

# XIII CONGRESSO APNUG

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA  
DE NEUROUROLOGIA E UROGINECOLOGIA

---

Desafios APNUG Pós-Confinamento:  
Médicos, Técnicos e Cirúrgicos

**23-24** Setembro 2022

Hotel Vila Galé | Coimbra

**PROGRAMA**  
Científico



Aceder à versão digital do  
programa com resumos



**APNUG**

Associação Portuguesa  
de Neurourologia  
e Uroginecologia

# XIII CONGRESSO APNUG

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA  
DE NEUROUROLOGIA E UROGINECOLOGIA

## Desafios APNUG Pós-Confinamento: Médicos, Técnicos e Cirúrgicos

Sexta-feira | 23 de setembro de 2022

13:00h	Abertura do Secretariado
14:00-14:30h	<b>Sessão de Abertura</b>
14:30-16:00h	<b>MESA-REDONDA 1 Dor pélvica crónica - <i>Extreme cases</i></b> Moderadora: Maria João Andrade
14:30-14:45h	<b>Gastroenterologia</b> Fernando Castro Poças
14:45-15:00h	<b>Urologia</b> Rui Pinto
15:00-15:15h	<b>Ginecologia</b> Pedro Vieira Baptista
15:15-15:30h	<b>Medicina Física e Reabilitação</b> Maria João Andrade
15:30-16:00h	<b>Discussão</b>
16:00-16:45h	<b>SESSÃO PATROCINADA Disfunção neurogénica do aparelho urinário inferior e cateterização intermitente</b> Moderadora: Maria Ribeiro da Cunha Ricardo Pereira e Silva
 Coloplast	
16:45-17:15h	<i>Coffee-break</i>
17:15-18:15h	<b>MESA-REDONDA 2 Estado da arte no uso de redes sintéticas</b> Moderadores: Sofia Alegria e Frederico Ferronha
17:15-17:30h	<b>O que mudou na correção cirúrgica do prolapso dos órgãos pélvicos, avançado, e da IUE durante a pandemia?</b> Alexandre Lourenço
17:30-17:45h	<b>Novas técnicas e vias de abordagem de correção de POP, utilizando tecidos nativos</b> Rafael Brás
17:45-18:00h	<b>A investigação em novos materiais</b> Bercina Candoso
18:00-18:15h	<b>Discussão</b>

18:15-18:45h	<b>Comunicações Livres</b> Moderadores: Liana Negrão e Rui Pinto CO 04, CO 06, CO 15, CO 17 e CO 19
18:45h	Encerramento do primeiro dia do Congresso
19:00-20:00h	<b>Assembleia Geral e Eleitoral</b>
20:30h	Jantar dos palestrantes

## Sábado | 24 de setembro de 2022

08:00h	Abertura do Secretariado
08:30-09:30h	<b>Comunicações Livres</b> Moderadores: Ricardo Pereira e Silva e Ana Trêpa CO 01, CO 05, CO 09, CO 10, CO 11, CO 12, CO 13, CO 14 e CO 18
09:30-10:30h	<b>MESA-REDONDA 3 (Dis)função sexual na patologia do pavimento pélvico</b> Moderadores: Frederico Carmo Reis e Ana Trêpa
09:30-09:45h	<b>A visão da ginecologia</b> Carla Tovim Rodrigues
09:45-10:00h	<b>A visão da urologia</b> Carlos Ferreira
10:00-10:15h	<b>A visão da fisioterapia</b> Carmen Urbaneja Dorado (Espanha)
10:15-10:30h	<b>Discussão</b>
10:30-11:00h	<i>Coffee-break</i>
11:00-12:00h	<b>MESA-REDONDA 4 Neuromodulação sagrada: <i>Back to the future</i></b> Moderadores: Paulo Temido e Júlio Leite
11:00-11:15h	<b>Avanços tecnológicos em neuromodulação sagrada</b> Ana Povo
11:15-11:30h	<b>Doenças antigas, novas indicações?</b> Tiago Antunes Lopes
11:30-11:45h	<b><i>You are under my command</i> – A era da programação <i>in-office</i> e monitorização remota</b> Ricardo Pereira e Silva
11:45-12:00h	<b>Discussão</b>

12:00-12:30h



**SESSÃO PATROCINADA** Cirurgia ambulatória em urologia protésica: uma realidade pós-pandémica

Moderadores: Paulo Temido e Nuno Tomada

Afonso Morgado e Juan Ignacio Martínez Salamanca [VIDEO CONFERENCE](#)

12:30-13:00h

**Vídeos**

Moderadores: Luís Abranches Monteiro

**V 01 e V 02**

13:00-14:30h

Almoço

14:30-15:00h

**Comunicações Livres**

Moderadores: Miguel Ramos e Maria João Andrade

**CO 02 , CO 03, CO 07, CO 08 e CO 16**

15:00-16:00h

**MESA-REDONDA 5** Lesões decorrentes do parto

Moderadores: Maria Geraldina Castro e Nuno Rama

15:00-15:15h

**A episiotomia já não é protetora do pavimento pélvico?**

Cátia Abreu

15:15-15:30h

**Consequências das lesões OASIS de 3º e 4º grau**

José Assunção Gonçalves

15:30-15:45h

**A reabilitação do pavimento pélvico no pós-parto tem resultados a longo prazo?**

Susana Moreira

15:45-16:00h

**Discussão**

16:00-16:30h

*Coffee-break*

16:30-17:30h

**MESA-REDONDA 6** Disforia de género

Moderadoras: Alexandra Henriques e Dulce Salzedas

16:30-16:45h

**Disforia de género em 2022**

Sara Magano

16:45-17:00h

**Avaliação, fluxograma de atuação e propostas terapêuticas**

Luísa Ruas

17:00-17:15h

**Soluções cirúrgicas, desafios e complicações**

Susana Pinheiro

17:15-17:30h

**Discussão**

17:30h

Encerramento do Congresso e entrega de prémios



## Resumos | Comunicações Orais

### CO 01

#### **FEMALE URETHRAL STRICTURE: STILL AN UNDERESTIMATED AND NEGLECTED ENTITY?**

Jose Bernal<sup>1</sup>., Liliya Tryfonyuk<sup>2</sup>; Alexander Yatsina<sup>2</sup>; Francisco E. Martins<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Clinica Indisa/ Hospital Sotero del Rio, Santiago de Chile.; <sup>2</sup>Urology Division, Rivne Regional Oncological Hospital, Rivne, Ukraine; <sup>3</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

**Introduction and objectives:** Female urethral stricture (FUS) is considered relatively uncommon. However, like the male counterpart, it is associated with an important financial cost and potentially debilitating outcomes. Understanding its epidemiology is critical to identify risk factors to produce better treatment outcomes and quality of life, and simultaneously reducing costs. In this study, we aim at estimating the percentage of women with urethral stricture who undergo surgical repair vs. those who are subject to repeated urethral dilatation (UD) in general urology practice.

**Materials and methods:** In this retrospective multicenter study spanning 13 years (Jan. 2008 – Dec. 2020), we included patients treated for FUS. We compared patients treated with UD only (Group 1; n = 80/97; 82.5%) with patients who underwent urethroplasty (Group 2; n = 17/97; 17.5%). All G2 patients and 24 G1 patients were evaluated with AUA Symptom Score (AUA-SS and QoL), maximum

flow rate (Q<sub>max</sub>), postvoid residual (PVR), voiding cystourethrogram, and uretroscopy. The remainder of the G1 patients were only evaluated with subjective parameters. Other variables included age, need for SPT, prior interventions, stricture location, length, etiology, complications, QoL, UDI-6. A p-value < 0.05 was considered significant.

**Results:** A total of 97 patients were included in the study. Duration of symptoms varied from 1-9 years (mean 4.1 in G1 and 3.9 in G2). The overall mean age (range 34-72) was 56.3 for G1, and 49.8 (range 31-76) for G2. The change in AUA-SS was from 32 to 9 in G1 and from 28 to 3 in G2; Q<sub>max</sub> increased from 3 to 29.5 in G1 (mean 16ml/s), and from 4 to 49 in G2 (mean 27ml/s), (p < 0.01) and PVR from 57 to 35 in G1 (mean 19 ml) and from 45 to 18 in G2 (mean 23). AUA-QoL score decreased after surgery from 6 to 2 in G1 and from 6 to 0 in G2. UDI-6 changed from 53.5 to 31.7 in G1 (mean 37, and 57.6 to 22.3 in G2 (mean 44). Overall urethral patency rate was 51% for G1 and 85% for G2 after first 6 months following respective procedures.

**Conclusions:** Despite lack of strong scientific evidence supporting UD in FUS, it is still common, and many urologists find it a useful tool in treating FUS. However, urethroplasty is a safe, apparently less costly, and effective therapeutic option for FUS, providing better long-term QoL. Therefore, urethroplasty should be

considered over UD in the majority of clinical circumstances.

## CO 02

### **ANATOMICAL AND FUNCTIONAL OUTCOMES FOUR YEARS AFTER SACROCOLPOPEXY FOR VAGINAL VAULT PROLAPSE**

Sofia Jovina Domingues<sup>1</sup>; Rita Nunes<sup>2</sup>; Cátia Ferreira<sup>2</sup>; Alexandra Henriques<sup>2</sup>; Alexandre Valentim Lourenço<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo, <sup>2</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

**Introduction:** Vaginal vault prolapse is defined as any descent of the apical segment of the vagina after hysterectomy. Surgical treatment should be offered to women with symptomatic vaginal vault prolapse after appropriate counselling in order to relief presenting symptoms and to improve quality of life.

Several surgical techniques have been described and they should be fitted to the individual patient's circumstances. Sacrocolpopexy is considered mainstay treatment for apical prolapse and is currently most often performed by a minimally invasive approach. Abdominal (ASC) and laparoscopic sacrocolpopexy (LSC) are well known effective methods for apical vaginal suspension.

**Objectives:** To evaluate subjective and objective effectiveness of ASC and LSC for symptomatic vaginal vault prolapse at 12, 24 and 48 months of follow up.

**Material and methods:** Historical cohort study of patients who underwent abdominal and laparoscopic sacrocolpopexies (polypropylene Y-mesh was fixed to the posterior and anterior vaginal wall and to sacral promontory), between 2005 and 2021, at an Urogynecological Unit from a tertiary referral hospital. Demographics and data pertaining to previous surgery were analyzed. Intraoperative and postopera-

tive complications were assessed. Symptoms and change in pelvic organ prolapse (POP) quantification point C (apex) according to Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) system were evaluated before surgery and at 12, 24 and 48 months of follow up.

**Results:** Forty patients were included. Mean age and body mass index (BMI) were  $60,4 \pm 8,4$  years old and  $28,3 \pm 3,5$  Kg/m<sup>2</sup>, respectively. All patients were multiparous (mean of  $2,23 \pm 0,8$  pregnancies) and had  $2,2 \pm 0,7$  vaginal deliveries. Median age at menopause was 47,2 years old. The time interval between hysterectomy and sacrocolpopexy was 10,6 years (range 1 - 44 years). ASC and LSC were performed after vaginal, abdominal and laparoscopic hysterectomy in 55%, 42,5% and 2,5% respectively.

The most common preoperative complaint was vaginal bulge (92,5% of patients). Most frequently, sacrocolpopexies were performed laparoscopically (72,5%). Complications reported were two cases of bladder perforation (one in ASC and the other in LSC) and one case of vaginal perforation during laparoscopic approach. Follow-up time ranged between three (97.5% patients) and 48 months (27.5% patients). During follow up, vaginal mesh exposure was observed in one case (at 18 months) managed with local estrogens and surgical correction under local anesthesia, and 17.5% of patients had persistent prolapse symptoms (vaginal bulge complaints).

Anatomically, mean postoperative point C was -6.7 cm (range -12 and 0 cm) at 12 months, -6.1 cm (range -10 cm and 3 cm) at 24 months and -6.4 cm (range -10 cm and 0 cm) at 48 months.

**Discussion/Conclusion:** The uterus provides support of the apex of the vagina, and its removal involves injury to the innervation and vascularization of the structures and changes

*in the connective tissues contributing to vaginal vault prolapse. Our results demonstrate that ASC and LSC are more common after vaginal hysterectomy than after the abdominal approach. This finding could be associated with preexisting POP defect prior to vaginal hysterectomy, in which there would already be some supporting tissues fragility, leading to POP recurrence. Also, McCall Culdoplasty (at the time of vaginal hysterectomy) has been described as the most effective surgical technique to prevent vaginal vault prolapse, but it seems not being a widespread performed technique.*

*Our data agree with previous findings that sacrocolpopexy is a safe and effective procedure and should be considered for patients presenting with vaginal vault prolapse.*

### CO 03

#### REABILITAÇÃO DO PAVIMENTO PÉLVICO NO DOMICÍLIO NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Alexandra Lagarto<sup>1</sup>; Rita Santos<sup>1</sup>; Mafalda Bártole<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

**Introdução:** A incontinência urinária (IU) feminina tem uma prevalência estimada entre 25% e 45%.<sup>1</sup> Condiciona diminuição da qualidade de vida<sup>2</sup>, devendo ser oferecido um tratamento adequado e individualizado a cada mulher com IU. A reabilitação do pavimento pélvico (RPP) é um tratamento conservador eficaz<sup>3</sup>, estando recomendado como primeira linha terapêutica conservadora na IU feminina.<sup>4</sup> Num centro hospitalar iniciou-se um programa de treino dos músculos do pavimento pélvico (TMPP) no domicílio, após consulta de avaliação e ensinamentos, para tentar assegurar uma resposta adequada e atempada num contexto pandémico.

**Objetivos:** Descrever resultados de um programa de RPP no domicílio; identificar fatores

associados a maior probabilidade de sucesso do mesmo.

**Material e métodos:** Estudo longitudinal prospetivo em mulheres com IU referenciadas para consulta de Fisiatria – RPP propostas para TMPP domiciliário, com primeira consulta entre 09/2019 e 05/2022. Para cada doente foi registada idade, antecedentes obstétricos, tipo de IU, quantidade das perdas, tempo desde início dos sintomas, ocorrência de sintomas do trato urinário inferior (LUTS) e de obstipação; foi realizado exame objetivo e ensino de exercícios de fortalecimento/relaxamento do pavimento pélvico, estabelecido plano de TMPP para realizar no domicílio e reavaliação em tele-consulta entre 03/2020 e 07/2022.

**Resultados:** 50 mulheres com idade média  $51.4 \pm 9.8$  anos. Antecedentes obstétricos de 3 partos em 14.6%; 2 partos em 54.2%; 27.1% com 2 partos e 4.2% nenhum parto. IU mista em 50.0%, 44.0% IU de esforço e 6.0% IU de urgência. Relativamente às perdas urinárias, 60.0% descreviam uma perda em jato, 35.6% em gotas e 4.4% perdas de todo o conteúdo vesical. IU com início mediano de 5 anos, amplitude interquartil de 7 anos (mínimo ½ ano e máximo 26 anos). Entre os LUTS, foi descrita nictúria em 27.3% das doentes; 30.6% tinha obstipação. Ao exame objetivo, 27.5% apresentavam grande abertura vulvar e 47.2% tinham distância ano-vulvar inferior a 3 cm; cicatriz de episiotomia presente em 73.1% das doentes avaliadas e prolapso de algum dos órgãos pélvicos em 31.8%. Força muscular da contração do pavimento pélvico grau 4 em 55.3% das doentes, 34.0% grau 3 e restantes 10.6% grau 2. Tempo mediano de contração 4.0 segundos, com amplitude interquartil de 2 segundos (mínimo 2 e máximo 10). Tônus diminuído em 32.5%. *Stress test* positivo em 8.9%. Contração muscular

parasita concomitante em 72.1% das doentes. Verificou-se melhoria da IU (diminuição da frequência e/ou volume de perdas urinárias) em 72.0%, tendo tido alta 54.0% sem necessidade de TMPP presencial com fisioterapia. Em 32.0% das doentes foi prescrita fisioterapia no serviço de Fisiatria após a primeira tele-consulta. Verificou-se que quando há contração de músculos parasita durante a contração dos músculos do pavimento pélvico há uma menor ocorrência de altas ( $p = 0.015$ ). Também se confirmou a importância do *stress test*, que, quando positivo, estava associado a menor melhoria sintomática ( $p = 0.008$ ).

**Discussão/Conclusões:** Este programa de TMPP no domicílio parece ser uma boa opção terapêutica em casos selecionados de IU feminina, havendo uma percepção de melhoria sintomática em 72.0% das doentes, com 54% a sentirem-se suficientemente melhoradas e confiantes para ser acordada alta da consulta. Trata-se de um programa menos consumidor de recursos e tempo, que permitirá ter uma resposta atempada a um maior número de mulheres. A contração de músculos parasita e o *stress test* positivo parecem ser fatores associados a menor taxa de sucesso do programa, não se tendo encontrado associações estatisticamente significativas entre os outros fatores avaliados. Contudo, são necessários estudos com um maior número de pacientes e idealmente multicêntricos de forma a confirmar a eficácia deste programa assim como identificar características que permitam selecionar doentes com maior probabilidade de sucesso.

1. Milsom I, Gyhagen M. The prevalence of urinary incontinence. *Climacteric*. 2019;22(3):217-22.

2. Lasserre A, Pelat C, Guérout V, Hanslik T, Chartier-Kastler E, Blanchon T, *et al*. Urinary incontinence in French women: prevalence, risk factors,

and impact on quality of life. *European urology*. 2009;56(1):177-83.

3. Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;10(10):Cd005654.

4. Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018(10).

## CO 04

### **BLADDER VOIDING EFFICIENCY – CAN IT PREDICT SURGERY SUCCESS?**

Cláudia Nogueira Fernandes<sup>1</sup>; Simão Abreu<sup>1</sup>; Luís Vale<sup>1</sup>; Carlos Martins Silva<sup>1</sup>; Tiago Antunes Lopes<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Centro Hospitalar de S. João, EPE

**Introduction:** *Detrusor underactivity (DU) is an important cause of low urinary tract symptoms (LUTS). The diagnosis of this condition depends on invasive urodynamic techniques and there is still controversy about whether DU patients benefit from deobstructive surgery. Bladder voiding efficiency (BVE) has the advantage of non-invasive methods, avoiding complications such as infections.*

**Goals:** *This study aims to evaluate the value of BVE as a predictor of the success of deobstructive surgery in patients with chronic urinary retention due to benign prostate hyperplasia (BPH).*

**Material and methods:** *This study was an observational, prospective, and non-randomized study. A group of men with chronic urinary retention (postvoid residual volume higher than 300 mL in two different evaluations) were proposed for prostate surgery and followed at the outpatient clinic. Patients with BPH were selected and other etiologies of LUTS were excluded, such as neurologic impairment, history of pelvic trauma, surgery or*

irradiation, and bladder or prostatic neoplasia. The evaluation included a preoperative urodynamic study. The population was divided into two groups. A group with detrusor underactivity (DU) and a group with obstruction (BOO). After a follow up of one-year, postoperative outcomes such as spontaneous voiding and the need for an indwelling catheter were evaluated.

**Results:** Twenty-old men, with a median age of 79 [IQR= 8] were included. At baseline 11 patients had DU and 9 had BOO, and 5 were on the chronic indwelling catheters. One year after surgery only two patients remain on an indwelling catheter. Assuming as surgical success outcome the spontaneous micturition, it was verified that differences between BVE are statistically significant in these patients. Men who remained on indwelling catheters had a lower pre-operative BVE in comparison to men who had spontaneous micturition (median 5,99 vs 64.9,  $p = 0.042$ ).

**Discussion/conclusion:** Several urodynamic parameters had been used as a predictor of prostate surgery efficiency. BVE was found to be a non-invasive predictor of surgery benefits in patients with chronic urinary retention. Patients who present detrusor underactivity and a high BVE may benefit from prostate surgery, avoiding the need for chronic bladder catheterization.

## CO 05

### CASUÍSTICA DE ILEOCISTOPLASTIAS DE AUMENTO NA DISFUNÇÃO NEUROGÉNICA DO APARELHO URINÁRIO INFERIOR

Miguel Miranda<sup>1</sup>; Filipe Lopes<sup>1</sup>; Miguel Fernandes<sup>1</sup>; André ye<sup>1</sup>; Afonso Castro<sup>1</sup>; Andreia Bilé<sup>2</sup>; Tito Leitão<sup>1</sup>; Ricardo Pereira e Silva<sup>1</sup>; José Palma Dos Reis<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria; <sup>2</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

**Introdução:** A cistoplastia de aumento é uma técnica cirúrgica de última linha utilizada no tratamento da disfunção neurogénica do aparelho urinário inferior, com o intuito de preservar a função renal a longo prazo e melhorar a qualidade de vida. Tem como objetivo aumentar a capacidade vesical e reduzir a pressão de armazenamento intravesical, reduzindo as queixas de frequência urinária, incontinência e dor pélvica. Em doentes com traumatismos vertebro-medulares (TVM), principalmente acima de D6, permite também uma diminuição dos episódios de disreflexia autonómica. Dada a natureza invasiva e possíveis complicações associadas, é uma opção reservada para casos refratários a outras linhas terapêuticas, após uma avaliação pré-operatória completa e avaliação videourodinâmica.

