complicações e bons resultados a longo prazo.

PD 05

FALHA DE SLING SUBURETRAL EM MULHER JOVEM – COMO ORIENTAR?

Maria Lúcia Moleiro; Rafael Brás; Marcília Teixeira; Raquel Reis; Anabela Branco; Bercina Candoso
Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto (CMIN-CHUPorto)

Introdução: A incontinência urinária (IU) de esforço é o tipo de IU mais frequente em mulheres jovens, estimando-se a sua prevalência entre 4 e 35%. Deve-se a alterações da força muscular e do tecido conjuntivo, condicionadas pela gravidez e parto, mas também por actividade de elevado impacto, obesidade e essencialmente genética. A associação com queixas de urgência não é negligenciável, pelo que ambas as situações devem ser abordadas e estudadas de forma a conseguir um tratamento eficaz e, se possível, duradouro.

A correcção cirúrgica da IU, através dos slings suburetrais retropúbicos (TVT), ou transobturadores (TOT), tem elevada taxa de sucesso. Contudo, a sua aplicação numa fase em que o plano reprodutivo ainda não está cumprido pode condicionar falha subsequente do procedimento, com ressurgimento de queixas de IU, e dificultar o tratamento subsequente.

Descrição: Mulher de 40 anos, encaminhada a consulta da nossa instituição por queixas de IU mista (IUM). Tinha antecedentes de TVT aos 30 anos; quatro anos depois teve parto eutócico, após o qual teve agravamento das queixas de IUM, principalmente de urgência. Na consulta, apresentava ao exame ginecológico: laceração perineal, ligeira hipermobilidade uretral sem perda de urina objectivada com esforço e ausência de complicações locais relacionadas com sling. Realizou estudo urodinâmico: ausência de hiperactividade do detrusor, compliance elevada, insuficiência esfincteriana com esforço de retenção e pressão de encerramento uretral baixa. Foi medicada com cloreto de tróspio e, apesar de referir ligeira melhoria dos sintomas de urgência, notava agravamento das queixas de esforço pelo que foi proposta para terapêutica de reabilitação do pavimento pélvico. Dado persistência das queixas, realizou ecografia do pavimento pélvico que mostrou avulsão bilateral dos músculos elevadores do ânus, com comprometimento da integridade do pavimento pélvico; IUE por hipermobilidade uretral; fita de TVT mal posicionada. O caso foi discutido em consulta de grupo multidiscipli-

nar e a doente foi proposta para nova cirurgia – TOT – que decorreu sem intercorrências. Na consulta de revisão, a doente referiu manter queixas de IU. Ao exame, não se objectivaram perdas de urina com esforço, pelo que foi medicada de novo com cloreto de tróspio. Entretanto, faltou às consultas subsequentes.
Conclusão: O tratamento de doentes jovens com IU deve ser devidamente discutido com as mesmas, designadamente o risco de falha do procedimento com uma gravidez subsequente. O sucesso de um segundo procedimento para correcção da IU, mesmo que de novo com um sling suburetral, tem sido demonstrado numa percentagem significativa de casos. Contudo, a informação das utentes e empenho destas no cumprimento das medidas gerais e terapêuticas medicamentosas é fundamental para o controlo de todos as componentes da IU.