**Objetivos:** Realizar uma análise casuística dos doentes submetidos a ileocistoplastia de aumento num Hospital Universitário com uma equipa especializada de Neurourologia.

**Material e métodos:** Os dados foram colhidos retrospectivamente em doentes submetidos a ileocistoplastia de aumento pela técnica de Goodwin entre 2017 e 2022, realizada pelo mesmo cirurgião. Foi avaliado em cada doente o diagnóstico, sintomatologia, realização de tratamentos prévios, traçado urodinâmico, período peri-operatório, seguimento com resultados funcionais e grau de satisfação.

**Resultados:** O estudo incluiu 7 doentes, dos

quais 4 (57%) mulheres e 3 (43%) homens, com idade média de 50 anos. O diagnóstico de bexiga neurogénica foi no contexto de TVM (3), esclerose múltipla (2), mielomeningocele (1) ou dor pélvica crónica com end-organ vesical (1). A capacidade vesical média pré-operatória foi de 106 mL. A *compliance* vesical estava gravemente diminuída em 86% dos doentes e 57% apresentavam hiperatividade do detrusor. Em um dos casos comprovou-se refluxo vesicoureteral bilateral em estudo videourodinâmico. Foi realizado com sucesso ensino de cateterismo intermitente (CI) previamente à cirurgia, pelo próprio ou com auxílio de cuidador. Todos os doentes foram submetidos a ileocistoplastia de aumento de Goodwin sendo que, em dois casos, foi realizado no mesmo tempo colocação de *slings* autólogos por incontinência urinária associada a insuficiência esfinteriana. A cirurgia teve um tempo operatório médio de 184 e de 249 minutos, sem e com colocação de *slings*, respetivamente. O tempo de internamento médio foi de 9 dias. Foram registadas complicações em 4 doentes (57%), todas Clavien-Dindo < 3, nomeadamente infeções urinárias (2); infeção de ferida operatória (1) e ileus (1). O tempo de seguimento médio foi de 42 meses. Aos 6 meses, a capacidade vesical, medida pela média dos volumes registados em diário miccional após cada CI, foi de 400 mL. Todos os doentes apresentam, à data da última avaliação, valores de creatinina inferiores a 1mg/dL e ausência de dilatação do aparelho urinário superior, documentada por ecografia. O grau de satisfação dos doentes foi objetivado através da *Patient Global Impression on Clinical status (PGI-C) scale*, pontuando um valor médio de 1,5 (1-7), correspondente a uma grande melhoria do estado geral.

**Discussão/Conclusões:** A ileocistoplastia de aumento é uma técnica desafiante e não

isenta de complicações, pelo que os riscos e benefícios devem ser detalhadamente discutidos com os doentes. É essencial uma avaliação pré-operatória detalhada, assente numa história clínica completa, na gestão de expectativas, na exclusão de contra-indicações para o procedimento (tal como a incapacidade de realizar CI) e na caracterização do aparelho urinário inferior através de videourodinâmica. Não obstante, quando realizada em centros de referência, é uma cirurgia segura, com uma baixa taxa de complicações major, bons resultados funcionais e melhoria significativa da qualidade de vida dos doentes.

## CO 06

### FATORES DE RISCO PARA LESÃO OBSTÉTRICA DO ESFÍNCTER ANAL E O PAPEL DA EPISIOTOMIA

Susana Correia Costa<sup>1</sup>; Beatriz Teixeira<sup>1</sup>;  
Carla Peixoto<sup>1</sup>; Elsa Calado<sup>1</sup>; Paula Nogueira<sup>1</sup>;  
Ana Rosa Costa<sup>1</sup>; Teresa Mascarenhas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de S. João, EPE

**Introdução:** A lesão obstétrica do esfíncter anal (OASIS) é uma complicação do parto vaginal com importante morbidade. A predição do risco individual de OASIS previamente ao parto poderá ter um papel preventivo nesta morbidade materna.

**Objetivo:** Determinar os fatores de risco para OASIS em partos vaginais realizados num Centro Hospitalar terciário em Portugal.

**Métodos:** Estudo retrospectivo incluindo todos os partos vaginais hospitalares de fetos vivos, únicos e em apresentação cefálica, desde janeiro de 2015 até dezembro de 2021. Os dados sobre os antecedentes maternos médicos e obstétricos, a vigilância pré-natal, o parto e o recém-nascido foram obtidos através da consulta do processo clínico e da base de dados Obscare<sup>®</sup>. A análise estatística foi realizada no SPSS<sup>®</sup>, com a realização do teste

de Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) e da regressão logística multivariável.

**Resultados:** Foram incluídos 11350 partos, dos quais 2992 apresentaram laceração perineal (26.36%) de qualquer grau, com maior incidência da laceração de 1º grau (17.75%), seguida da laceração de 2º grau (7.45%). A laceração perineal de terceiro e quarto grau (OASIS) foi identificada em 138 (1.12%) e 5 (0.04%) partos, respetivamente. A taxa global de episiotomia foi de 45.8% (n = 5203), sendo significativamente superior nos partos auxiliados por ventosa (70.5%) em comparação com os partos eutócicos (32.3%,  $p < 0.01$ ). A percentagem de períneo íntegro (sem laceração perineal e sem episiotomia) foi de 29.4% (n = 3332).

Foi efetuado o estudo comparativo entre partos com e sem OASIS e ajustado para possíveis variáveis confundidoras (primíparas, parto vaginal após cesariana, parto eutócico ou distócico por ventosa, macrosomia fetal, episiotomia e distócia de ombros). Utilizando o modelo de regressão logística multivariável, foram identificados os seguintes fatores de risco para OASIS: - Parto auxiliado por ventosa (n = 4026; 35,5%): aOR 4.36 (IC 95% 2.04-9.34);

- Recém-nascido macrossômico ( $\geq 4000$ g; n = 302; 2.7%): aOR 4.34 (IC 95% 1.62-11.67);

- Parto vaginal após cesariana (n = 936; 16% das múltiparas): aOR 3.18 (IC 95% 1.52-6.64);

- Primíparas (n = 5518; 48.6%): aOR 2.58 (IC 95% 1.77-3.75).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para variáveis como a realização de episiotomia lateral, consumo de tabaco, indução do trabalho de parto, analgesia epidural durante o trabalho de parto, recém-nascido a termo, distócia de ombros ou índice de massa corporal materno.

Relativamente à realização de episiotomia

lateral e a ocorrência de OASIS, não foram encontradas diferenças quando analisados todos os tipos de parto (aOR 1.2; IC 95% 0.58-2.48). De igual forma, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas no parto eutócico (aOR 1.44; IC 95% 0.37-5.55) ou no parto auxiliado por ventosa (aOR 1.02; IC 95% 0.43-2.42). A realização de episiotomia lateral também não parece influenciar o risco de OASIS em primíparas (aOR 0.72; IC 95% 0.46-1.13) e em múltiparas (aOR 1.69; IC 95% 0.85-3.36). Se analisarmos o papel da episiotomia lateral nos partos auxiliados por ventosa em primíparas, a sua realização não diminui, de forma estatisticamente significativa, o risco de OASIS (aOR 0.63; IC 95% 0.37-1.07).

**Conclusão:** Na população em estudo identificaram-se quatro fatores de risco para OASIS: parto auxiliado por ventosa, recém-nascido com peso igual ou superior a 4000g, parto vaginal após cesariana e primiparidade.

O impacto da episiotomia na prevenção de OASIS é controverso, sendo que alguns autores defendem a sua realização nos partos auxiliados por ventosa, em primíparas. No nosso estudo, a realização seletiva de episiotomia lateral nos partos auxiliados por ventosa e em primíparas não parece afetar o risco de OASIS. No entanto, este resultado pode estar associado à nossa taxa de episiotomia que é superior às taxas recomendadas pelas sociedades científicas e a uma taxa de OASIS inferior à descrita na literatura.

## CO 07

### **IS SACRAL NEUROMODULATION AN OPTION FOR ANAL PAIN?**

Marco Pires<sup>1</sup>; Miguel Marques Monteiro<sup>1</sup>;  
Ana Lopes<sup>1</sup>; Sílvia Neves<sup>1</sup>; Carlos Ferreira<sup>1</sup>;  
Manuel Oliveira<sup>1</sup>; Ana Povo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

*Sacral neuromodulation (SNM) is a minimally invasive technique used as a treatment alternative both for refractory lower urinary tract dysfunction (LUTD) and bowel dysfunction. It has also been applied in refractory chronic pelvic pain with proven efficacy although further investigation is recommended to select the most effective approach and identify candidates for this therapy.*

*The authors present the case of a forty-six-year-old female patient with previous known history of obesity, anxiety, depression, chronic venous insufficiency, and haemorrhoids. Obstetric history of two pregnancies with two eutocic deliveries (2004 and 2008). Surgical history of abdominoplasty (2009) and bilateral tubal ligation (2011).*

*Evaluated for haemorrhoidal disease and proposed for surgical treatment. Submitted in March/2015 to a Ligasure assisted haemorrhoidectomy in ambulatory setting without intra-operative complications. On the third post-operative day the patient presented with an acute urinary retention (AUR). The same happened on the fourth, fifth and twentieth post-operative days, followed by other low urinary tract symptoms like straining and incomplete emptying. Years later, in June/2019 she was submitted to excision of perianal skin tags and the urologic symptoms persisted. Despite this, she also complained of anal pain, initially interpreted as a fissure although the pain persisted after optimized medical treatment.*

*Diagnostic tests included urodynamic testing*

*(suggestive of infravesical obstruction; no evidence of overactive bladder), ultrasound imaging (post-void residual volume ~200cc) and urethrocystoscopy (normal). The patient started treatment with an alpha-blocker with little clinical response. Pelvic MRI was normal. The patient started intermittent self-catheterization due to non-obstructive chronic urinary retention.*

*After multidisciplinary discussion the patient was proposed for SNM and in May/2022 implanted a temporary lead which showed an excellent response (both urinary symptoms and anal pain) and one month later implanted the definite device. As of today, with two months of follow-up with significant improvement in quality of life and without reported complications.*

*SNM is becoming widely used as a last-line therapeutic resource for patients with complex urinary and proctological dysfunction with an unexpectedly high success rate. This means more studies need to be made to establish new indications, including chronic pelvic and anal pain and approach algorithms where a multidisciplinary evaluation is essential.*

## CO 08

### **REABILITAÇÃO DO PAVIMENTO PÉLVICO NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA APÓS PROSTATECTOMIA RADICAL**

Rita Santos<sup>1</sup>; Alexandra Lagarto<sup>1</sup>; Frederico Furriel<sup>1</sup>;  
Mafalda Bártolo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

**Introdução:** A incontinência urinária (IU) após prostatectomia radical é comum, com registos de incidência até 80%. Esta cirurgia altera vários mecanismos de continência urinária, sendo a origem da IU geralmente multifatorial. A literatura disponível demonstra que geralmente a IU é transitória e tem recuperação espontânea, independentemente do

tratamento. O tratamento conservador inclui alteração do estilo de vida, treino dos músculos do pavimento pélvico (TMPP), com ou sem *biofeedback*, electroestimulação, dispositivos de compressão, ou uma combinação destes métodos. Alguns estudos têm reportado resultados positivos do TMPP, embora a evidência ainda seja contraditória.

**Objetivos:** Avaliar a eficácia de um programa de reabilitação com TMPP na melhoria e/ou resolução de sintomas de IU após prostatectomia radical.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo longitudinal cuja população foram os doentes com IU pós-prostatectomia enviados do serviço de Urologia para o serviço de Medicina Física e de Reabilitação (MFR) entre 2017 e 2022. O programa de reabilitação incluiu medidas educativas e TMPP com *biofeedback*, sob orientação de fisioterapeuta, sendo realizado um plano de oito sessões com periodicidade semanal. Os doentes foram avaliados antes do início do programa (T0) e após o término do programa (T1) em consulta de MFR. Em T0 foi caracterizada a IU (tipo, duração, gravidade) e recolhida informação sobre outros sintomas associados (incontinência de gases ou fezes, disfunção erétil (DE), obstipação ou LUTS de esvaziamento). Em T0/T1 foram obtidos os seguintes dados: número de pensos utilizados por dia (reportados pelo doente); avaliação da qualidade de vida através do *King's Health Questionnaire* (KHQ); força muscular dos músculos do pavimento pélvico (*Modified Oxford Scale*) e duração da contração máxima. Foi utilizado o SPSS para análise estatística e considerado um valor de  $p$  inferior a 0.05 como estatisticamente significativo.

**Resultados:** Incluídos 39 doentes do sexo masculino, idade média de 65 anos, com IU pós-prostatectomia radical, 67% com linfade-

nectomia pélvica associada. 64% dos doentes foram referenciados à consulta de MFR com tempo de evolução de IU inferior a 12 meses, 70% com IU de esforço (IUE) e 30% com IU mista (IUM). Os sintomas concomitantes mais frequentes foram DE, incontinência de gases e LUTS de esvaziamento.

Em T0 os doentes utilizavam em média 5 pensos por dia e em T1 2 pensos por dia. Ocorreu uma diminuição estatisticamente significativa do número de pensos após TMPP ( $p < 0.01$ ), assim como melhoria estatisticamente significativa no domínio "medidas de gravidade" do KHQ ( $p = 0.027$ ). Relativamente ao exame objetivo do pavimento pélvico, detetou-se um aumento estatisticamente significativo da força muscular ( $p = 0.005$ ) e do tempo de contração máxima ( $p = 0.039$ ) após TMPP. Verificou-se um efeito benéfico adicional se referenciação nos primeiros 3 meses de pós-operatório e nos doentes com IU mais grave ( $p < 0.01$ ). Evolução favorável da IU em 82% dos doentes, dos quais 30.8% obtiveram resolução da IU.

**Discussão/Conclusões:** A incontinência urinária é uma das complicações mais significativas após prostatectomia radical e pode ter um importante impacto na qualidade de vida dos doentes. O treino dos músculos do pavimento pélvico é o principal tratamento conservador, quer para a IUE, quer para a IUM. O estudo realizado demonstrou resultados benéficos, o que está de acordo com alguns estudos mais recentes. Apesar da frequente recuperação espontânea, a orientação para um programa de reabilitação e implementação do TMPP permite acelerar a melhoria clínica e contribuir para melhoria da qualidade de vida neste período. O TMPP deverá ser iniciado precocemente após a intervenção cirúrgica, havendo já estudos que referem benefícios mais robustos como um início no

pré-operatório. Mais estudos são necessários para avaliar a eficácia do TMPP nos doentes com IU pós-prostatectomia e, sobretudo, para caracterização de fatores de (in)sucesso.

## CO 09

### ADENOMECTOMIA COMO TRATAMENTO DEFINITIVO DA DOR E RETENÇÃO PÓS LIFT PROSTÁTICO URETRAL (UROLIFT)

Bárbara Oliveira<sup>1</sup>; Pedro Barros<sup>1</sup>; Gilberto Rosa<sup>1</sup>; Aníbal Coutinho<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

**Introdução:** Comercializado com o nome *UroLift*, o *lift* prostático uretral visa desobstruir mecanicamente a uretra prostática através da colocação endoscópica de suturas de tensão monofilamentares não absorvíveis acopladas a implantes de aço inoxidável permanentes (Sistema *UroLift*®)

As suturas são colocadas através de um cistoscópio na uretra e ancoradas na cápsula fibrosa prostática externa de modo a comprimir os tecidos, separando os lobos prostáticos invasores e assim aumentando mecanicamente o lúmen uretral com redução da obstrução sem necessidade de remoção de tecido prostático. O número total de implantes é determinado pelo tamanho da próstata e comprimento uretral. Os implantes são colocados anterolateralmente, de forma a evitar lesão neurovascular

McAdams *et al.* publicaram um estudo em 2017 que descreve a re-intervenção de 7 doentes submetidos a PUL, re-intervencionados com enucleação endoscópica por laser após a colocação do dispositivo, e constataram que alguns dos implantes foram mal colocados (perto do colo vesical), o que dificultou o procedimento cirúrgico de retratamento. **Objetivos:** Revisão de caso clínico de re-intervenção cirúrgica após colocação *UroLift*, *lift* prostático uretral por agravamento sintoma-

mático com necessidade de cateterização intermitente

**Material e métodos:** Consulta processo clínico paciente e registos prévios de outras instituições externas e revisão da literatura

**Resultados:** Doente sexo masculino de 67 anos de nacionalidade inglesa com hipertensão arterial controlada com amlodipina, atualmente residente em Portugal, submetido a colocação de *UroLift* em Inglaterra por HBP com LUTS de esvaziamento com 18 meses após intervenção cirúrgica.

Após remoção de sonda vesical com queixas de hiperatividade vesical com urgência, polaquiúria e noctúria e dor pélvica crónica com necessidade de toma de analgésicos diariamente e oxibutinina. Dois meses após intervenção cirúrgica iniciou autoalgiação intermitente quando sente "resíduo elevado" e esvaziamento incompleto. Recorreu ao serviço de Urologia para seguimento e por necessidade crescente e dificuldade na cateterização vesical e dor pélvica associada com toma de opióides.

Análiticamente sem alterações de relevo, nomeadamente na função renal e ionograma, PSA 2.02 mg/dl Uretrocistoscopia (Fig 1 e 2): próstata com lobo médio oclusivo e áreas ulceradas no verumontanum e lobo esquerdo. Bexiga de elevada capacidade trabeculada com estigmas de esforço. Sem lesões suspeitas. Ecograficamente próstata com volume estimado em 45cc.

A urofluxometria com padrão de fluxo achatado e prolongado em platô com Qmax de 9 ml/s, volume miccional de 460ml e resíduo pós-miccional de 190 ml.

Explicadas opções terapêuticas ao paciente optou-se por realizar adenomectomia transvesical apesar de procedimento mais invasivo pela eficácia a longo prazo.

Intraoperatoriamente observou-se adenomas

aderente e lobo médio com intensa fibrose com presença de arpões metálicos compatíveis com sistema *UroLift*, dois deles transvesicais, atravessando o colo vesical (Fig 3 e 4). Realizada adenomectomia prostática transvesical com encerramento vesical e colocação de sonda vesical 20Fr sem intercorrências.

O exame histopatológico revelou Hiperplasia benigna da próstata à custa dos componentes glandular e estromal com lesões de prostatite crônica e lesões de uretrite glandular e quística. Ausência de alterações citológicas ou morfológicas sugestivas de neoplasia maligna. Doente teve alta ao 2º dia de pós operatório com sonda vesical, removida ao 10º dia pós operatório sem intercorrências. Atualmente em micção espontânea com toma esporádica de anti-espasmódicos (flavoxato).

**Discussão/Conclusões:** Uma vez que o PUL é bem tolerado e associado a baixos riscos em comparação com a maioria das alternativas invasivas, é uma opção para doentes sintomáticos em fase inicial da doença que não desejam, não respondem ou não toleram a terapia medicamentosa a longo prazo assim como para homens que desejam preservar a função sexual, especialmente a ejaculação.

O método apesar de simples, exige uma adequada seleção de pacientes, com conhecimento da possibilidade de agravamento dos sintomas e da necessidade de futuros tratamentos cirúrgicos com complexidade técnica crescente uma vez que a remoção do adenoma é dificultada pela presença dos implantes metálicos.

## CO 10

### SINTOMAS URINÁRIOS EM ADULTOS COM DIABETES TIPO 1 – COMPLICAÇÃO PRECOZE?

Bárbara Oliveira<sup>1</sup>; Pedro Santos<sup>1</sup>; Pedro Barros<sup>1</sup>; Marco Soares<sup>1</sup>; Gilberto Rosa<sup>1</sup>; Anibal Coutinho<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

**Introdução:** A disfunção miccional diabética reflete uma condição progressiva que abrange um amplo espectro de distúrbios da bexiga, incluindo sintomas do trato urinário inferior (LUTS) de urgência, frequência, noctúria e incontinência. LUTS são a manifestação mais comum de disfunção vesical diabética, enquanto a cistopatia diabética é relativamente incomum e provavelmente representa insuficiência vesical em estadio terminal com sintomas de dificuldade em iniciar micção e plenitude pós-miccional com esvaziamento incompleto.

Além disso, estudos observacionais demonstraram que formas mais graves da doença, incluindo mau controlo glicémico, estão associados a um risco aumentado de LUTS.

O ICIQ-MLUTS é um questionário breve e psicometricamente robusto preenchido pelo paciente para avaliar os sintomas do trato urinário inferior masculino e o impacto na qualidade de vida em pesquisa e prática clínica.

**Objetivo:** Avaliar a prevalência de LUTS na DM I e a sua correlação com o controlo glicémico dos pacientes e com a presença de outras complicações microvasculares e fatores associados em homens com >60 anos

**Material/métodos:** Foram selecionados para critérios de elegibilidade de entre os doentes seguidos na Unidade de Diabetologia: idade? 18 e? 60 anos, e sem toma de PDE5I;excluídos se: comorbilidades graves além das complicações da DM, como neoplasias,doenças neurológicas ou psiquiátricas e abuso de drogas e cirurgia urológica ou trauma pélvico nos

últimos 6 meses. A avaliação da presença de LUTS foi feita pelo ICIQ-MLUTS. O controlo glicémico foi avaliado pelo valor da hemoglobina glicada (HbA1c) e analisados factores risco CV clássicos. Análise estatística com SPSSv.27.

**Resultados:** Dos 207 indivíduos seguidos em consulta de diabetologia 115 foram elegíveis e preencheram o ICIQ-MLUTS. Apresentavam uma idade média de 37 anos, com 75% com idade inferior a 46 anos. O IMC médio foi de 24,87 kg/m<sup>2</sup> (14,67-34,53) e 15,7% eram fumadores.

Quanto à presença de LUTS, a hesitação esteve presente em 12,1% ocasionalmente, e em 5,6% por vezes e 1,9% a maior parte das vezes. O esforço miccional esteve presente em apenas 13,1% ocasionalmente ou por vezes.

Quanto à percepção do jacto urinário, 88,8% consideraram normal, 6,5% ocasionalmente diminuído e 4,7% algumas vezes diminuído.

A sensação de esvaziamento incompleto foi reportada em 24,3% com 2,8% a referirem ocorrer na maior parte das vezes ou todas. Urgência miccional ocorreu em 34,6%; 17,8% apenas ocorreu ocasionalmente e quanto a episódios de incontinência de urgência ocorreram apenas em 4,7%.

Não foram reportados episódios de incontinência de esforço, incontinência noturna ou perda de controlo esfinteriano.

O gotejamento terminal foi reportado em 8,4%, por vezes em 6,5% e na maior parte das vezes em 0,9%.

Quanto a micções diurnas 76,6% com número inferior a 6; 12,1% de 7 a 8 vezes e 11,2% 9 a 10 vezes. Em relação à noctúria, 19,6% com uma micção, 16,8% duas e 1,8% mais de 3.

Quanto ao impacto na qualidade de vida, os sintomas considerados mais prejudiciais foram a urgência e a noctúria. Em qualquer dos sintomas não existiu uma associação entre a

gravidade dos sintomas e o impacto.

Todos LUTS foram de forma relativa mais frequentes nos indivíduos com nefropatia diabética e retinopatia diabética, sendo que o esvaziamento incompleto (81,1% vs. 65,4%) e a presença de noctúria apresentaram associações estatisticamente significativas ( $p = 0,035$  e  $p = 0,05$ ) com a nefropatia e a presença de esforço miccional ( $p = 0,04$ ) com a retinopatia.

A exposição ao tabaco, o IMC e a presença de dislipidemia não apresentaram associação com a presença de LUTS neste estudo. A idade esteve associada a percepção de jacto diminuído ( $p = 0,04$ ) e como expectável a noctúria esteve associada à presença de hipertensão arterial ( $p = 0,023$ ).

O tempo de evolução de DM I esteve associado a uma maior gravidade dos sintomas.

O valor da HbA1c não apresentou uma correlação direta com LUTS e nenhum dos sintomas avaliados no ICIQ-MLUTS apresentou diferenças estatisticamente significativas com o controlo glicémico.

**Discussão/Conclusões:** A ausência de correlação entre a presença de LUTS e o último valor da HbA1c explica-se, uma vez que este valor apenas reflete o controlo glicémico nos meses anteriores, não permitindo inferir o atingimento da DM1 com vários anos de evolução e mau controlo glicémico no passado. A disfunção miccional diabética é uma complicação considerada mais comum do que a neuropatia e a nefropatia diabéticas, apesar da parca informação sobre a história natural da doença e o início dos sintomas urológicos. A disfunção miccional deve ser pesquisada de forma rotineira como as restantes complicações dada a sua elevada frequência e impacto na qualidade de vida.

## CO 11

### ESCLEROSE MÚLTIPLA NA CONSULTA DE DISFUNÇÕES VESICAIS – UMA ANÁLISE DESCRITIVA

Rui Miguel Pedrosa<sup>1</sup>; José Alberto Pereira<sup>1</sup>; Miguel Eliseu<sup>1</sup>; Paulo Temido<sup>1</sup>; Arnaldo Figueiredo<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra/  
Hospitais da Universidade de Coimbra

**Introdução:** A esclerose múltipla (EM) é uma doença inflamatória e desmielinizante que afeta o sistema nervoso central com uma evolução crónica e degenerativa. Apesar de raramente serem a primeira manifestação da doença, os sintomas do trato urinário inferior (LUTS) são bastante frequentes na evolução desta, com 75% dos doentes a apresentar disfunções miccionais aos dez anos do diagnóstico. Dado o impacto negativo destes sintomas na qualidade de vida dos doentes, torna-se premente uma abordagem diagnóstica e terapêutica precoce.

**Objetivo:** Caracterizar a população de doentes com o diagnóstico de esclerose múltipla em seguimento na consulta de urologia funcional no nosso centro.

**Materiais e métodos:** Recolha e análise, através dos registos de consulta de urologia funcional, das características dos doentes com esclerose múltipla com seguimento entre junho de 2021 e maio de 2022.

As variáveis analisadas foram o género, a idade, o tempo desde o diagnóstico de esclerose múltipla (em meses), o quadro clínico, tratamentos mais comuns e evolução clínica demonstrada.

**Resultados:** Em 12 meses de consulta foram observados, quer em primeiras consultas quer em subsequentes, um total de 92 doentes com EM. Destes, 64 (69.6%) foram mulheres e 28 (30.4%) foram homens. Os doentes observados tinham entre 20 e 76 anos, sendo a média de 52.2 anos.

A forma de EM mais frequente foi a EM surto-remissão, presente em 71 doentes (77.2%), seguida da secundária-progressiva em 15 doentes (16.3%) e por fim da primária-progressiva em 6 doentes (6.5%).

No que toca ao tempo desde o diagnóstico de EM, este é bastante variável, desde 12 a 544 meses, estando a média situada nos 137 meses.

Em relação à clínica predominante, 63 doentes apresentava sintomas de bexiga hiperativa (OAB), 43 (46.7%) deles com incontinência urinária associada (OAB-*wet*) e 20 (21.7%) sem incontinência (OAB-*dry*).

Foram consultados também, 9 doentes com retenção urinária crónica não obstrutiva (9.8%), 8 doentes com LUTS de esvaziamento (8.7%), 10 doentes com queixas mistas (10.9%) e 2 doentes com incontinência urinária de esforço (2.2%)

Atualmente, a terapêutica instituída baseia-se em medidas conservadoras em 26 doentes (28.3%), anticolinérgicos em monoterapia em 32 doentes (34.8%), alfa-bloqueante em monoterapia em 7 doentes (7.6%), agonista beta-3-adrenérgico em 7 doentes (7.6%), cateterizações intermitentes (CIC) em 6 doentes (6.5%), toxina botulínica intravesical em monoterapia ou associado a CIC em 8 doentes (8.7%), neuromodulação sagrada em 2 doentes (2.2%) e anticolinérgico associado a outra terapêutica (CIC, alfa-bloqueante ou agonista b3-adrenérgico) em 4 doentes (4.3%).

No que toca à evolução clínica, 68 doentes (73.9%) apresentam estabilidade clínica com resposta muito favorável à terapêutica instituída. Dos restantes 24 doentes (26.1%) em reavaliação clínica ou em transição entre linhas terapêuticas, 13 encontram-se sob terapêutica de primeira linha, 5 sob terapêuticas de segunda linha e 6 doentes sob medidas conservadoras.

**Conclusões:** Da análise dos resultados é possível concluir que se trata de uma população de doentes com uma ampla variabilidade quer no que toca à clínica predominante quer na terapêutica necessária para alcançar a estabilidade clínica.

Nestes doentes, a disfunção miccional mais frequentemente identificada é a bexiga hiperativa.

Aproximadamente um terço dos doentes mantém somente vigilância clínica adotando medidas conservadoras. Além destes, metade dos doentes observados encontra-se sob terapêutica de primeira linha em monoterapia. No entanto, sabendo que a esclerose múltipla é uma doença crónica e progressiva, é importante manter o seguimento e ajustar as armas terapêuticas às necessidades variáveis dos doentes.

## CO 12

### **AValiação DOS SLINGS SUB-URETRAIS MASCULINOS NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO**

João Lima<sup>1</sup>; Eliane Mascarenhas<sup>1</sup>; Rui Pedrosa<sup>1</sup>; Miguel Eliseu<sup>1</sup>; Paulo Azinhais<sup>1</sup>; Paulo Temido<sup>1</sup>; Arnaldo Figueiredo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

**Introdução:** A incontinência urinária de esforço (IUE) é uma das consequências mais comuns após a prostatectomia radical (PR), podendo afetar até 40% dos doentes. Esta incontinência é geralmente ligeira e transitória, resolvendo na maioria dos casos até aos 12 meses após cirurgia com tratamento conservador, nomeadamente exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica. No entanto, em 5-10% dos casos, a IUE pode persistir apesar de tratamento conservador, sendo o esfíncter urinário artificial o tratamento *gold standard* para a IUE pós-PR. Os *slings* sub-u-

retrais masculinos (*Advance XPâ*) foram introduzidos em 2007 e são uma alternativa para o tratamento da IUE masculina, com menor taxa de complicações e geralmente menos graves, estando indicados para o tratamento da IUE masculina ligeira.

**Objetivos:** Avaliação retrospectiva de todos os doentes submetidos a colocação de *sling* sub-uretral masculino, com análise dos dados demográficos, estudo pré-operatório, resultados cirúrgicos e complicações pós-operatórias.

**Métodos:** Foram avaliados todos os doentes submetidos a *sling* sub-uretral masculino por incontinência urinária de esforço na nossa instituição, entre 01-01-2015 e 31-12-2021, com recolha de dados demográficos, estudo pré-operatório, dados cirúrgicos e resultados pós-operatórios. A análise estatística foi realizada em SPSS versão 24.

**Resultados:** Foram recolhidos dados de 62 doentes do sexo masculino, com idade média à data de cirurgia de 68,64 anos, sendo IUE secundária a PR em 96% dos casos, consequência de resseção transuretral da próstata em 1 doente e secundária a disfunção intrínseca do esfíncter em 1 caso. Dos doentes submetidos a PR, 22,4% foram submetidos a radioterapia adjuvante. A IUE foi classificada como ligeira em 48,6% dos doentes, moderada em 16,1% e grave em 14,5%. Os doentes foram avaliados pré-operatoriamente com uretroscopia em 46,9% e cistometria de pressão-fluxo em 43,4%. Como antecedentes médicos, 12% dos doentes sofria de Diabetes mellitus, 54% de hipertensão arterial e 12% de obesidade.

A cirurgia foi efetuada em regime de ambulatório em 31,4% dos casos e em regime de internamento em 68,8%. Não foram registadas intercorrências cirúrgicas. O tempo médio de internamento foi de 1,08 dias (mínimo 1, má-

ximo 5 dias). 17% dos doentes tiveram alta com sonda vesical, que foi removida após em média 12,13 dias (mínimo 1, máximo 24 dias). O pós-operatório foi complicado por retenção urinária aguda em 12% (n = 6) dos doentes e de infeção do trato urinário com necessidade de reinternamento num doente (1,6%).

Os doentes foram reavaliados em primeira consulta pós-operatória em média 24,2 dias após colocação de *Advance* XPâ, tendo sido reportado melhoria total das queixas em 58,5% dos doentes, melhoria parcial em 22% e manutenção ou agravamento dos sintomas urinários em 19,5%. O grau de satisfação aos 3 meses foi de 71,8%, que se manteve sobreponível aos 12 meses (68,8%). Dois doentes referiram urgência miccional de novo.

**Discussão/Conclusão:** Os *slings* sub-uretrais masculinos são uma opção terapêutica válida e eficaz no tratamento da incontinência urinária de esforço masculina, com taxas de eficácia superiores a 60% em linha com as publicações internacionais, permitindo uma melhoria dos sintomas urinários ligeiros e moderados com menor morbilidade e complicações que o esfíncter urinário artificial, não necessitando de manuseamento por parte dos doentes.

## CO 13

### **SACRAL NEUROMODULATION: EFFECTIVENESS AND SATISFACTION IN PATIENTS WITH VOIDING DYSFUNCTIONS**

José Alberto Pereira<sup>1</sup>; Rui Miguel Pedrosa<sup>2</sup>;  
Manuel Lopes<sup>2</sup>; Miguel Eliseu<sup>2</sup>; Edgar Tavares Silva<sup>2</sup>;  
Luís Bernardo Sousa<sup>2</sup>; Paulo António Temido<sup>2</sup>;  
Arnaldo Figueiredo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>IPO Coimbra; <sup>2</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

**Introduction:** *Overactive bladder (OAB) and non-obstructive chronic urinary retention (NOCUR) are two common conditions that*

*seriously impact patients' quality of life. Sacral neuromodulation (SNM) is an established treatment modality for these two very different manifestations of lower urinary tract dysfunction, when conservative treatment fails. In the population with OAB, several studies show a reduction in frequency and urge urinary incontinence (UUI) in more than 50% of patients. In the NOCUR population, some series show even better results, with up to 70% of patients with a positive response.*

*SNM is implanted as a staged procedure. In the first stage an electrode is placed via a sacral foramen, usually S2 or S3, and attached to an external test stimulator. Test stimulation is considered successful when there is a reduction in one or more micturition symptoms >50%. Following a successful test stimulation, patients are candidates for the second stage of the procedure, where the electrode is connected to an implanted pulse generator. Despite being an approved treatment, recent data about SNM outcomes and patient satisfaction in the current practice is scarce.*

**Objectives:** *The aim of this study is to evaluate the effectiveness, satisfaction, and safety of SNM in patients with refractory lower urinary tract dysfunction in our institution.*

**Materials and methods:** *A retrospective analysis of patients that received SNM from October 2013 to December 2021 in our institution was conducted. All the patients were submitted to SNM therapy for OAB or NOCUR. Patient demographics, associated comorbidities, symptoms, previous treatments and complications were reviewed. The number of pads and clean intermittent catheterization (CIC) per day were analyzed. Satisfaction was evaluated using a 1-5 scale (where 1 was unsatisfied and 5 was very satisfied) and inquiring patients if they would submit themselves to the procedure again knowing*

the outcomes. In case of mixed pattern, it was decided to use the main pattern. All analyses were performed using SPSS 25®.

**Results:** A total of 50 patients underwent SNM, with a median age of 53 years and 84% (42) were females. Some kind of psychiatric condition was present in 58% (29) of the patients. The most common type of bladder dysfunction pattern was OAB in 52% (26). Of these, a minority had prior treatment with onabotulinum toxin A (12 out of 26). An extra treatment was used in half of the patients, with anticholinergics being the most used treatment in 48% (12), followed by analgesics in 24% (6). Out of the entire cohort, 70% (35) of patients classified their satisfaction as  $\geq 4$  and 78% (37) considered they would repeat the treatment in case they needed. The median difference in the number of CICs prior and after SNM implantation, in patients with NOCUR, was  $-3,47 (\pm 1,95)$ . Concerning overactive bladder, the median reduction in the number of pads was  $-1,84 (\pm 2,38)$ . Regarding patients using chronic indwelling catheter (7), only 1 maintained the need of catheter after treatment. Clavien-Dindo complications grade  $\geq 3$  occurred in 2 (4%) patients, with complete removal of the implant. Concerning patients with urinary symptoms and fecal incontinence, 89% (8) reported improvement in their bowel complaints. No correlation was found between age and level of satisfaction with SNM and female patients presented higher satisfaction with SNM ( $p = 0,012$ ). The difference in the usage of pads before and after SNM implantation correlated with higher satisfaction ( $p < 0,05$ ). Patients with NOCUR reported better results in terms of satisfaction compared to OAB ( $p = 0,015$ ).

**Conclusion:** SNM shows good effectiveness in both OAB and NOCUR populations, with higher perceived satisfaction in the latest.

Female gender correlated with a greater level of satisfaction. Age does not seem to be an important factor in terms of response to treatment. The decrease in the number of pads and CICs used in the OAB and NOCUR populations, respectively, revealed a good response to SNM treatment. As shown by the low number of complications SNM implantation can be considered a safe procedure.

This retrospective study represents our nine years of experience with SNM therapy for bladder dysfunctions. These results show promising responses and high levels of satisfaction in both the OAB and NOCUR populations.

#### CO 14

### FITA TRANSOBTURADORA AJUSTÁVEL VERSUS NÃO AJUSTÁVEL – EXPERIÊNCIA DE 6 ANOS DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Marta Plancha<sup>1</sup>; Sofia Brás<sup>1</sup>; Guida Gomes<sup>1</sup>; Patrícia Isidro Amaral<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Lisboa Central, Maternidade Dr. Alfredo da Costa

**Introdução:** Estima-se que a incontinência urinária (IU) afete até 50% da população feminina não grávida, podendo associar-se a um impacto negativo significativo na qualidade de vida. A colocação de uma fita transobturadora (TOT) tem-se tornado o procedimento cirúrgico preferencial para correção da IU de esforço (IUE), com uma taxa de cura de 80-90% e de erosão/extrusão inferior a 5%. Por sua vez a obesidade é simultaneamente um fator de risco para IU e para falha do tratamento cirúrgico da mesma.

**Objetivos:** Analisar a população com IUE submetida a colocação de TOT no nosso serviço; comparar a taxa de sucesso e complicações do TOT ajustável (TOT-A) e não ajustável (TOT-NA); avaliar a influência da obesidade no tratamento da IUE com TOT.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva dos

casos de IUE tratados com TOT no nosso serviço entre março de 2016 e maio de 2022. O diagnóstico de IUE baseou-se na história clínica, exame objetivo ou exames complementares de diagnóstico. As doentes submetidas a outros procedimentos cirúrgicos no mesmo tempo operatório foram excluídas. As variáveis analisadas foram obtidas através da consulta do processo clínico informático: idade, índice de massa corporal (IMC), paridade, características e dados dos partos, comorbilidades, menopausa, terapêutica hormonal pré-cirurgia, tipo de TOT e complicações pós-operatórias. A análise estatística foi feita no Microsoft Excel e programação Python V3.7, considerando-se significativo  $p < 0,05$ .

**Resultados:** No período analisado foram submetidas a correção de IUE com TOT 136 mulheres: 98 com TOT-NA e 38 com TOT-A. A idade média foi de 58,99 anos (mín.: 37; máx.: 89 anos). 88 mulheres (64,7%) encontravam-se em pós-menopausa, das quais 51 (57,9%) realizaram terapêutica com estrogénios tópicos antes da cirurgia. 131 mulheres (96,3%) eram multiparas e 122 (93,1%) tiveram partos vaginais, sendo que em 26 casos (21,3%) os RN eram macrossômicos, em 65 (53,3%) houve episiotomia e em 30 (24,5%) laceração perineal. Relativamente a comorbilidades relevantes: 23 mulheres (16,9%) eram diabéticas, 47 (34,6%) eram obesas e 11 (8,1%) referiam tosse crónica.

Nas complicações pós-operatórias, a taxa global de erosão/extrusão foi de 7,4% (10/136): 8,2% (8/98) nas doentes submetidas a TOT-NA e 5,3% (2/38) nas submetidas a TOT-A ( $p = 0,826$ ). Não se verificaram casos de infeção pós-operatória. Quanto ao *follow up* destas doentes: 46 (33,8%) perderam o seguimento, 40 (29,4%) encontram-se em vigilância há menos de 2 anos e 50 (36,8%) completaram um *follow up* de 24 meses. Houve recidiva ou

persistência das queixas de IUE aos 24 meses em 20% dos casos (10/50): 20,5% nas doentes com TOT-NA (9/44) e 16,7% com TOT ajustável (1/6),  $p = 0,656$ . Verificou-se apenas um caso de retenção urinária tardia numa mulher submetida a TOT-NA com necessidade de re-intervenção.

Comparando as doentes obesas ( $n = 47$ ) e não obesas ( $n = 89$ ), a taxa de extrusão/erosão foi de 8,5% (4 casos) e 7,0% (6 casos) respetivamente,  $p = 0,475$ . Relativamente às doentes obesas que tiveram *follow up* de 24 meses, a taxa de recidiva/persistência de IUE foi de 18,2% (4/22), inferior à taxa das doentes não obesas 21,4% (6/28),  $p = 0,737$ .