PD 06

COLPOSSUSPENSÃO DE BURCH LAPAROSCÓPICA APÓS FALHAS DE SLING: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Beatriz Ferro; Mafalda Simões; Sara Campos; João Paulo Marques; Francisco Falcão
Serviço de Ginecologia - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: Os slings da uretra média são a primeira escolha no tratamento da incontinência urinária de esforço (IUE) não complicada. Considera-se complicada uma recidiva da IUE após cirurgia de correção de incontinência, sendo alvo de discussão qual a melhor técnica.
Descrição: Mulher de 46 anos referenciada à consulta de Ginecologia Urológica por recidiva da IUE após colocação de sling transobturador *inside-out* aos 43 anos. À observação identificava-se uretra fixa, mucosa vaginal íntegra sem exposição da prótese, stress teste positivo com manobra de Valsalva e tosse, e ausência de resíduo pós-miccional. O estudo urodinâmico revelou uma IUE ligeira para pressões abdominais elevadas, capacidade vesical no limite inferior da normalidade, sem obstrução infravesical e atividade esfincteriana adequada.
Por manutenção das queixas decidiu-se a colocação de um sling retropúbico, que decorreu sem incidentes, sob anestesia geral sem realização de *stress* teste intraoperatoriamente. Contudo, um mês depois recorreu ao serviço de urgência por queixas compatíveis com erosão da mucosa vaginal com exposição da prótese. Esta foi confirmada ao exame objetivo, sendo que apresentava uma erosão de 0,5 a 1 cm de extensão, à direita, sem sinais inflamatórios associados. Foi submetida a revisão com necessidade de secção e remoção do segmento da prótese exposto.
Um ano depois reinicia queixas de IUE invalidante com stress teste positivo com manobra de Valsalva e tosse, pelo que se decidiu a realização de uma colpossuspensão de Burch por via laparoscópica.
Na última consulta de seguimento, um ano após a cirurgia, refere melhoria das queixas, com uma IUE não invalidante, presente apenas em situações de maior esforço e *stress* teste negativo.
Conclusão: A escolha da técnica usada em casos de IUE recorrente deve ser individualizada para cada doente, devendo ser informadas que a maior parte dos procedimentos são menos eficazes quando usados como procedimento de segunda linha. A colpossuspensão de Burch é uma cirurgia minimamente invasiva que pode ser uma opção a ter em conta no tratamento da IUE recorrente após falha de slings.

PD 07

INCONTINÊNCIA URINÁRIA MISTA – IMPORTÂNCIA DO ESTUDO URODINÂMICO

Joana Xavier, Susana Costa, Ana Rosa Costa
Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: A incontinência urinária mista (IUM) é caracterizada por perda involuntária de urina tanto com o esforço como associada a urgência miccional. Na presença de IUM é de maior importância o estudo urodinâmico nas doentes que vão ser submetidas a colocação de sling, uma vez que a presença de sintomas de hiperatividade do detrusor e pressões máximas de encerramento uretral baixas são fatores preditivos da persistência de sintomas de hiperactividade após colocação de sling. Além disso, a taxa de cura da incontinência urinária nestas doentes após colocação de sling é menor que em doentes com incontinência urinária de esforço pura, uma vez que os sintomas de urgência persistem em 30-70% dos casos.

Descrição: O presente caso clínico reporta uma mulher de 49 anos referenciada a consulta de Uroginecologia por incontinência urinária mista com predomínio de esforço. Referia ainda urgência miccional, poliaquiúria, noctúria e infeções urinárias de repetição. Como antecedentes pessoais apresentava hipertensão arterial, doença pulmonar obstrutiva crónica e obesidade. Como antecedentes obstétricos de referir 2 partos eutócicos. Ao exame físico apresentava cistocele grau I e hipermobilidade uretral, com perda de urina com a manobra de Valsalva. Foi submetida a correção cirúrgica de incontinência urinaria de esforço com sling transobturador. Um ano após a cirurgia de correcção de incontinência urinária, foi encaminhada à mesma consulta por recorrência de perda involuntária de urina com esforços, mantendo as mesmas queixas de urgência miccional, poliaquiúria e noctúria. Ao exame físico não se observou extrusão da fita de sling, sendo o stress teste negativo. Realizou exame bacteriológico de urina, cujo resultado foi negativo, e estudo urodinâmico. Foi medicada com solifenacina 5 mg.

Conclusão: A avaliação da mulher com IUM requer uma abordagem individualizada, com a realização de estudos urodinâmicos para a documentação de hiperatividade do detrusor e exclusão de disfunção do esvaziamento vesical e retenção urinária. O tratamento destas doentes, passa pela adoção de medidas conservadoras, como a reabilitação do pavimento pélvico, e o tratamento médico para melhoria dos sintomas de urgência. A cirurgia de correcção da IU tem uma taxa de eficácia entre os 30-70% nestas doentes.