**Discussão/Conclusões:** A taxa de sucesso da colocação de TOT em mulheres com IUE no nosso serviço foi semelhante à descrita na literatura e ligeiramente superior com TOT-A *versus* TOT-NA, embora sem diferença estatisticamente significativa. A taxa de extrusão/erosão foi ligeiramente superior ao descrito noutros estudos para ambos os tipos de TOT e nenhuma das técnicas se mostrou superior de forma estatisticamente significativa. Nesta amostra, a obesidade não se associou a maior taxa de recidiva/persistência de IUE após cirurgia, mas sim a uma maior probabilidade de erosão/extrusão, embora sem significância estatística. Como limitações do estudo assinalamos o tamanho reduzido da amostra, a subjetividade dos dados colhidos retrospectivamente através de consulta do processo informático e o curto seguimento dos casos mais recentes.

## CO 15

### A EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA – ANÁLISE RETROSPECTIVA DE DUAS DÉCADAS

Mariana Veiga<sup>1</sup>; Ana Marta Pinto<sup>2</sup>; Maria Oliveira<sup>2</sup>; Anabel Ferreira<sup>2</sup>; Filomena Ramos<sup>2</sup>; Isabel Ferreira<sup>2</sup>; Sandra Lemos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>HPP Hospital de Cascais; <sup>2</sup>Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

A incontinência urinária (IU) apresenta uma elevada prevalência na população feminina. A sua incidência tem vindo a aumentar, não só pelo envelhecimento da população, mas também pelo aumento da procura de cuidados médicos. Apesar de não ser uma patologia que ameace a vida, tem um importante impacto negativo na sua qualidade, nomeadamente nas atividades diárias, função sexual e bem-estar psicossocial. Por tudo isto, a IU está associada a elevados custos tanto para as mulheres como para a sociedade.

Ao longo do tempo, foram sendo descritas várias técnicas cirúrgicas para correção da IU. Em 1961, a colposuspensão de Burch era o *gold standard* da cirurgia da IU. Estava associada a elevadas taxas de sucesso, embora com tempos cirúrgicos mais prolongados. A década de 90 marcou o início da Era da cirurgia minimamente invasiva com a introdução dos *slings* da uretra média, sendo atualmente este o procedimento em curso para correção de IU mais extensivamente analisado.

No nosso Serviço, a cirurgia corretora da IU iniciou-se em 2002. Até ao final de 2020, foram operadas 1103 doentes. De 2002 a 2004 a técnica cirúrgica utilizada foi o TVT – *tension free vaginal tape* (n = 102), com taxas de cura de 90,2% (92/102) e de falha de 1,9% (2/102), ao 1º ano. A partir de 2004, foi introduzida a via transobturadora: o TOT – *transobturador tape procedure, out-in* (n = 102), de 2004 a 2009, e o TVT-O – *transobturador urethral sus-*

*pension tape in-out* (n = 138) de 2004 a 2012. Para estas técnicas, ao primeiro ano, as taxas de cura e de falha, foram de 87,8% (86/98) e de 6,1% (6/98), e de 84,4% (103/122) e 4,1% (5/122), respetivamente. Relativamente à necessidade de re-intervenção, as taxas foram calculadas em 1,96% (2/102) para o TOT e 3,6% (5/138) para o TVT-O.

Os *minislings* surgiram em 2006 (n = 760) com o objetivo de reduzir não só as complicações operatórias como também o tempo cirúrgico. O primeiro a ser utilizado no nosso serviço foi o TVT-S – *TVT- secur system*<sup>®</sup> (n = 28), com taxas de cura de 63% (17/27), de falha de 22,2% (6/27) e de re-intervenção de 14,3% (4/28), facto que contribuiu para o seu abandono em 2009. A maior representatividade da amostra é atribuída ao *MiniArc*<sup>®</sup> – *single incision sling system* (n = 461), aplicado desde 2008. Este *minisling* permitiu a obtenção da mais elevada taxa de cura ao 1º ano da população em estudo (94,4% (404/428)) com uma taxa de falha de apenas 0,9% (4/428). No entanto, a sua descontinuação pelo fabricante fez cessar a sua aplicação em 2016. Entre 2009 e 2012, o *Ajust*<sup>®</sup> – *adjustable single incision sling* (n = 58) foi outro dos sistemas utilizados – a taxa de cura ao 1º ano foi de 86% (49/57) e a de falha de 1,8% (1/57), sem necessidade de re-intervenção. Atualmente, o *Swing*<sup>®</sup> (n = 204) é o *minisling* mais utilizado no nosso Serviço. De acordo com os dados disponíveis até 2020, as taxas de cura e de falha ao 1º ano foram calculadas em 87,3% (124/142) e 3,5% (5/142), respetivamente, com uma taxa de re-intervenção de 2% (4/204). Ao longo deste período, outros sistemas foram ocasionalmente introduzidos (*Altis*<sup>®</sup> (n = 3); *Solyx*<sup>®</sup> (n = 6)) embora sem representatividade amostral a merecer uma análise individual.

A possibilidade da colocação de um *minis-*

ling sob anestesia local, permitiu a sua implementação em consultório desde o final de 2013. Neste regime foram intervencionadas 199 doentes, correspondendo a um total de 57,2% (199/348) da amostra de doentes operadas neste intervalo de tempo (Novembro/2013-Dezembro/2020).

De todos os sistemas utilizados de 2002 a 2020, aquele com melhores resultados foi o *MiniArc*<sup>®</sup> (taxa de cura de 94% e taxa de falha 0,9%) sendo que o que revelou piores resultados foi o TVT-S (taxa de cura 63% e taxa de falha 22%). As abordagens transobturadoras obtiveram resultados semelhantes entre si, com diferenças na taxa de re-intervenção (TOT 1,96% e TVT-O 3,6%).

## CO 16

### INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO PÓS PARTO – ESTUDO LONGITUDINAL.

Ana Sofia Carneiro<sup>1</sup>; Vanessa Silva<sup>1</sup>; Pedro Oliveira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital da Senhora da Oliveira

**Introdução:** A incontinência urinária (IU) é uma queixa frequente no pós parto. Esta define-se como a perda involuntária de urina. Podendo-se subdividir em incontinência urinária de esforço (IUE), de urgência (IUU) ou mista (IUM). A gravidez é um fator de risco classicamente identificado, uma vez que causa alterações das estruturas do pavimento pélvico, contribuindo para a sua disfunção e incontinência.

Além da prevalência da IU é também importante avaliar o impacto na vida das utentes, uma vez que quanto maior o impacto da IU, maior será a procura de cuidados de saúde e o impacto socioeconómico. Questionários como o *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence* (ICIQ) permitem avaliar não só a presença, frequência e severidade da incontinência urinária, assim como o impacto na vida.

**Objetivos:** Avaliar a prevalência e o impacto da IU nas mulheres uma semana após o parto, um mês após o parto e um ano após o parto.

**Material e métodos:** Estudo longitudinal, em que foram convidadas a participar mulheres que tiveram o parto na nossa instituição entre Janeiro de 2021 e Julho de 2021.

Aplicou-se o questionário *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form* (ICIQ-UI SF) em 3 momentos de avaliação, até ao final da primeira semana pós parto (M0), até ao final do primeiro mês (M1) e no final do primeiro ano (M2).

Para a análise estatística foi usado o programa SPSS 27, tendo sido considerado estatisticamente significativo  $p < 0,05$ .

**Resultados:** 73 mulheres responderam aos 3 momentos do questionário. Das quais 52,1% (38/73) (M0), 23,3% (17/73) (M1) e 42,5% (31/73) (M2) apresentavam incontinência urinária. A IUE foi a mais prevalente nos 3 momentos, com 39,7% (29/73) (M0); 15,1% (11/73) (M1); e 8,8% (21/73) (M2).

A maioria das mulheres referiu perda de urina em pequena quantidade 43,0% (32/73) (M0), 20,5% (17/73) (M1), 37,0% (37/73) (M2). O nível de interferência nas atividades de vida diária variou de ligeiro a grave, sendo o mais comum o moderado 30,1% (22/73) (M0); 15,7% (11/73%) (M1); 27,4% (20/73) (M2). O *score* médio de interferência na vida da mulher é  $3,55 \pm 4,44$  (M0);  $2,14 \pm 4,23$  (M1);  $3,68 \pm 5,01$  (M2).

Conclui-se, ainda, que existe impacto da passagem do tempo de pós parto, na presença de incontinência urinária, nos 3 momentos avaliados ( $p < 0,01$ ). Sendo essa diferença estatisticamente significativa entre M1 e M2 ( $p = 0,031$ ). Não existindo diferença estatisticamente significativa entre os M0 e M2 ( $p > 0,05$ ). Assim, existe uma melhoria da prevalência de IU após o primeiro mês pós parto (M1), sendo que as queixas se agravam no

final do primeiro ano (M2), atingindo níveis semelhantes ao pós parto imediato (M0).

**Discussão/Conclusões:** A incontinência urinária é uma condições muito frequente no pós parto. O tipo de IU, mais frequentemente reportada, foi a IUE, seguida da IUM, o que é concordante com a literatura.

No nosso estudo a prevalência de incontinência variou entre 52,1% no pós parto imediato, 23,3% ao final de 1 mês e de 42,5% após 1 ano. Após uma diminuição no final do primeiro mês, verifica-se um aumento no final do primeiro ano. Estes resultados são concordantes com a literatura. Uma meta análise, mostra que geralmente a prevalência de IU aumenta de 24% às 6 semanas para 32% ao fim de um ano pós parto, apesar da diminuição inicial às 6 semanas. Esta variação parece estar relacionada com o retorno às atividades diárias, levando a um maior stress do sistema de continência e maior sintomatologia, demonstrando o dinamismo do fenómeno de continência urinária.

Conclui-se que a avaliação no final do primeiro mês, onde classicamente decorre a consulta de revisão do puerpério, pode não identificar todas as puerperas que irão desenvolver IU e parece ser importante a sinalização das mulheres que em pós parto imediato desenvolvem IU, uma vez que esta parece ser similar às que irão continuar com IU.

## CO 17

### LACERAÇÕES PERINEAIS DE 3º GRAU: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Patrícia Gomes Ferreira<sup>1</sup>; Carolina Carneiro<sup>1</sup>;  
Cátia Rodrigues<sup>1</sup>; Ilda Rocha<sup>1</sup>; Maria Luísa Sousa<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE /  
Hospital de S. Sebastião

**Introdução:** As lacerações perineais de 3º grau, podem estar associados a vários fatores como: maternos (idade materna avançada, nuliparidade), fetais (macrossomia fetal, va-

riedade occipitoposterior) e do parto (segundo estadio prolongado, episiotomia mediana, parto instrumentado e distócia de ombros). Estas lacerações podem interferir na qualidade de vida da mulher, aumentando o risco de incontinência fecal e urinária, dor pélvica crónica e dispareunia.

**Objetivos:** Determinar a incidência de lacerações perineais de 3º grau; Avaliar as características maternas, fetais e do parto; Estimar as complicações pós-parto.

**Material e métodos:** Estudo observacional retrospectivo que incluiu puérperas com parto vaginal com laceração perineal de 3º, entre Janeiro de 2019 e Dezembro de 2021, num hospital de nível secundário. Os dados foram obtidos através dos registos clínicos realizados no Medtrix® e Obscare®.

**Resultados:** Durante estes 3 anos, as lacerações perineais de 3º grau foram identificadas em 41 casos (incidência de 1,37%), num total de 2998 partos por via vaginal.

A mediana da idade materna foi de 29 anos (intervalo interquartil entre 25 e 32 anos) e do IMC materno pré-gestação de 23,05 kg/m<sup>2</sup> (intervalo interquartil entre 20,55 e 26,62 kg/m<sup>2</sup>). 78,05 % eram primíparas.

Em mais metade dos casos (56,10%), ocorreu indução de trabalho de parto, maioritariamente com prostaglandinas. Maioria dos partos vaginais foram distócicos (68,29%), sendo mais frequentemente auxiliados por ventosa (51,22%). A episiotomia mediolateral foi realizada em mais de metade dos partos (70,73%). Dois casos com registo de distócia de ombros. Os recém-nascidos apresentaram um peso mediano de 3430 gramas (intervalo interquartil entre 3190 e 3655 gramas). A variedade occipitoposterior foi observada em 19,51% dos partos.

No momento da alta, 9,76% apresentavam incontinência urinária e 7,32% apresentavam

incontinência para gases intestinais. 78,05 % dos casos foram orientadas para consulta de uroginecologia e para consulta de medicina física e reabilitação – reeducação de soalho pélvico.

**Discussão/Conclusões:** Foram identificados 41 casos de lacerações vaginais de 3º grau, num total de 2998 partos por via vaginal. A incidência determinada foi de 1,37%, inferior à descrita na literatura (6,3%).

A prevalência de complicações foi de 17,08%, sendo a incontinência urinária a principal.

## CO 18

### **FISTULIZAÇÃO DE SLING AO CÓLON SIGMÓIDE – UMA COMPLICAÇÃO RARA DA TENSION-FREE VAGINAL TAPE (TVT)**

Rui Caceiro<sup>1</sup>; Alexandra Joaquim Ferreira<sup>1</sup>;  
André Santos Batista<sup>1</sup>; Débora Correia<sup>1</sup>;  
Marta Lamas<sup>1</sup>; João Nascimento<sup>1</sup>; Aurora Pinto<sup>1</sup>;  
Luís Cortez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

**Introdução:** A *Tension-free vaginal tape* (TVT) é uma técnica cirúrgica para a correção da incontinência urinária de esforço com uma taxa de cura tendencialmente elevada (85,1%) e relativamente baixa taxa de complicações (14,8%), a maioria de simples resolução. A fistulização ao cólon sigmóide é uma complicação muito rara da TVT, contando com apenas alguns casos descritos na literatura, considerando-se que terá uma incidência inferior a 0,02%. A apresentação clínica desta complicação é altamente variável podendo ser totalmente assintomática ou cursar com quadro de obstipação, dor abdominal ou pélvica, ou até com a formação de uma fístula enterocutânea. **Objetivos:** O presente caso clínico descreve uma complicação tardia rara associada a TVT e pretende alertar os cirurgiões para a sua possibilidade.

**Material e métodos:** Mulher de 75 anos, com antecedentes de histerectomia com anexectomia bilateral há 25 anos e TVT há 13 anos, foi referenciada à consulta de gastroenterologia por quadro de obstipação crónica há mais de 4 anos e por presença de corpo estranho no cólon sigmóide em TAC-abdominal. Realizou rectossigmoidoscopia que detetou corpo estranho com pedículo fibroso aderente à parede do cólon sigmóide. Foi encaminhada para a consulta de Cirurgia Geral tendo sido colocada indicação cirúrgica. Intra-operatoriamente identificou-se aderência do cólon sigmóide à parede na região da fossa ilíaca esquerda, em relação com espessamento do cólon e meso sigmóide, palmando-se massa com aproximadamente 2cm de diâmetro, de consistência dura, superfície lisa e móvel no lúmen intestinal. Procedeu-se a libertação desta aderência, constatando tratar-se de material sintético; e posterior ressecção segmentar do cólon sigmóide e anastomose primária. A inspeção da peça operatória comprovou a presença de fita de material sintético fistulizada através da parede do cólon sigmóide até ao seu lúmen na extremidade da qual se identificava fecalito com cerca de 2cm.

**Resultados:** O pós-operatório decorreu sem intercorrências e a doente teve alta ao 4º dia. O estudo anatomopatológico confirmou a existência de prótese, rodeada por uma intensa fibrose e inflamação. Sem demais alterações. Na consulta de reavaliação, a doente referiu melhoria das queixas de obstipação.

**Conclusões:** De acordo com o descrito na literatura, é possível que, durante a colocação da fita sintética, a serosa tenha sido invadida com conseqüente erosão e fistulização do cólon sigmóide de forma lenta e progressiva. A perfuração e a fistulização ao cólon é uma complicação rara da TVT, sobretudo, com a melhoria contínua da técnica e dos materiais

utilizados, bem como especialização dos cirurgiões. No entanto, é importante que o seu risco não seja negligenciado já que se trata de uma complicação grave.

## CO 19

### DISFUNÇÕES DO PAVIMENTO PÉLVICO NO PÓS-PARTO EM DOENTES REFERENCIADAS A UM SERVIÇO DE REABILITAÇÃO

Rita Chu<sup>1</sup>; Ana Filipa Pires<sup>1</sup>; Ana Filipa Guimarães<sup>1</sup>; Cristina Henriques<sup>1</sup>; Daniela Prada<sup>1</sup>; Gisela Gomes<sup>1</sup>; Inês Santos<sup>1</sup>; Tânia Bastos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Beatriz Ângelo

**Introdução:** O número de mulheres que sofre de disfunção do pavimento pélvico (PP) esta a aumentar significativamente nos últimos anos, devido ao envelhecimento da população. Fatores de risco como a idade, primiparidade, obesidade antes e durante a gravidez, obstipação, DM, peso fetal, podem levar a disfunção do PP, principalmente de IUE. Também as intervenções durante o parto, episiotomia, e mais significativamente, o uso de fórceps, são responsáveis de trauma perineal, com maior lesão das estruturas de suporte. As taxas de prevalência de IUE no pós-parto variam entre 3 e 38%, e 10% irão apresentar IUE persistente e severa. É importante estudar os fatores de risco que contribuem a estas disfunções para desenvolver estratégias de prevenção. O fortalecimento dos MPP deve ser a abordagem de primeira linha, para mulheres com incontinência urinária persistente 3 meses após o parto.

**Objetivos:** Caracterizar a população com lesão perineal e disfunção do pavimento pélvico após o parto, referenciada a um serviço de reabilitação do pavimento pélvico.

**Material e métodos:** Estudo descritivo e retrospectivo dos processos clínicos de doentes referenciadas a um serviço de reabilitação do pavimento pélvico, com disfunção do pavimen-

to pélvico pós-parto e/ou lesão perineal durante o parto, entre o período de janeiro de 2019 e julho de 2022. Foram excluídas as mulheres com disfunção do PP por outras causas.

**Resultados:** Obteve-se um total de 64 mulheres, 40 doentes durante o ano 2019, 14 do ano 2021 e 10 doentes do 1º semestre de 2022, devido ao efeito da pandemia por COVID19 não foram referenciadas doentes no ano 2020. A média de idades foi de 30.9a. Dos fatores de risco encontrados, 34 eram primíparas (53%), 17 eram obesas no momento do parto (26%), 45 tiveram partos distócicos (70%), dos quais, em 24 doentes foi utilizado o fórceps (53%). Foram encontrados 4 bebés macrossómicos (>4 kg). Das doentes referenciadas à consulta de MFR, 25 (39%) foram por alguma(s) disfunção do pavimento pélvico e 38 (59%) por laceração, GII/III/IV +/- disfunção do PP, 59% das doentes foram enviadas nos primeiros 3 meses após parto. Das doentes integradas em tratamentos de reabilitação, 6 não iniciaram tratamentos e 16 (27%), não acabaram o programa de reabilitação.

**Conclusão:** Os resultados obtidos neste estudo preliminar, vão ao encontro da literatura existente, no que se refere aos fatores de risco para disfunção ou/e lesão do pavimento pélvico. Embora os mecanismos de disfunção do pavimento pélvico sejam multifatoriais, o parto instrumental representa um fator de risco muito importante, pelo que todos os esforços deviam ser dirigidos para minimizar a lesão das estruturas de suporte pélvico. Os exercícios musculares do pavimento pélvico deviam oferecer-se às mulheres primíparas como estratégia de prevenção, apesar da literatura não ser consensual nos seus efeitos protetores.



## Resumos | Vídeos

### V 01

#### **HISTERECTOMIA ASSISTIDA POR VNOTES: UMA NOVA ABORDAGEM CIRÚRGICA NO PROLAPSO UTERINO**

Luís Castro<sup>1</sup>; Ana Andrade<sup>1</sup>; Marília Freixo<sup>1</sup>;  
Marta Melo<sup>1</sup>; Rafael Brás<sup>1</sup>; Bercina Cando<sup>1</sup>;  
Rosa Zulmira Macedo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de  
Santo António

**Introdução:** O prolapso dos órgãos pélvicos (POP) é uma patologia ginecológica benigna que afeta 40 a 50% das mulheres acima dos 50 anos. O tratamento cirúrgico desta entidade está indicado em mulheres com prolapso sintomático após falha ou recusa da abordagem conservadora. A cirurgia endoscópica transluminal por orifícios naturais via vaginal (vNOTES) consiste na utilização do orifício vaginal como uma porta de acesso cirúrgica para um procedimento laparoscópico. Esta abordagem minimamente invasiva tem expandido de forma significativa na última década e pode ser aplicada no tratamento cirúrgico de POP.

**Objetivos:** Partilhar a aplicação da técnica vNOTES na abordagem cirúrgica de um prolapso uterino.

**Material e métodos:** Representação de um vídeo com os passos cirúrgicos de uma histerectomia com anexectomia bilateral assistida por vNOTES, realizada na Unidade de Uroginecologia do nosso Departamento.

**Resultados:** O procedimento cirúrgico foi realizado numa mulher de 68 anos com obesidade e hipertensão, que descrevia uma sensação de corpo estranho vulvar com 3 anos de evolução. No exame ginecológico constatou-se um POP classificado como histerocelo grau III, cistocelo grau II e retocelo grau I. Adicionalmente, na ecografia ginecológica observou-se um quisto justaovárico esquerdo, bilocular, regular e não vascularizado, com 42mm de maior diâmetro (O-RADS 2). Atendendo à presença de um prolapso maioritariamente apical e de um quisto anexial numa mulher pós-menopausa, decidiu-se realizar uma histerectomia com anexectomia bilateral assistida por vNOTES.

Na fase inicial da cirurgia procedeu-se à incisão circular do colo, colpotomia posterior e anterior, secção dos ligamentos uterossagrados e colocação, via vaginal, de um dispositivo de retração como interface com a cavidade peritoneal, acoplado a um sistema de porta única semelhante à laparoscopia. Seguiu-se a parte endoscópica do procedimento que englobou a formação de pneumoperitонеu, a inspeção endoscópica da cavidade peritoneal, a coagulação das artérias uterinas, a secção dos paramétrios, ligamentos redondos e infundíbulo-pélvicos e a extração do útero e anexos. Após a remoção do sistema cirúrgico de porta única, finalizou-se o procedimento com uma culdoplastia de McCall, correção de prolapso

anterior com tecidos nativos e perineoplastia com reconstrução do corpo perineal. O tempo intraoperatório foi de 55 minutos e registou-se uma perda hemática intraoperatória de 50 ml. Não foram reportadas complicações intra ou pós-operatórias.

**Discussão e conclusões:** A técnica vNOTES combina os princípios da cirurgia laparoscópica com a abordagem por via vaginal e os seus resultados cirúrgicos tem sido alvo de estudo na literatura recente. Comparativamente com a histerectomia vaginal convencional, a histerectomia assistida por vNOTES permite melhorar a visualização e exposição anatómica, facilitando a exploração na cavidade peritoneal e a salpingectomia ou anexectomia, e reduzir o tempo intraoperatório e o risco de complicações ureterais. Relativamente à histerectomia por via laparoscópica, a técnica vNOTES possibilita uma intervenção sem cicatrizes abdominais ou complicações da parede abdominal e associa-se a um menor *score* de dor, de tempo operatório e de internamento. Em suma, a histerectomia assistida por vNOTES representa uma alternativa eficaz e segura na abordagem cirúrgica de um prolapso apical, reunindo as vantagens da laparoscopia e da histerectomia vaginal num único procedimento.

## V 02

### IMPLANTAÇÃO DE ELÉTRODO PARA NEUROMODULAÇÃO DE RAÍZES SAGRADAS COM AUXÍLIO DE NEURONAVEGAÇÃO EM DOENTE COM SÍNDROME DE REGRESSÃO CAUDAL

Filipe Abadesso Lopes<sup>1</sup>; Joana Rodrigues<sup>1</sup>; Miguel Miranda<sup>1</sup>; Afonso Castro<sup>1</sup>; Sara Nunes de Sequeira<sup>2</sup>; Lia Neto<sup>1</sup>; Alexandre Rainha Campos<sup>1</sup>; Ricardo Pereira e Silva<sup>1</sup>; José Palma Dos Reis<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria; <sup>2</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

**Introdução:** A neuromodulação sagrada é uma opção terapêutica progressivamente mais utilizada na abordagem da disfunção neurogénica do aparelho urinário inferior, com resultados promissores. Em casos complexos e refratários com grave impacto na qualidade de vida, esta poderá revelar-se a única solução adequada para melhorar substancialmente a qualidade de vida destes doentes. A colocação de um eléctrodo na emergência da raiz de S3 ou S4, que pode ser realizada em ambulatório e sob anestesia local, exige uma correta definição anatómica das estruturas ósseas adjacentes às referidas raízes nervosas. No caso de malformações graves do sacro, a correta colocação do eléctrodo com a técnica padrão guiada por fluoroscopia pode ser impossível dada a ausência das referências ósseas habitualmente visualizadas, ainda que o doente possa apresentar a respetiva raiz nervosa íntegra, potencialmente beneficiando da sua estimulação.

**Objetivos:** Descrever a utilização de planeamento com recurso a modelos 3D e sistema de neuronavegação intraoperatória no auxílio à correta colocação do eléctrodo de neuromodulação sagrada num doente com síndrome de regressão caudal.

Material e métodos: Homem de 20 anos, estudante de engenharia [RMPES1], com síndrome de regressão caudal caracterizado por ausência parcial do sacro e cóccix, déficit radicular distal, com disfunção das raízes inferiores a L5, atrofia muscular dos gêmeos e pés cavos, com marcha mantida sem auxiliar. As principais queixas relacionavam-se com aumento da frequência e incontinência urinárias, com perdas quase contínuas, obrigando ao uso de 2 fraldas/24h. O doente não apresentava incontinência anal, reportando apenas obstipação ligeira. Estudo[RMPES2] videourodinâmico compatível com detrusor hiperativo neurogênico com incontinência grave associada a baixa *compliance* condicionando baixa capacidade funcional, e com detrusor hipoativo no estudo Pressão-Fluxo. Quadro refratário a terapêutica anticolinérgica e injeção peri-uretral de *bulking agent* na infância. Aquisição de imagens volumétricas de TC e RM lombo sagradas para reconstrução tridimensional e multiplanar usadas no planeamento e na implantação guiada por neuronavegação e para impressão de modelo 3D do sacro.

Resultados: As imagens de TC e RM Pélvica foram processadas por *software* de neuronavegação e o sacro impresso em impressora 3D. Nas imagens multiplanares de fusão entre a TC e RM, foi possível analisar a anatomia óssea e nervosa, definir o alvo, o ponto de entrada no foramen e a angulação do introdutor. A impressão 3D permitiu verificar de forma mais visual e imediata este plano que foi transposto para o navegador. Foi ainda realizada TC imediatamente antes da cirurgia, após aplicação de marcadores fiduciais de pele na região sagrada para registo espacial. O doente foi operado sob anestesia local. Intraoperatoriamente, a Neuronavegação permitiu a visualização em tempo real da

posição do introdutor e a colocação do eletrodo na localização e profundidade desejadas. O posicionamento correto foi confirmado por fluoroscopia. A avaliação da sensação e resposta motora do doente à estimulação nervosa permitiu assegurar o adequado posicionamento do eletrodo. Foi implantado, após fase teste positiva, gerador Interstim<sup>®</sup> SureScan<sup>®</sup> para o sistema Micro, recarregável. Após 8 meses, a resposta clínica observada foi excelente, traduzida pela ausência de urgência miccional e redução do uso de pensos para 1 por dia.

Discussão/Conclusões: A presença de malformação grave constituiu um desafio para a implantação de um eletrodo para neuromodulação de raízes sagradas utilizando a técnica convencional, guiada por fluoroscopia. O uso de tecnologia de impressão 3D e de neuronavegação pode permitir ultrapassar esta dificuldade e posicionar corretamente o eletrodo junto à raiz de S3, permitindo a utilização desta modalidade terapêutica em casos selecionados de disfunção neurogênica do aparelho urinário inferior.



## Resumos | Posters

### PO 01

#### TRATAMENTO MULTIMODAL DA INCONTINÊNCIA FECAL: A REALIDADE DE UM SERVIÇO DE REABILITAÇÃO

Filipa Pires<sup>1</sup>; Daniela Prada<sup>1</sup>; Ana Borges<sup>1</sup>; Rita Chu<sup>1</sup>; Inês Santos<sup>1</sup>; Tânia Bastos<sup>1</sup>; Cristina Henriques<sup>1</sup>; Gisela Gomes<sup>1</sup>; Filipa Guimarães<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Beatriz Ângelo

**Introdução:** A continência fecal é o resultado de um estreito equilíbrio entre a função anal (incluindo os músculos do pavimento pélvico), intestinal e neurológica; a sua disfunção representa uma condição física e mental desgastante com impacto significativo na qualidade de vida. É evidente que não há uma única abordagem que seja completamente eficaz no tratamento da incontinência fecal, uma vez que, na maioria dos casos a etiologia é multifactorial. Neste sentido, tem surgido o tratamento multimodal de reabilitação com resultados promissores.

**Objetivos:** Avaliar os efeitos da reabilitação multimodal, em pacientes com incontinência fecal referenciados à consulta de Medicina Física e de Reabilitação (MFR) dum hospital do Serviço Nacional de Saúde, considerando como objectivo primário, os efeitos sobre as escalas de severidade de Wexner e Qualidade de vida, FIQL's.

**Materiais e métodos:** Realizou-se um estudo analítico, longitudinal e prospetivo de um gru-

po de pacientes, referenciados para consulta de Pavimento Pélvico, no serviço de MFR, com diagnósticos de incontinência fecal, com mais de 6 meses de evolução. Obteve-se um grupo de 8 pacientes todas do género feminino, média de idades de 51,2 anos. Todas as pacientes realizaram ensinios acerca de comportamentos alimentares, treino intestinal e ajuste de medicação e após avaliação individualizada foram integradas num tratamento multimodal, o qual incluiu várias abordagens: técnicas de terapia manual do pavimento pélvico + *biofeedback*, electroestimulação + *biofeedback*, +/- ENTP.

**Resultados:** A maioria das pacientes teve melhoria dos seus sintomas, refletindo-se em ganhos nos resultados das escalas DRESS, Wexner e FIQL, com diferenças estatisticamente significativas (valor\_p < 0,05). Considera-se como fator de mau prognóstico, a gravidade dos sintomas (Wexner>16) no início dos tratamentos.

**Conclusão:** Considerando a favorável resposta dos pacientes perante o uso de técnicas combinadas de reabilitação, a reabilitação multimodal deve ser reconhecida como um novo modelo de intervenção para estas pacientes.

## PO 02

### PREVALÊNCIA DE DOR NA RELAÇÃO SEXUAL NO PÓS PARTO

Patrícia Silva<sup>1</sup>; Filipa Pires<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa

**Introdução:** A Saúde sexual é descrita como “um estado de completo bem-estar físico, mental, emocional e social, relacionado com a sexualidade, e não só a ausência de doença”. 85% das mulheres que tiveram um parto por via vaginal têm algum tipo de trauma perineal. As alterações sexuais no pós parto, podem manifestar-se no adiamento do retorno às relações sexuais, diminuição do desejo e da lubrificação, dispareunia, entre outros. Esta situação tem uma repercussão significativa na qualidade de vida da mulher. A dor não tratada, pode tornar-se num problema crónico. Apesar disso, apenas 7-13% das mulheres procuram ajuda profissional. A OMS, recomenda que se questione sobre o retorno às relações sexuais e possibilidade de dispareunia como parte da avaliação pós parto, de forma a que as mulheres sejam devidamente orientadas. Vários estudos têm demonstrado que a intervenção da fisioterapia pélvica é eficaz na resolução desta problemática.

**Objetivos:** (1) Identificar as disfunções do pavimento pélvico referidas por mulheres no primeiro ano após o parto, (2) identificar a prevalência da dor na relação sexual após o parto e a sua implicação na qualidade de vida da mulher.

**Material e métodos:** Estudo transversal descritivo realizado pela aplicação de um questionário numa plataforma de internet, entre Maio e Julho de 2022. Foram incluídas todas as mulheres que tiveram um parto nos últimos 12 meses e que já tivessem reiniciado as relações sexuais.

**Resultados:** A amostra recolhida foi de 137 mulheres, com uma média de idades 31,67 ±

5,13; das quais 1 tinha tido 4 partos, 13 com 3 partos, 27 com 2 partos e 96 eram primíparas. 62% referiram apresentar dor na relação sexual após o último parto (25 mulheres sentem dor sempre e 60 mulheres “às vezes”), sendo que destas 51,8% referiram que esta dor afeta moderadamente ou bastante a sua qualidade de vida e 67% atribuem esta dor ao parto. Das mulheres que referem dor, 70% tiveram um parto vaginal e 30% cesariana. Na amostra analisada é de salientar ainda que 25,5% das mulheres referiram perdas de urina após o último parto.

**Conclusão:** Os resultados sugerem que a presença de dor na relação sexual é bastante prevalente e com elevado impacto na qualidade de vida da mulher. A maioria das mulheres atribui esta queixa ao seu parto. A presença elevada de disfunções do pavimento pélvico no pós-parto deve ser um tema de discussão por parte dos profissionais de saúde de forma a orientar estas mulheres na melhor resolução das suas queixas.

## PO 03

### O PAPEL DO ESTUDO URODINÂMICO NO PROLAPSO DE ÓRGÃO PÉLVICO – UMA REALIDADE

Eva Alves<sup>1</sup>; Tomás Ribeiro da Silva<sup>1</sup>; Rebeca Gomes<sup>1</sup>; Margarida Alves<sup>1</sup>; Teresa Matias<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

**Introdução:** O prolapso de órgão pélvico (POP) e a incontinência urinária (IU) são comuns na mulher em idade avançada (cerca de 50% irão desenvolver algum grau de prolapso e 11% sintomatologia associada com necessidade de intervenção cirúrgica). Em doentes previamente assintomáticas, muitas vezes a IU de esforço (IUE) apenas está presente com a redução do prolapso (IUE oculta) ou desenvolve-se após a sua correção cirúrgica. As

*guidelines* oficiais internacionais recomendam a realização de estudo urodinâmico (EUD) em doentes com POP. O EUD pré-operatório com a redução do POP permite identificar a IUE oculta (IUEO) e assim auxiliar na decisão cirúrgica, no entanto a sua utilidade tem sido alvo de debate.

**Objetivos:** Partilhar a experiência da pesquisa de IUEO através do EUD pré-operatório em mulheres com POP, identificar possíveis associações entre o grau de prolapso e os achados urodinâmicos e questionar a utilidade do EUD na abordagem terapêutica do POP.

**Material e métodos:** Estudo observacional retrospectivo das doentes submetidas a EUD num serviço de Medicina Física e de Reabilitação entre Abril de 2021 e Julho de 2022. A população em estudo incluiu as doentes com POP, cuja classificação foi realizada com base na *Pelvic Organ Prolapse Quantification System* (POPQ), que foram submetidos a dois EUD – com e sem redução do prolapso - através do sistema MMS II. Os exames foram realizados na posição semi-sentada com ligeira flexão das ancas a 30°, sonda vesical de 3 vias e calibre de 9Fr e velocidades de enchimento de 50 ml/min e 60ml/min. Foram excluídas as doentes com cirurgia de correção do prolapso prévia. Foram colhidos e analisados dados demográficos, registos médicos, exame objectivo e os resultados dos EUD. O impacto da cirurgia na qualidade de vida (QdV) foi avaliada após o procedimento, quando aplicável, pelo *King's Health Questionnaire* (KHQ). Análise estatística realizada através do SPSS24.0, para um valor de  $p < 0,05$  como significância estatística.

**Resultados:** Durante o período em análise, foram realizados EUD em 268 mulheres, 88 (32,3%) no contexto de POP, com uma idade média de  $64 \pm 10,6$  anos (38-87 anos). Destas, cerca de 32% (28) apresentavam queixas

de IUE, 32% de IU mista (IUM) e 8% IU de urgência (IUU), sendo que 28% não apresentam quaisquer sintomas do tracto urinário inferior. Objetivamente, 37 (42%) eram continentes e nas doentes com queixas de IUE apenas 2 revelaram perdas com aumento da pressão intra-abdominal (PIA) na cistometria de enchimento sem redução do POP. Não se verificou uma associação independente entre o grau de POPQ e a presença de sintomas ( $p > 0,05$ ). Verificou-se a presença de IUE oculta (IUEO) em 47 doentes (53%) para uma PIA média de 98,95cmH<sub>2</sub>O (54-160cmH<sub>2</sub>O). No grupo com IUEO verificou-se maior prevalência de um grau de POPQ  $\geq 3$  (74%) em pelo menos uma das estruturas, especialmente do compartimento anterior, quando comparado com o grupo sem IUEO (51%). Do grupo com IUEO, 23 doentes foram submetidas a cirurgia (até à data). Após o procedimento, cerca de 70% negaram queixas de IUE e referiram melhoria da QdV global. As restantes têm procedimentos cirúrgicos agendados/propostos ou aguardam consulta de reavaliação em ginecologia.

**Discussão/Conclusões:** A prevalência de IUEO nesta amostra foi de 53% quando realizado o EUD com a redução do prolapso, valor que está em concordância com a literatura publicada (36-80%). O EUD com redução do prolapso é necessário e essencial para uma avaliação mais detalhada das doentes com POP antes da intervenção cirúrgica. No entanto, na literatura publicada com estudos randomizados recentes, não se verificou diferença significativa nos *outcomes* para IUE com ou sem a realização de EUD prévia, o que poderá ser explicado pelo seguinte: os achados do EUD não são adequados ou não têm impacto na decisão cirúrgica, o factor preditivo de IUE pós-cirúrgica não se restringe à presença de IUEO e esta não significa necessariamente a ocorrência de IUE pós-cirurgia. Apesar das

recomendações das *guidelines*, o impacto do EUD na abordagem cirúrgica das doentes com POP não é consensual, devendo ser discutido com base em evidência científica, pelo que será importante realizar mais estudos para investigar e esclarecer o impacto efectivo da realização do EUD para pesquisa da IUEO e o seu valor preditivo.

#### PO 04

### BEXIGA HIPERATIVA IDIOPÁTICA NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA: O PAPEL DA TOXINA BOTULÍNICA DO TIPO A

Ana Luisa Pinto<sup>1</sup>; Maria Inês Táboas<sup>1</sup>; Gonçalo Engenheiro<sup>1</sup>; Joana Ramalho<sup>1</sup>; Joana Leal<sup>1</sup>; Jorge Moreira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

**Introdução:** A bexiga hiperativa (BH) caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas, nomeadamente urgência urinária, acompanhada de frequência e nictúria, com ou sem incontinência urinária, na ausência de infeção do trato urinário ou outra patologia óbvia. A sua prevalência em idade pediátrica é de 15-20%, constituindo a disfunção vesical de esvaziamento mais comum nas crianças. A BH pode ter etiologia neurogénica ou idiopática, sendo esta última pouco estudada. O tratamento de primeira linha inclui medidas conservadoras/farmacológicas. No entanto, a terapêutica anticolinérgica está associada frequentemente a efeitos adversos, pode estar contraindicada ou ser ineficaz. Neste sentido, têm surgido novas terapêuticas, tais como a toxina botulínica intravesical do tipo A. **Objetivo:** Avaliar o efeito da toxina botulínica intravesical no tratamento da BH idiopática em crianças, tendo em conta a eficácia, segurança, diferenças entre toxinas, doses e técnica de injeção.

**Métodos:** Revisão sistemática da literatu-

ra publicada nas bases de dados pubmed, *scopus* e *web of science*, usando diferentes combinações de palavras-chaves: *non-neurogenic detrusor overactivity, non-neurogenic overactive bladder, idiopathic detrusor overactivity, idiopathic overactive bladder, and botulinum toxin*.

Foram incluídos artigos em inglês publicados até junho de 2021, que incluíssem população pediátrica.

**Resultados:** A revisão incluiu 8 artigos, 4 retrospectivos e 4 prospetivos, perfazendo um total 202 pacientes. A idade variou entre os 4 e os 19 anos de idade.

Os resultados clínicos são promissores, com evidência transversal de benefícios. Todos os autores usaram toxina botulínica tipo A: onabotulina ou abobotulina toxina. No que concerne à primeira toxina citada, a diluição variou de 100 U em 10 a 20 ml de solução salina e a dose de 50 a 100 U; já a diluição da abobotulina variou de 500 U em 20 ml a 25 ml e a dose oscilou entre 375 e 500 U. Relativamente ao procedimento, a maioria das injeções foram realizadas no detrusor (poupando o trígono vesical) e outras foram realizadas no suburotélío. O número de injeções variou entre 15 a 20.

A taxa de resposta total à terapêutica oscilou entre 32 e 60%. As segundas injeções parecem ser tão seguras e eficazes como a 1ª injeção, com taxa de resposta total ao tratamento de 50%. Não foram descritos efeitos adversos locais ou sistémicos relevantes; apenas alguns casos de infeção ou retenção urinária transitória e hematuria.

**Discussão/conclusão:** Apesar da heterogeneidade dos estudos incluídos, esta revisão vem favorecer a utilização de toxina botulínica do tipo A como uma modalidade terapêutica segura e eficaz na BH refratária idiopática em contexto pediátrico, independentemente

da dose e do tipo de toxina. Contudo, são necessários estudos prospectivos mais robustos, com vista a definir a relação dose mínima/máximo efeito, com o mínimo de efeitos laterais.

## PO 05

### **HUMAN PAPILLOMA VIRUS ASSOCIATED LESIONS IN CUTANEOUS NEOVAGINA OF TRANSGENDER WOMEN: REVIEW OF THE LITERATURE AND DESCRIPTION OF A CLINICAL CASE TREATED WITH A RESECTOSCOPE**

Jose Bernal<sup>1</sup>., Melissa Cifuentes<sup>2</sup>; Jorge Alten<sup>3</sup>; Rocio Lopez<sup>3</sup>; Liliya Tryfonyuk<sup>4</sup>; Miguel Seminario<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinica Indisa/ Hospital Sotero del Rio, Santiago de Chile.; <sup>2</sup>Hospital Sotero del Rio, Santiago, Chile;

<sup>3</sup>Hospital Sotero del Rio; <sup>4</sup>Urology Division, Rivne Hospital, Rivne, Ukraine

**Introduction/Objective:** Gender dysphoria applies to a subgroup of trans people (TP) who experience psychological distress associated with their gender incongruence. The estimated prevalence of TP is 0.6% of the general population. Some Trans female will opt for a vaginoplasty, where male genitalia tissues are readjusted to form a female genitalia: glans and foreskin will be transformed into neoclitoris and labia minora and penile, perineal, and scrotal skin will be the neovaginal lining.

These tissues are susceptible to infections such as the human papilloma virus (HPV), which is the most common sexually transmitted disease worldwide and most clinical lesions present as warts. The depth of cutaneous neovaginas is greater than a biological cisgender vagina. Therefore, the study and management of more proximal lesions can be visually and technically challenging. This could increase the risk of persistent small warty lesions with its contagious capacity and, although low, risk of neovaginal cancer.

*Our objective is to summarize the scientific literature about VPH in neovaginas of Transwomen and to present a clinical case in which deep vaginal lesions were managed with a resectoscope.*

**Material and method:** We carried out a literature review of VPH lesions in neovaginas of Transwomen using the Pubmed and Google Scholar search engines. A clinical case of warts in neovagina and its treatment with a resectoscope are described.

**Results:** Literature review: Eleven cases of warts in cutaneous neovaginas of trans women were identified and the treatments used were topical, laser, electrocautery and excision and we only found 5 cases of neovagina cancer in trans women.

**Clinical case:** A healthy 24-year-old heterosexual transwoman who underwent vaginoplasty with penile inversion technique consulted 8 months after surgery, for papular lesions in the vaginal introitus associated with small neovaginal bleeding. In the pelvic examination, numerous condylomas are appreciated in the introitus, the deep neovaginal canal and perianal region. Under spinal anesthesia, a bipolar resectoscope provided an excellent view of the deep lesions, allowing complete removal without complications. The patient was discharged the same day with vaginal packing for 4 days and then she restarted vaginal dilations. Histopathology showed condyloma acuminata and HPV-PCR high and low risk serotypes. In the clinical controls, at 6 and 12 weeks, no signs of recurrence were found.

**Conclusions:** The use of resectoscope to treat deep lesions in neovaginas is an applicable alternative approach that offers an adequate view to achieve complete elimination of the lesions, which could influence lower recurrences.

## PO 06

### CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA NÃO NEUROGÉNICA NUM PERÍODO PANDÉMICO

Carolina Pereira e Carvalho<sup>1</sup>; André Cruz<sup>1</sup>;

André Pereira<sup>1</sup>; Inês Santos Jorge<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

**Introdução:** A população mundial está a envelhecer e a incontinência urinária (IU) é uma patologia comum, sobretudo na mais envelhecida, estando associada a uma redução na qualidade de vida em cerca de 10 a 20%. Atinge sobretudo o género feminino, e 1 em cada 3 mulheres acima dos 50 anos experiencia sintomatologia de IU.

Está associada a efeitos físicos e psicossociais, tais como, ansiedade e depressão, perturbações do ciclo e qualidade do sono, infeções do trato urinário, perturbação na atividade laboral e na prática de exercício físico. De entre os fatores de risco de IU, destacam-se a idade, a menopausa, a história obstétrica, de obesidade e de diabetes. No entanto, a idade demonstrou ser um dos fatores mais importantes na prevalência de IU, pela diminuição da eficácia da contração do músculo detrusor, do tônus muscular do pavimento pélvico e aumento do volume urinário residual.

A reabilitação do pavimento pélvico (RPP) reduz a sintomatologia de IU em mulheres de todos os grupos etários e, de acordo com as *guidelines* nacionais e internacionais, a RPP é a primeira linha de tratamento. No entanto, o tratamento cirúrgico continua a ser utilizado como primeira linha.

**Objetivos:** Análise casuística da Incontinência Urinária Não Neurogénica no serviço de MFR de um Hospital Distrital.

**Material e métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo, relativo ao período de janeiro

de 2021 a julho de 2022. Teve por base uma amostra de 78 doentes com incontinência urinária seguidos em consulta de Reabilitação do Pavimento Pélvico de um Hospital Distrital, dos quais foram excluídos 5, por se tratarem de doentes com IU neurogénica. Não foram incluídos na amostra pacientes cuja primeira consulta tivesse sido realizada noutra Hospital. Como variáveis em estudo foram selecionadas: Género; Idade; Disfunção urinária (de acordo com a *International Continence Society*); Tempo de evolução até à consulta de MFR; Fatores de Risco; Início das queixas. Foram incluídos os doentes maiores de 18 anos e IU não neurogénicas. Foram pesquisados estudos na Pubmed, com as palavras-chave "*Incontinence and Women and Older adults and Urinary disorders and Prevalence and Risk factor Urinary and Pelvic rehabilitation*".

**Resultados:** Na nossa amostra, 90% dos doentes eram mulheres, 33% dos pacientes com idades entre os 38 e os 48 anos. Quanto ao tipo de disfunção, 53% referia IU de esforço, 29% IU mista e 11% urgência urinária sem perdas. Sessenta por cento tinha iniciado sintomas há menos de 5 anos, em 45% dos casos no pós-parto, em 11% após um aumento ponderal significativo e em 7% após prostatectomia. Relativamente aos fatores de risco, 41% dos doentes tinha IMC  $\geq$  25 Kg/m<sup>2</sup>; 16% encontrava-se na menopausa; 15% praticava frequentemente exercícios de alto impacto/valsava; 12% tinha um consumo excessivo de café; 21% obstipação; 8% antecedentes de cirurgia de incompetência uretral e 5% de remoção de pólipos uterinos; 38% tinha história de 2 gestações, 29% de 1 gestação e 12% de 3 gestações; 42% tinha história de 2 partos, 32% de 1 parto e 11% de 3 partos; 10% teve recém-nascidos com peso ao nascimento > 4 Kg; 55% teve partos eutócicos e 25% partos distócicos; 78% prolapsos de ór-

gãos pélvicos e 55% hiper mobilidade uretral. **Discussão/Conclusões:** A incontinência urinária está associada a uma redução considerável da qualidade de vida, pelo que é essencial a identificação dos fatores de risco e, sempre que possível, a sua modificação. No nosso estudo, a disfunção urinária mais comum foi a IU de esforço, entre os 38 e os 58 anos, sendo mais frequente no género feminino. Na primeira avaliação por MFR a maioria dos doentes tinha menos de 5 anos de sintomas e iniciou queixas no pós-parto. Mais de um terço da amostra tinha IMC  $\geq$  25 Kg/m<sup>2</sup>, a maioria tinha história obstétrica de gestações múltiplas, partos eutócicos e prolapso de órgãos pélvicos.

## PO 07

### BEXIGA NEUROGÉNICA APÓS INFECÇÃO POR SARS-COV 2 – RELATO DE CASO

João Lorigo<sup>1</sup>; Rui Pedrosa<sup>1</sup>; Edgar Tavares Silva<sup>1</sup>; Paulo Temido<sup>1</sup>; Arnaldo Figueiredo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

**Introdução:** Estudos comprovam que o SARS-COV 2 entra no corpo humano através dos receptores da enzima conversora de angiotensina 2 (ACE2) na superfície celular. Receptores ACE2 são encontrados nos pneumócitos tipo II, sendo estas células o principal alvo de patogenicidade da COVID-19, mas são também expressadas na superfície das células da medula espinhal. Contudo, a verdadeira fisiopatologia da infecção por SARS-COV 2 a nível do sistema nervoso central continua desconhecida. Bexiga neurogénica é o termo usado para descrever disfunções do aparelho urinário inferior secundárias a doenças neurológicas. O nível e gravidade da lesão neurológica é muito variável, contudo, a apresentação clínica de determinada lesão é, frequentemente, previsível. O tratamento destes doentes tem

como objetivos primários: manter um armazenamento e esvaziamento vesical a baixas pressões e preservar a qualidade de vida relacionada com os hábitos miccionais. Lesões medulares podem acarretar manifestações no funcionamento vesical, sendo a sua apresentação relativamente expectável e dependente do nível da lesão. Casos de infeção por SARS-COV 2 complicados com quadro de bexiga neurogénica são ainda escassos na literatura atual.

**Objetivos:** Reportar um caso de infeção por COVID-19 complicado com quadro de bexiga neurogénica, sugerindo que o sistema nervoso central pode também ser afetado por SARS-COV 2.

**Material e métodos:** Informações clínicas obtidas através do processo clínico do doente.

**Resultados:** Reportamos um caso de um doente de 84 anos, do sexo masculino que recorre ao serviço de urgência por quadro de retenção urinária aguda de início súbito. Associadamente, o indivíduo apresentava um quadro febril arrastado, com 3 semanas de evolução, associado a infeção confirmada por SARS-COV-2 e paraparesia bilateral de agravamento progressivo. Ao exame físico apresentava paraparesia de predomínio direito (1/4) e mantinha força muscular 3/4 à esquerda. Apresentava abolição sensitiva algica até as cristas ilíacas e da propriocepção nos membros inferiores. Estudo complementar demonstrou na ressonância magnética medular revelou mielite transversal de C1 a D3. EMG sem alterações. Estudo negativo para encefalite autoimune (Ac anti-MOG e AQP4). Punção lombar apenas positivo para SARS-CoV-2. Recebeu tratamento agudo com megadoses de metilprednisolona, remdesivir e PLEX. Após estabilização clínica, realizou 6 meses de tratamentos de medicina física e reabilitação. Iniciou CIC 2 a 3 vezes por dia.

Apresentou melhoria do quadro de paraparesia, recuperando a capacidade da marcha. Realizou estudo urodinâmico (EUD) aos 6 e 12 meses: inicialmente observou-se dissinergia detrusor esfinteriana (DDE), impossibilitando a avaliação da fase de esvaziamento; no segundo estudo objetivou-se contrações não inibidas do detrusor que condicionaram perdas, sem DDE e uma fase de esvaziamento grosseiramente normal, com resíduo de 100 cc. Do ponto de vista miccional, após 1 ano de seguimento, o doente apresentava incontinência urinária de urgência, com melhoria dos sintomas de esvaziamento, mantendo contudo sensação de esvaziamento incompleto com necessidade de CICs 2 vezes ao dia. **Discussão/Conclusões:** Mielite transversa é uma mielopatia não compressiva causadora de disfunção medular aguda ou subaguda por lesão inflamatória. Apresenta muitas causas, tendo já a infecção por SARS-CoV-2 sido implicada em alguns relatos de caso. Após lesões medulares agudas, ocorre um fenómeno de choque medular. Corresponde à inativação do funcionamento autonómico dos nervos parassimpáticos, resultando numa bexiga atónica, que pode perdurar até 3 meses. Após esta fase inicial, nas lesões supra sagradas, segue-se a perda da inibição voluntária do reflexo da micção com hiperatividade do detrusor e, por vezes, DDE. No caso de lesões sagradas, mantém-se uma elevada complacência vesical, associando-se um complexo esfinteriano persistentemente contraído, por aumento do efluxo simpático. Neste caso, observou-se um quadro de retenção urinária de início súbito, compatível com evento de choque medular. O controlo inicial dos sintomas de esvaziamento foram controlados com CIC 4-5 vezes ao dia. A recuperação gradual da capacidade de contração voluntária do detrusor foi acompanhada pelo aparecimento

de episódios de incontinência urinária de urgência, confirmados em estudo urodinâmico realizado aos 12 meses. Tal como referido anteriormente, esta transição é expectável em quadros de lesão medular. Como conclusão, SARS-CoV-2 pode causar lesões medulares, podendo ter consequências a longo prazo, como bexiga neurogénica, com importante impacto na qualidade de vida dos afetados.

## PO 08

### LUTS APÓS CIRURGIA DE REATRIBUIÇÃO SEXUAL – A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Ana Marta Ferreira<sup>1</sup>; João Pedroso Lima<sup>1</sup>;  
José Alberto Pereira<sup>1</sup>; Paulo Azinhais<sup>1</sup>;  
Paulo Temido<sup>1</sup>; Pedro Nunes<sup>1</sup>; Arnaldo Figueiredo<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra /  
Hospitais da Universidade de Coimbra

**Introdução:** As cirurgias de reatribuição sexual são procedimentos complexos e que envolvem a manipulação do pavimento pélvico e da uretra. Os doentes submetidos a este tipo de cirurgias estão, portanto, em maior risco de desenvolver alterações da micção (LUTS).

**Objetivo:** Avaliar a presença de LUTS em doentes submetidos a cirurgia de reatribuição sexual.

**Métodos:** Análise retrospectiva dos doentes submetidos a cirurgia de reatribuição sexual num Hospital Terciário entre Setembro 2011 e Dezembro de 2021. Os doentes seleccionados responderam a um questionário, via telefónica, para avaliação do impacto da cirurgia na micção.

**Resultados:** Foram identificados 49 doentes submetidos a cirurgia de reatribuição sexual no período temporal supracitado: 35 submetidas a orquidectomia bilateral, penectomia, uretroplastia, vulvoplastia, clitoroplastia e vaginoplastia (grupo masculino para feminino - M-F) e 19 submetidos a vaginectomia, escrotoplastia, faloplastia e uretroplastia (grupo

feminino para masculino – F-M). Destes, 27 responderam ao questionário no grupo M-F, e 14 no grupo F-M.

No grupo M-F foi identificada incontinência urinária de esforço de novo em 3 doentes (8,6%), e incontinência urinária de urgência em 6 (17,1%), ambos no primeiro ano pós operatório. A maioria (48,6%) refere ter um jato urinário satisfatório, apesar de 10 doentes (28,6%) relatarem a presença de um jato urinário mais disperso desde a intervenção cirúrgica. Das doentes inquiridas, 5 (14,3%) referem a ocorrência de mais de 2 infeções urinárias após a cirurgia, principalmente no período pós operatório imediato, e 7 (20%) tiveram episódio único de infeção urinária, também neste período. Todas as doentes referem esvaziar completamente a bexiga.

No grupo F-M, 2 doentes (10,5%) urinam através de dispositivos urinários (sonda vesical ou sonda supra púbica) e um doente através de uretostomia perineal, sendo que os restantes urinam através do neofalo, com bom jato urinário e sensação de esvaziamento vesical completo. Nenhum dos doentes refere queixas de incontinência urinária de urgência ou de esforço, embora 4 dos doentes inquiridos (21%) refiram queixas de gotejamento através de fístula urinária e 3 doentes (15,8%) queixas de gotejamento terminal. De realçar que 6 dos doentes inquiridos (31,6%) necessitaram de reintervenção cirúrgica por apertos da neouretra.

**Conclusão:** Foi identificado um bom grau de satisfação com o padrão miccional após cirurgia de reatribuição sexual em ambos os grupos, mais evidente no grupo M-F (81% vs 42%). No entanto, importa realçar a presença de alterações do padrão miccional, sobretudo no pós operatório imediato, na maioria dos indivíduos.

## PO 09

### PROGRAMA HÍBRIDO DE Telerreabilitação para a Incontinência Urinária de Esforço: Estudo Retrospectivo

Brandon Allan<sup>1</sup>; Alexandre Fernandes<sup>1</sup>; Diogo Roxo<sup>1</sup>; Carolina Falcão<sup>1</sup>; Mónica Bettencourt<sup>1</sup>; Gina Pereira<sup>1</sup>; Francielle do Espírito Santo<sup>1</sup>; Daniano Caires<sup>2</sup>

<sup>1</sup>HPP Hospital de Cascais; <sup>2</sup>Hospital Dr. Nélio Mendonça

**Introdução:** A incontinência urinária de esforço (IUE) tem um impacto negativo na qualidade de vida, afetando até 21.4% das mulheres portuguesas. O treino dos músculos do pavimento pélvico (TMPP) é a primeira linha de tratamento na IUE. Devido às restrições causadas pela pandemia COVID-19, o nosso serviço optou por suspender a reabilitação em classes presenciais para o TMPP e optou pelo sistema híbrido. Este sistema consiste num programa de reabilitação bimodal, combinando a reabilitação hospitalar com a telerreabilitação domiciliária.

**Objetivo:** O objetivo do estudo foi avaliar a eficácia de um programa híbrido de telerreabilitação em mulheres com IUE.

**Materiais e métodos:** As doentes foram submetidas a um programa de reabilitação de 18 sessões/1 a 2x semana. A avaliação inicial (T0) foi feita em consulta externa de Medicina Física e de Reabilitação (MFR). Posteriormente, realizou-se uma avaliação presencial e ensinos com a fisioterapeuta antes do início das sessões via Zoom (SVZ). As SVZ foram semanais/bisemanais em classe com *follow up* pela mesma fisioterapeuta especializada, incluindo três sessões individuais de reavaliação à 6<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup> e 18<sup>a</sup>. A avaliação final (T1) foi realizada em consulta externa de MFR.

Foram incluídas doentes que cumprissem os seguintes critérios: idade compreendida entre 17 e 65 anos com IUE (diagnosticada por

estudo urodinâmico e/ou através da história clínica e exame objetivo), força muscular do pavimento pélvico  $\geq 2$  na Escala de Ortiz e capacidade de execução do programa de reabilitação.

Os nossos critérios de exclusão incluíram doentes com incontinência urinária de urgência ou mista com predominância de urgência; neoplasia pélvica ativa; prolapso de órgão pélvico; infeção ativa do trato urinário ou hematuria macroscópica; bexiga neurogénica; tratamento cirúrgico de IU nos últimos 12 meses; gravidez; a impossibilidade de acesso ou iliteracia relacionada a meios tecnológicos; um número  $\leq 12$  sessões completadas. Um total de 13 doentes foram elegíveis para o estudo, com uma média de idades de 43 anos, no período de 27/04/2021 a 06/01/2022.

O *outcome* primário foi avaliar a frequência, a gravidade, o impacto e a perceção global de mudança da IUE antes e depois do programa de reabilitação, através da utilização do *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF) e do *Patient Global Improvement Change Scale* (PGIC), ambos na versão portuguesa. O *outcome* secundário foi a avaliação da força muscular (FM) do pavimento pélvico recorrendo à Escala de Ortiz.

**Resultados:** As doentes realizaram em média 17 sessões, no período médio de 12 semanas. O TMPP revelou significância estatística na melhoria média de 1 valor na escala de Ortiz, salientando que todas as doentes apresentavam um grau 4 após o programa de reabilitação.

Registou-se uma melhoria média total de 9 pontos no questionário ICIQ-SF, com uma média inicial de 12,08 e uma pontuação média final de 3,08.

Cerca de 53,8% das doentes, após os tratamentos, referiam não ter perdas de urina com

os esforços.

Considerando a PGIC, cerca de 85% das doentes consideraram estar melhor ou muito melhor com os tratamentos.

**Conclusões:** De acordo com a literatura recente e em consonância com o nosso estudo, o TMPP em contexto domiciliário através dum sistema híbrido apresentou resultados benéficos no tratamento da IUE. Demonstrou-se uma redução na frequência, gravidade e impacto dos sintomas da IU, bem como um aumento do grau de FM dos músculos do pavimento pélvico.

A pandemia COVID-19 impulsionou a utilização da telerreabilitação, sendo o presente estudo um exemplo do potencial da telemedicina como uma ferramenta terapêutica adicional ao dispor do doente.

## PO 10

### PROLAPSO DO COMPARTIMENTO MÉDIO –RARA MANIFESTAÇÃO INICIAL DE CARCINOMA SÍNCRONO OVÁRIO E ENDOMÉTRIO

Marta Xavier<sup>1</sup>; Marta Campos<sup>1</sup>; Evelin Pinto<sup>1</sup>; Mariana Novais Veiga<sup>1</sup>; João Gonçalves<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

**Introdução:** O carcinoma do ovário apresenta uma baixa incidência, no entanto é dos cancros mais letais na mulher. O mau prognóstico é em grande parte devido ao diagnóstico tardio, em estadios avançados da doença. Os sintomas mais reportados são dor/desconforto e/ou aumento perímetro abdominal. Outros sintomas descritos são tumefação abdominal, anorexia/enfartamento, obstipação ou urgência urinária. O prolapso dos órgãos pélvicos (POP) como manifestação inicial de cancro do ovário não está descrito na literatura. Este trabalho reporta um caso de carcinoma síncrono do ovário e endométrio cuja manifestação inicial foi um prolapso do compartimento médio.

**Caso clínico:** Mulher de 77 anos, 2G2P (partos vaginais) e menopausa aos 52 anos de idade, tendo realizado terapêutica hormonal por um período de 1 ano. Antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, apendicectomia e colporrafia anterior (8 anos antes). Referenciada à consulta de uroginecologia por reaparecimento de tumefação vaginal, com 6 meses de evolução. Ao exame objetivo apresentava um prolapso do compartimento médio, grau 2/3, com manobra de valsalva. À palpação constatava-se uma tumefação volumosa com abaulamento do fundo de saco vaginal posterior. A ecografia evidenciou uma lesão do ovário esquerdo multilocular-sólida, com 106 mm de maiores dimensões com papilas e vascularização moderada (ADNEX risk: 90.5% probabilidade de malignidade, 43% probabilidade de tumor borderline). Ecograficamente o ovário direito não apresentava lesões e o endométrio era regular, com 3.2mm. Marcador tumoral CA-125 negativo. A doente foi submetida a laparotomia exploradora com exame extemporâneo do ovário esquerdo, que revelou tumor mucinoso borderline. Foi submetida a lavado peritoneal, histerectomia total, anexectomia bilateral e omentectomia infra-cólica. O resultado histológico definitivo foi Tumor mucinoso borderline do ovário bilateral (FIGO IB) e Carcinoma endometriode G1 do endométrio (FIGO IA). A citologia do lavado peritoneal foi negativa para células malignas. A doente encontra-se em vigilância clínica.

**Conclusão:** Este caso tem como propósito alertar para a possibilidade de prolapso de órgãos pélvicos como rara manifestação clínica de um carcinoma do ovário. O conhecimento desta manifestação poderá facilitar o diagnóstico, permitindo que este seja feito num estadio mais precoce, bem como uma antecipação de terapêuticas culminando numa melhoria na sobrevida das doentes.

## PO 11

### PATERNIDADE NA LESÃO MEDULAR: UM PROCESSO DE RESILIÊNCIA

Joselda Cabral Viegas d' Abreu<sup>1</sup>; Glória Batista<sup>1</sup>; Maria Martin<sup>1</sup>; Graça Pinto<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão;

<sup>2</sup>CHULC - Maternidade Alfredo da Costa

**Introdução:** A lesão Medular (LM) geralmente tem impacto na vivência da sexualidade com múltiplas manifestações e necessidade de uma abordagem multidisciplinar. No homem a disfunção erétil e ejaculatória repercutem-se negativamente no acesso à paternidade. Na Consulta de Disfunção Sexual Neurogénica (DSN) para além da abordagem global à sexualidade com contexto da LM, orientamos com terapêutica medicamentosa para a disfunção erétil e se necessário recorremos ao uso do vibroestimulador para a disfunção ejaculatória. Os avanços científicos no campo da reprodução medicamente assistida, abriram novos caminhos de esperança e de sucesso na possibilidade de paternidade no contexto da lesão medular.

**Objetivos:** Avaliar os resultados da consulta de DSN, na vertente do encaminhamento para o acesso à paternidade, no período entre 2012 e 2021.

**Métodos:** Estudo longitudinal retrospectivo que incluiu homens com LM, idade  $\geq$  21 anos, que demonstraram desejo continuado de paternidade ao longo do acompanhamento na consulta de DSN e com relacionamento afetivo estável. Criámos um questionário que foi passado via telefone entre maio e junho de 2022.

**Resultados:** Do total de cerca de 500 doentes acompanhados na consulta neste período, identificamos 208 homens com o diagnóstico de LM. Apenas 17 cumpriam os critérios de inclusão neste trabalho, sendo 8 portadores de LM Cervical e 9 com LM Dorsal. Destes, 12

não tinham filhos antes da LM.

À data do questionário a idade média era de 39,3 anos, o tempo médio das relações afetivas era de 8,4 anos e a idade média das companheiras de 35,4 anos.

Durante as consultas de DSN, 14 doentes foram submetidos a vibroestimulação com resposta positiva, o que permitiu avaliar qualitativamente o esperma e orientar para a consulta de apoio à fertilidade (CAF).

O tempo médio entre a primeira consulta de DSN e a CAF foi de 2,6 anos.

82% (n = 14) dos doentes foram orientados para Consultas de Fertilidade em instituições públicas ou privadas. Destes, 71% (n = 10) foram submetidos a colheita de espermatozoides e apenas 36% (n = 5) avançaram para técnicas de procriação medicamente assistida (PMA). Do total de doentes incluídos neste estudo, apenas 24% (n = 4) conseguiram a paternidade, entre 2013 e 2021. 80% tiveram pelo menos um insucesso ao longo do processo.

47% (n = 7) dos doentes desistiu do projeto de paternidade, apontando como principais motivos a morosidade do processo nas instituições públicas, o encargo financeiro nas clínicas privadas e o fim das relações afetivas. À data do estudo, 35% (n = 6) dos doentes encontravam-se em processo de acompanhamento, tendo sido encaminhados em 2020 – 2021. 4 aguardavam primeira consulta, 1 aguardava consulta subsequente após colheita de espermatozoides e 1 aguardava novo ciclo de PMA.

**Discussão:** Atualmente a LM surge numa idade mais tardia e o impacto significativo na funcionalidade do indivíduo e no seio familiar pode justificar que apenas 17 doentes tivessem demonstrado o desejo de paternidade. A pandemia pode ter contribuído para o arrastar de alguns processos de acesso à paternidade.

**Conclusão:** Verificámos uma percentagem elevada de abandonos da PMA, tendo como principais justificações a morosidade do processo, os encargos económicos e o impacto da LM no desgaste das relações afetivas, sobretudo naquelas em que a mulher é a principal cuidadora, contribuindo para o término da relação amorosa. Os doentes que continuaram o processo de PMA tiveram resultados favoráveis e nasceram quatro bebés saudáveis.

A criação do encaminhamento tipo “Via Verde” para uma instituição pública a partir de 2017, permitiu dar início à orientação dos doentes com redução do tempo de espera e criar uma rede multidisciplinar necessária ao acompanhamento destes casos, motivando-nos para uma resposta mais célere e valorizando cada vez mais o desejo e aspirações da pessoa com LM.

## PO 12

### **FOWLER'S SYNDROME – A HIDDEN DISEASE**

Cláudia Nogueira Fernandes<sup>1</sup>; Luís Vale<sup>1</sup>;

Carlos Martins Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de S. João, EPE

*Fowler syndrome (FS) is a rare condition first described in 1950 as a sphincter abnormality, causing voiding dysfunction in women, namely chronic urinary retention. A large spectrum of treatments had been tried but only Sacral nerve stimulation (SNS) has proven to be efficient.*

*In this work, we present a case report of a 22-year-old woman with progressive voiding symptoms presenting with recurrent painless urinary retention episodes. She was referred to a tertiary centre for evaluation of urinary retention. All trigger situations were excluded and, except for repetitive cystitis, no other pathological issues were listed. Physical exa-*

mination and neurologic assessment didn't reveal any abnormal pattern. The neuroaxis study had no relevant findings.

Urodynamic studies documented a decreased bladder sensation during the filling phase, good bladder compliance but higher bladder capacity. During the voiding phase, the patient revealed voiding hesitancy. Detrusor overactivity and detrusor sphincter dyssynergia were excluded. Post-voiding residual volume was higher than 300 mL. Surface electromyography was also performed.

After exclusion of urological, gynecological and neurological abnormality, FS was considered to be the most compatible diagnosis. Conservative treatment with trial tamsulosin had failed and after one year of clean intermittent catheterization (CIC) the patient was submitted to sacral SNM with excellent results - spontaneous voiding during the first hours after the surgical procedure with complete bladder sensation restored.

### **PO 13**

#### **CERVICAL ELONGATION CAUSED BY CERVICAL FIBROID MIMICKING UTERINE PROLAPSE**

Marília Freixo<sup>1</sup>; Maria Liz Coelho<sup>1</sup>; Fabiana Castro<sup>1</sup>; António Pinho<sup>1</sup>; Anabela Melo<sup>1</sup>; Sílvia Torres<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

*Uterine prolapse could be found together with cervical elongation. This could be due to the prolapsed uterus had longer cervixes or the descent of the developing prolapse induced cervical elongation through downward traction. Growing cervical mass could drag the cervix, predisposing to cervical elongation and prolapse. Cervical fibroid usually manifested as a solid-bulky cervical mass with smooth surface. But in some cases the fibroid could underwent degenerative process or*

*erosion resulted in fragile surface with some bleeding and necrotic.*

*We report the case of a 46-year-old woman, Gravida 1, Para 1, that was referred to the gynecology appointment due to a presumed non reducible uterine prolapse. The patient reported a history of a daily metrorragy and a progressive growing mass protruding from the vagina over the past 4 months. Clinical examination confirmed the presence of a non-tender cervix with a protruding exofitic mass with 10cm coming from the posterior lip of the cervix with necrosis. Vaginal examination showed well positioned vaginal pouches and an apparent hypertrophic elongation of the cervix, occupying the entire length of the vagina. A biopsy of the lesion was performed, which revealed fragments with fibrinoleukocyte exudate and fibroconnective stroma, and no signs of malignancy. The patient was admitted for surgical excision. A Laparoscopic Assisted Vaginal Histerectomy (LAVH) was performed. Histopathological examination confirmed the diagnosis of a cervical leiomyoma, exocervical hyperplasia without atypia and extensive ulceration.*

*Diagnosis of prolapsed cervical leiomyomas may be confusing as pelvic examination may not be able to exclude a uterine prolapse or a uterine inversion. Moreover in our case, clinical presentation was mimicking the cervical malignancy since it was a fragile cervical mass with some bleeding and necrotic. Literature describing cervical elongation without uterine prolapse correlates with cervical fibroids is still rare. Thus, this case report could be important for the scientific perspective.*

## PO 14

### PROLAPSO DA CÚPULA VAGINAL APÓS HISTERECTOMIA: SACROCOLPOPEXIAS E REDES VAGINAIS

Ana Marta Pinto<sup>1</sup>; Joana Dias<sup>2</sup>; Raquel Reis<sup>2</sup>; Anabela Branco<sup>2</sup>; Marcília Teixeira<sup>2</sup>; Bercina Candoso<sup>2</sup>; Rosa Zulmira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE; <sup>2</sup>Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

**Introdução:** A incidência reportada de prolapso da cúpula vaginal após histerectomia na literatura mais recente varia entre 0,5% e 11,6%. O tratamento cirúrgico está indicado nos casos sintomáticos ou quando se verifica disfunção associada, nomeadamente do foro intestinal, urinário ou sexual; no entanto, a avaliação dos *outcomes* destas cirurgias está limitada pela variabilidade inter-individual da sintomatologia que se pode verificar em diferentes doentes associada ao mesmo grau de prolapso. Os questionários validados para avaliação de parâmetros de qualidade de vida associados à saúde são um indicador importante do sucesso da cirurgia de prolapso de órgãos pélvicos, pelo que a sua inclusão nestes estudos é fundamental. Existem diferentes técnicas disponíveis, que se podem agrupar em obliterativas e reconstrutivas, com ou sem recurso a material protésico. As mais frequentemente utilizadas no nosso centro são a sacrocolpopexia laparotômica e a colocação de redes vaginais.

**Objetivos:** Caracterizar as doentes submetidas a correção cirúrgica de prolapso da cúpula vaginal. Avaliar os desfechos cirúrgicos após sacrocolpopexia ou colocação de rede vaginal e eventuais diferenças entre os grupos.

**Material e métodos:** Estudo observacional transversal e retrospectivo das doentes submetidas a tratamento cirúrgico com sacrocolpopexia ou colocação de redes vaginais para

tratamento de prolapso da cúpula, ao longo de um período de 10 anos (janeiro de 2012 a dezembro de 2021). Revisão da literatura, análise dos processos clínicos e aplicação de questões selecionadas do questionário validado *Prolapse Quality Of Life Questionnaire* (P-QoL) através de contacto telefónico.

**Resultados:** Identificaram-se 97 doentes submetidas a cirurgia por prolapso da cúpula no período estudado, das quais 29 pertencentes ao grupo das sacrocolpopexias e 68 ao das redes vaginais (40 rede vaginal anterior, 16 rede vaginal posterior e 12 rede anterior e posterior). Avaliaram-se as características das doentes intervencionadas, a destacar a idade  $65,6 \pm 7,7$  ( $64,5 \pm 7,1$  sacrocolpopexias e  $66 \pm 7,9$  redes vaginais), IMC  $28 \pm 3,7$  ( $28,3 \pm 4,1$  sacrocolpopexias e  $27,8 \pm 3,5$  redes vaginais), o intervalo médio entre a histerectomia e a cirurgia do prolapso da cúpula (globalmente 13,1 anos; 10,1 no grupo das sacrocolpopexias e 14,3 no grupo das redes vaginais). Verificou-se uma incidência reduzida de complicações cirúrgicas a requerer reintervenção subsequente (2 casos) – uma extrusão de rede e uma oclusão intestinal por aderências a prótese de sacrocolpopexia. Na consulta de pós-operatório, apenas em 3 doentes se identificou prolapso grau 3 ou superior - em dois casos no compartimento posterior (após colocação de rede vaginal anterior) e no terceiro caso no compartimento anterior (após sacrocolpopexia). Com o objetivo de avaliar o *outcome* pós-cirúrgico, foram selecionadas questões do P-QoL, validado em português, a contemplar a perceção de saúde global, o impacto do prolapso na qualidade de vida e a presença de outra sintomatologia associada ao prolapso. O questionário foi aplicado por via telefónica, tendo-se obtido a participação de 44 doentes (12 do grupo das sacrocolpopexias e 32 do grupo das redes

vaginais). Não obstante a redução da amostra face à análise inicial, não se identificaram diferenças entre os grupos em nenhuma das questões colocadas. Trinta e nove doentes referiram remissão completa da sensação de corpo estranho vaginal (11 no grupo das sacrocolpopexias e 28 no grupo das redes vaginais). Quanto a sintomatologia associada, verificaram-se queixas moderadas de IU em apenas 6 doentes e queixas de sensação de evacuação incompleta em 4.

**Discussão/Conclusões:** Ambas as técnicas estudadas foram eficazes no tratamento cirúrgico do prolapso da cúpula vaginal, com a ausência de diferenças entre os grupos a sugerir a inexistência de uma abordagem *gold standard*. A reduzida incidência de complicações suporta a segurança das técnicas utilizadas. A manutenção do *follow up* das doentes poderá acrescer ao estudo evidência relevante quanto à eficácia das cirurgias a longo prazo.

## PO 15

### **OVERACTIVE BLADDER-LIKE PRESSURE INCREASE DURING FILLING IN AN ORTHOTOPIC ILEAL NEOBLADDER**

André Jin ye<sup>1</sup>; Rodrigo Garcia<sup>1</sup>; Ricardo Pereira e Silva<sup>1</sup>; Filipe Lopes<sup>1</sup>; Afonso Castro<sup>1</sup>; Helena Correia<sup>1</sup>; José Palma Reis<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

**Introduction:** Orthotopic ileal neobladder is a viable option following cystectomy for oncological or non-oncological indications whenever feasible and according to the patient's preference. However, the absence of cortical control of the reconstructed lower urinary tract, denervation of the pelvic floor and changes in anatomy lead to significant disturbances in the urinary storage and voiding functions. In bladder-substituted patients, the filling sen-

sation is significantly decreased (nearly absent), voiding is achieved by abdominal strain, and stress or urgency incontinence/ nocturnal enuresis may be common. Previous literature concerning urodynamics in neobladder patients is scarce and the physiopathology of specific findings is still unknown.

**Objectives:** To describe the urodynamic findings in a patient with an orthotopic ileal neobladder and discuss the possible involved mechanisms and their clinical implications.

**Material and methods:** We present a case of a patient who underwent radical cystectomy and orthotopic ileal neobladder substitute, with severe urgency urinary incontinence.

**Results:** A 63-year-old female patient underwent radical cystectomy with orthotopic ileal neobladder, according to the Studer's technique, for muscle-invasive urothelial carcinoma of the bladder. She was discharged at day 10 post-op without surgical complications.

During the first year, the patient experienced mild stress urinary incontinence, using only one pad during the day and one diaper during the night which remained dry.

After 12-14 months postoperatively, she developed increasing urinary frequency and urgency urinary incontinence, combined with suprapubic pain. The number of pads required during the day increased to 3-4 and 2 diapers per night.

After excluding urinary tract infections or other reversible causes for severe LUTS worsening, the patient was referred to the Functional Urology and Neurourology Unit for videourodynamic investigation. During filling, an overactive-like pattern was seen, with multiple strong uninhibited contractions (Pdet-max= 40cmH2O), associated with urgency sensation and significant urinary leakage. Severe bilateral vesicoureteral reflux was also noticed during these "uninhibited

contractions". Bladder filling was suspended at 300mL (considered as the maximum cystometric capacity), due to the high-grade reflux and abundant leakage. Although the patient reported urgency during the contractions, no progressive and regular bladder filling sensation was reported.

Fluoroscopy showed a regularly shaped neobladder including an afferent limb with no kinks or deformations suggesting a possible underlying cause for the pressure measurements obtained.

After these findings, an anticholinergic drug was prescribed with very limited improvement after initial follow up. The possibility of converting the orthotopic neobladder to an ileal conduit is now under analysis. This may be an option to adequately preserve kidney function in the long term and to offer quality of life improvement by treating the patient's bothersome urinary incontinence.

**Discussion/Conclusions:** *Persisting LUTS in patients with an orthotopic ileal neobladder are a challenge, since treatment options are scarce, and many limitations exist. However, oncological endpoints should not prevent diagnosis and treatment of the bothersome symptoms that may significantly affect the quality of life of these patients.*

*The pathophysiological mechanisms underlying the rhythmical increases of pressure during the filling phase (very similar to neurogenic detrusor overactivity) still remain to be explained. Ileal neobladders are expected to be very low-pressure reservoirs, since detubularization of the bowel segment should guarantee the absence of measurable contractions.*

*Urgency sensation suppression by oral drugs is mainly a result of decreased afferent signaling reaching the cerebral cortex. In this case, we believe that unexplained mechanisms or,*

*eventually, the placebo effect may be responsible for the slight improvement observed when anticholinergics were prescribed.*

## **PO 16**

### **IMPACTO DA PATOLOGIA UROGINECOLÓGICA NO SÍNDROME GENITOURINÁRIO DA MENOPAUSA – QUESTIONÁRIO DIVA**

Daniela David<sup>1</sup>; Andreia Gaspar<sup>1</sup>; Anabela Resende<sup>1</sup>; Inês Coutinho<sup>1</sup>; Liana Negrão<sup>1</sup>; Maria Geraldina Castro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

**Introdução:** O síndrome genitourinário da menopausa (SGUM) afeta uma grande percentagem de mulheres na pós-menopausa, tendo um impacto negativo na função sexual e qualidade de vida. Apesar das múltiplas opções terapêuticas disponibilizadas, a SGUM continua a ser uma entidade desvalorizada. O questionário *Day-to-day Impact of Vaginal Aging* (DIVA) permite avaliar o impacto do SGUM na qualidade de vida da mulher pós-menopausa em diferentes domínios: vida diária, emocional, função sexual e auto-estima e auto-imagem. A patologia uroginecológica pode ter uma influência adicional no SGUM, não estando, no entanto, ainda estabelecida esta associação.

**Objetivos:** Avaliar o impacto do SGUM na população com patologia uroginecológica.

**Material e métodos:** Durante 5 meses foi distribuído de forma aleatória o questionário DIVA (*Day-to-day Impact of Vaginal Aging*) a mulheres na pós-menopausa que frequentam a consulta de uroginecologia. Cada item do questionário é avaliado qualitativamente com um *score* que varia entre 0 a 4 (0 = nada; 1 = raramente; 2 = moderadamente; 3 = bastante; 4 = extremamente). A média dos resultados totais de cada domínio foi calculada, sendo que *scores* mais elevados representam maior impacto dos sintomas vulvovaginais.

**Resultados:** Foram preenchidos 74 questionários. A média de idades foi  $62,5 \pm 7,11$  anos e a média de tempo decorrido após a menopausa foi de  $12,7 \pm 8,3$  anos. A maioria não teve relações sexuais nas quatro semanas prévias ao questionário (54,3%, n = 38). Relativamente à patologia uroginecológica, 51,4% (n = 37) apresentava prolapso de órgãos pélvicos e 63,9% (n = 46) incontinência urinária. A SGUM foi reportada em 79,7% (n = 59) das mulheres, sendo que 61,0% (n = 36) mostrou sintomas associados a secura vaginal; 57,6% (n = 34) aumento da frequência urinária; 49,1% (n = 29) irritação vulvar; 49,1% (n = 29) diminuição da lubrificação; 42,3% (n = 25) apresentou urgência miccional; 30,5% (n = 18) dispareunia e 8,5% (n = 5) disúria. Quando questionadas sobre realização de tratamento da menopausa, 23,6% (n = 17) afirmou fazê-lo e, destas, 58,8% (n = 10) com tratamento tópico isolado e 23,5% (n = 4) tratamento sistémico isolado. Foi aplicado o questionário DIVA para avaliar o impacto do SGUM nestas mulheres com patologia uroginecológica. O impacto na qualidade de vida da SGUM foi baixo (*score* médio=1,0). O impacto emocional (*score* médio = 1,3), na função sexual (*score* médio em mulheres com atividade sexual de 1,3 e em mulheres sem atividade sexual de 1,5) e na auto-estima e imagem (*score* médio = 1,5) do SGUM mostrou um impacto baixo a moderado. As mulheres com SGUM mostraram *scores* mais altos no domínio da auto-imagem e auto-estima (1,4 vs 0,3 nas mulheres sem SGUM; p = 0,02).

Comparativamente a outros estudos realizados em mulheres com SGUM às quais foi aplicado o questionário DIVA, a média dos *scores* obtidos, em todos os domínios, nesta população específica com patologia uroginecológica diagnosticada é superior aos demonstrados

na população em geral.

**Conclusão:** O SGUM afeta de forma importante a qualidade de vida da mulher na pós-menopausa. Este estudo demonstra que o SGUM, quando associado a patologia uroginecológica tem um impacto negativo acrescido. O questionário DIVA pode facilitar a identificação e abordagem da população com susceptibilidade acrescida.

#### PO 17 Retirado

#### PO 18

#### VNOTES – PRIMEIRA SÉRIE DE CASOS NUM CENTRO HOSPITALAR PORTUGUÊS

António de Pinho<sup>1</sup>; Marília Freixo<sup>1</sup>; Sílvia Torres<sup>1</sup>; Cristina Oliveira<sup>1</sup>; Catarina Estevinho<sup>1</sup>; Anabela Melo<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

**Introdução:** Apesar de ainda pouco difundida, a cirurgia *vaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery* (vNOTES) permite, através de uma abordagem minimamente invasiva, com recurso a colpotomia e sem incisões abdominais, a realização de procedimentos pélvicos, com resultados promissores em vários ensaios clínicos internacionais.

**Objetivos:** Descrição e análise crítica dos primeiros 6 casos de cirurgia vNOTES, realizadas entre abril e agosto de 2022, num serviço de Ginecologia de um Centro Hospitalar Português.

**Material e métodos:** Análise observacional e descritiva das características pré-operatórias e evolução intra- e pós-operatória, após colheita de dados de forma prospetiva.

**Resultados:** 6 doentes foram submetidas a histerectomia por vNOTES, com uma média de idade de 53 anos, sendo 3 pós-menopausadas, 3 obesas e 3 com cirurgias abdominais anteriores. Relativamente às indicações cirúrgicas, destaca-se o prolapso útero-vaginal completo

(n = 4), seguido pela hemorragia uterina anormal refratária a tratamento médico associada a hiperplasia endometrial sem atipia ou leiomiomas (n = 2). A técnica cirúrgica iniciou-se pela realização de colpotomia anterior e posterior e laqueação e secção dos ligamentos úterosagrados. O acesso à cavidade pélvica fez-se através da plataforma GelPOINT V-Path®, tendo sido realizadas 6 hysterectomias, 3 associadas a anexectomia bilateral e 3 a salpingectomia bilateral. Nos casos de prolapso dos órgãos pélvicos, foram realizadas 5 colpoplastias anteriores, 3 colpoplastias posteriores e 3 perineoplastias. O tempo médio das intervenções foi de 117 minutos, com média de 43 minutos para os procedimentos endoscópicos. As intervenções decorreram sem intercorrências, com perda hemática mínima durante a endoscopia. Todas as doentes tiveram alta clínica nas primeiras 24h após o procedimento. O maior útero intervencionado apresentava 17 centímetros de comprimento longitudinal. Não se registou qualquer complicação nas reavaliações pós-operatórias (*follow up* médio de 78 dias).

**Discussão e conclusões:** Apesar da reduzida dimensão desta série, os procedimentos realizados constituem uma coleção representativa de cirurgias vNOTES levadas a cabo até à data no panorama nacional. Desta primeira experiência, destacam-se vários benefícios: ausência de incisões abdominais, melhor visualização das estruturas anatómicas, viabilidade do procedimento em úteros de maiores dimensões e espaços vaginais restritos, taxa de conversão cirúrgica nula, tempo de internamento curto e a ausência de complicações precoces e a médio prazo.

Embora a cirurgia vaginal clássica esteja recomendada como via preferencial para hysterectomia, apresenta várias limitações. A técnica vNOTES parece permitir alargar o leque de

doentes elegíveis para cirurgia vaginal, conciliando as vantagens desta abordagem com a cirurgia endoscópica. São necessários mais casos para avaliar a eficácia e custo-efetividade desta técnica na cirurgia ginecológica.

## PO 19

### AVALIAÇÃO SUBJETIVA DE CURA A 10 E 15 ANOS PÓS-CIRURGIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO.

Rita Nunes<sup>1</sup>; Sofia Domingues<sup>2</sup>; Cátia Ferreira<sup>1</sup>; Alexandra Henriques<sup>1</sup>; Alexandre Valentim Lourenço<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria; <sup>2</sup>Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

**Introdução:** A incontinência urinária tem um elevado impacto negativo na qualidade de vida das mulheres. É uma patologia comum, sobretudo em mulheres na pós-menopausa e com antecedentes de gravidez e parto vaginal. Os *slings* da uretra média *Tension-free vaginal tape* (TVT) são uma opção de tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço (IUE) com crescente evidência do seu benefício a longo prazo.

**Objetivos:** Determinar a avaliação subjetiva do desfecho clínico da colocação de *sling* suburetral transobturador para tratamento da IUE, 10 e 15 anos após a cirurgia, através da aplicação do *King's Health Questionnaire* (KHQ), validado em Portugal.

**Material e métodos:** Estudo observacional das cirurgias de IUE na mulher, realizadas num centro hospitalar terciário, numa coorte de doentes operadas em 2007 e noutra coorte de mulheres operadas em 2012. O KHQ prévio à cirurgia foi realizado presencialmente e o KHQ aos 10 e 15 anos após a cirurgia foi realizado via chamada telefónica. Foram incluídas todas as mulheres com IUE isolada, sem prolapso de órgãos pélvicos superior ou igual a grau 2 no POP-Q, tratadas cirurgicamente

com colocação de *sling* suburetral transobturador (TVT-Obturador<sup>®</sup>, AJUST<sup>®</sup> e TVT-Abbrevo<sup>®</sup>), que responderam ao KHQ previamente à cirurgia e 10/15 anos após a cirurgia. Analisaram-se as características demográficas da amostra, complicações perioperatórias e necessidade de reintervenção. Comparou-se o resultado obtido no KHQ prévio à cirurgia e 10/15 anos após a cirurgia. A análise estatística foi realizada recorrendo ao teste de Wilcoxon e ao teste de Mann-Whitney U. O valor-P foi considerado significativo quando  $< 0,05$ .

**Resultados:** Foram realizadas 21 e 24 cirurgias de incontinência urinária de esforço nos anos de 2007 e 2012, respetivamente. Por não ter sido possível obter resposta ao KHQ foram excluídas 16 e 12 casos em 2007 e 2012, respetivamente. À data da cirurgia, na coorte de 2007, a média de idades era 55,2 anos (mínimo 41; máximo 71) e 60% das mulheres estavam na pós-menopausa. Na coorte de 2012, a média de idades era 56,2 anos (mínimo 41, máximo 77) e 75% das mulheres estavam na pós-menopausa. No ano de 2007 apenas foram realizadas cirurgias de IUE com TVT-Obturador<sup>®</sup>. Em 2012, foram realizadas 4 cirurgias de IUE com TVT-Abbrevo<sup>®</sup> e 8 cirurgias de IUE com AJUST<sup>®</sup>. A classificação mediana global no KHQ foi: 57 [51-69] previamente à cirurgia; 36 [34-37] aos 15 anos pós-cirurgia; 36 [31-40,5], aos 10 anos pós-cirurgia. A diferença entre o resultado do KHQ antes e após a cirurgia foi significativamente estatística em ambos os grupos ( $p = 0,043$  e  $p = 0,002$ , em 2007 e 2012, respetivamente). Não se verificou diferença com significado estatístico entre o tipo de cirurgia e o resultado do KHQ na coorte de 2012 (AJUST<sup>®</sup> vs TVT-Abbrevo<sup>®</sup>,  $p = 0,279$ ). Não houve registo de complicações perioperatórias e houve uma reintervenção cirúrgica noutro hospital.

**Discussão/Conclusões:** Neste estudo, verificou-se uma redução com significado estatístico na pontuação do KHQ ao fim de 10 e 15 anos pós-cirurgia, traduzindo uma melhoria na qualidade de vida. Não se verificou diferença no KHQ entre a técnica cirúrgica. Uma limitação deste estudo é o número reduzido de casos em cada coorte, que se deveu à dificuldade em contactar as doentes vários anos após a alta hospitalar da consulta de Uroginecologia (alta aos 4 anos pós-operatório), levando à perda de seguimento, tal como apontado noutros estudos. Relativamente ao único caso de reintervenção cirúrgica, não tivemos acesso à informação clínica sobre o procedimento, já que este ocorreu noutro hospital. Para concluir, o KHQ é uma ferramenta fácil de aplicar e já validado no pós-operatório e este estudo mostrou resultados satisfatórios na pontuação do KHQ a longo prazo.

## PO 20

### URETEROSTOMIAS CUTÂNEAS COM PRESERVAÇÃO DO MEATO URETERAL – UMA OPÇÃO NA CISTECTOMIA NÃO ONCOLÓGICA

Filipe Abadesso Lopes<sup>1</sup>; André ye<sup>1</sup>; Miguel Fernandes<sup>1</sup>; João Chambino<sup>1</sup>; José Bernal<sup>1</sup>;

Ricardo Pereira e Silva<sup>1</sup>; José Palma Dos Reis<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

**Introdução:** As malformações da medula espinhal, do qual o mielomeningocele é um exemplo, podem originar disfunções da inervação do aparelho urinário inferior. Em casos extremos, este compromisso radicular grave leva à ausência completa do *cross-talk* entre o sistema nervoso central e a bexiga, esfíncteres e pavimento pélvico. A hiperatividade vesical é um elemento presente em muitos destes casos, originando frequentemente incontinência urinária e perda de *compliance* e

capacidade funcional da bexiga a longo prazo. O tratamento destes doentes deve ser altamente individualizado, com ênfase na gestão de expectativas e prioridades. Em casos extremos de disfunção completa do aparelho urinário inferior, a cistectomia supratrigonal com derivação urinária incontinente é uma opção legítima a ser discutida com os doentes e cuidadores, podendo oferecer uma melhoria da qualidade de vida dos mesmos. Contudo, a presença de obstipação grave, frequentemente observada em doentes com tetraplegia, aumenta a probabilidade de ileus pós-operatório e o risco associado à manipulação intestinal. Nestes casos, a realização de ureterostomias cutâneas é uma possibilidade, embora com maior risco de infeção e estenose, o que pode levar à necessidade de cateterização ureteral *ad vitae*.

**Objetivos:** Descrever o caso clínico de um doente com bexiga neurogénica *end-stage*, submetido a cistectomia supra-trigonal e ureterostomias cutâneas com preservação dos meatos ureterais.

**Material & métodos:** Descrevemos o caso clínico de um doente do sexo masculino de 19 anos, com malformação de Arnold-Chiari tipo II, associada a mielomeningocele lombossagrada com medula ancorada e com consequente tetraplegia. Apresentava um quadro arrastado de hiperatividade vesical a condicionar incontinência urinária e perda de capacidade e *compliance* vesicais. Associadamente, com obstipação grave, com necessidade de remoção manual de fecalomas. Com o objetivo de conter perdas urinárias severas, o doente encontrava-se sob algaliação crónica desde a infância, com consequentes hipospádia traumática grave e infeções do trato urinário de repetição. Perante quadro de bexiga neurogénica *end-stage*, foi discutida com o doente e os cuidadores a possibilidade

de cistectomia supra-trigonal e derivação urinária incontinente, nomeadamente através de ureteroileostomia.

**Resultados:** Doente submetido a cistectomia supratrigonal por via aberta. Intraoperatoriamente, foi constatado dolico cólon com importante redundância e dilatação de ansas de ileon e cólon. Realizada preservação de todo o comprimento dos ureteres, incluindo dos meatos ureterais, que foram ressecados com cerca de 1cm de margem por via intravesical após cistotomia mediana profunda. Realizadas ureterostomias cutâneas (com preservação do meato) em cano de espingarda no quadrante inferior direito, mantendo cateterização com monoJs. Pós-operatório sem intercorrências, com alta em D6.

**Discussão/Conclusões:** Sendo a maioria das cistectomias realizadas em contexto oncológico, a manipulação do meio intravesical não é possível, assim como a manutenção de todo o comprimento dos ureteres, uma vez que o controlo oncológico é o principal objetivo da cirurgia. Contudo, nos casos de cistectomia por patologia não-oncológica, a manutenção do máximo de comprimento do ureter e mesmo do meato ureteral pode, em teoria, diminuir a incidência de complicações nomeadamente infecciosas e de estenose ureteral, frequentemente observadas em doentes com ureterostomias cutâneas. De facto, a preservação do comprimento total dos ureteres e dos meatos não representa um acréscimo na dificuldade ou tempo cirúrgico, uma vez que facilita a posterior anastomose a um conduto ileal ou a construção de um estoma direto, além de dispensar a abordagem dos ureteres previamente à cistectomia propriamente dita. Assim, nos casos de cistectomias não oncológicas, parece ser desnecessária a manipulação da mucosa ureteral, com potenciais benefícios sobretudo a nível da taxa de estenose.

## PO 21

### ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES SUBMETIDAS A CISTECTOMIA RADICAL

Mariana Dias Capinha<sup>1</sup>; Carlos Oliveira<sup>1</sup>; Sara Anacleto<sup>1</sup>; Ricardo Matos<sup>1</sup>; Catarina Tinoco<sup>1</sup>; Andreia Cardoso<sup>1</sup>; Ana Sofia Araújo<sup>1</sup>; Emanuel Dias<sup>1</sup>; Mário Cerqueira Alves<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital de Braga

**Introdução:** O impacto físico e emocional do cancro na sexualidade tem sido descrito desde o início da década de 1980. A natureza da disfunção sexual relacionada com o cancro difere no tipo de cancro, estadio, tipo de tratamento, e é influenciada por fatores individuais, como idade e estado civil. A nível mundial, o cancro da bexiga afeta cerca de 2,4 mulheres em cada 100.000 pessoas/ano. Um dos tratamentos é a cistectomia radical. Esta abordagem terapêutica inclui a remoção da bexiga, uretra, vagina adjacente, útero, ureteres distais e linfadenectomia regional. Além do impacto negativo que o diagnóstico de uma neoplasia acarreta, a disfunção sexual resultante desta cirurgia é responsável por uma significativa morbilidade psicossocial e sofrimento pessoal. Assim, a sua gestão é um componente vital do bem-estar geral das mulheres.

**Objetivos:** O presente trabalho tem como objetivo a apresentação de um caso clínico e a revisão da literatura sobre a disfunção sexual feminina após cistectomia radical e suas abordagens terapêuticas.

**Material e métodos:** A função sexual da doente do caso clínico estudado foi avaliada através do inquérito “*Female Sexual Function Index Scoring*” 18 meses após a cirurgia. A revisão da literatura foi realizada nas bases de dados Pubmed, *Cochrane and Embase* com os seguintes termos: (*female*) and (*sexual dysfunction*) and (*cystectomy*) and (*bladder*

*cancer*) nos últimos cinco anos que resultou em quinze publicações. Foram selecionados oito artigos.

**Resultados:** O seguinte trabalho apresenta um caso clínico de uma doente de 64 anos diagnosticada inicialmente com carcinoma papilar urotelial de baixo grau após resseção transuretral da bexiga (RTU-V). A doente apresentou múltiplas recidivas após tratamento com BCG com recusa em realizar cistectomia. Após a última RTU-V a doente foi diagnosticada com carcinoma papilar urotelial de alto grau e aceitou cistectomia pelo que foi submetida a cistectomia radical com ureteroileostomia cutânea tipo Bricker em 2021. A sua função sexual foi avaliada através do “*FSFI Scoring*” cujo *score* obtido foi de 28,7 (2-36). São vários os efeitos diretos decorrentes da cistectomia que podem interferir na função sexual das doentes. Estas alterações podem ser responsáveis pela diminuição da libido, diminuição da lubrificação vaginal, dispareunia, e disfunção orgásmica. Existem inúmeras intervenções possíveis para minimizar estes efeitos como intervenções psicossociais, hidratantes vulvares, estrogénios tópicos, desidroepiandrosterona intravaginal, dilatadores vaginais, vibradores e tratamento farmacológico (suplementação com testosterona, inibidores da 5 fosfodiesterase, flibanserina, fisioterapia do pavimento pélvico e neovaginas).

**Discussão/Conclusões:** A função sexual é um tema pouco abordado pelos clínicos e estes são mais propensos em não fornecer aconselhamento de rotina a doentes do sexo feminino comparativamente com doentes do sexo masculino. Sem uma correta avaliação da função sexual de base e da procura ativa sobre as expectativas após a cirurgia não é possível fornecer o tratamento com os resultados esperados pelas doentes. A disfunção

sexual em doentes oncológicos é um tema ainda pouco estudado, principalmente no que refere ao sexo feminino. É transversal a todos os estudos de que as doentes referem pouco apoio relativo à função sexual pós operatória. Os estudos disponíveis mostram resultados pouco precisos, com resultados heterogêneos. É assim necessário uma padronização na avaliação inicial da função sexual, alertar os clínicos sobre esta lacuna no seguimento da doente, estudos com maior impacto e desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas.

## **PO 22**

### **NEUROMODULAÇÃO PERIFÉRICA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE URGÊNCIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Tomás Ribeiro da Silva<sup>1</sup>; Eva Alves<sup>1</sup>; Margarida Alves<sup>1</sup>; Teresa Matias<sup>1</sup>; Francisco Sampaio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria*

**Introdução:** A incontinência urinária de urgência (IUU) caracteriza-se por uma vontade forte e inadiável de urinar resultante da hiperatividade do músculo detrusor da bexiga. Afeta predominante mulheres e a incidência aumenta com a idade. Várias opções terapêuticas estão disponíveis para o tratamento da incontinência urinária. A neuromodulação periférica com estimulação elétrica percutânea do nervo tibial (PTNS) é uma das opções terapêuticas para pacientes com bexiga hiperativa (BH). O objetivo é a inibição das contrações do músculo detrusor reduzindo assim a frequência e urgência urinária.

**Caso Clínico:** Sexo feminino, 22 anos, nuligesta. Referenciada à consulta de Reabilitação do Pavimento Pélvico por queixas compatíveis com incontinência urinária de urgência. Os sintomas tiveram início após atropelamento na via pública, do qual resultou fratura do

anel pélvico, tratada de forma conservadora. Negava sintomatologia sugestiva de incontinência urinária de esforço, no entanto, apresentava diminuição da força muscular do pavimento pélvico - grau 3 em 5 de acordo com a escala de Oxford modificada. O estudo urodinâmico evidenciou “sensibilidade aumentada e contração fásica, involuntária e terminal do detrusor, sem perdas de esforço”. Iniciou terapêutica farmacológica oral com cloreto de tróspio, e exercícios de reeducação do pavimento pélvico, no domicílio. Foi reavaliada 6 meses após este plano terapêutico tendo-se verificado melhoria da força muscular (grau 4 em 5), contudo, mantinha perdas de urgência, pelo que foi proposta para PTNS. Realizou 10 sessões de periodicidade semanal e duração de 30 minutos com os seguintes parâmetros: frequência 10Hz, tempo de impulso 200 microsegundos e intensidade quando atingida a sensação parestésica ao longo do território do nervo tibial. Após as sessões verificou-se melhoria da IUU, no entanto, com necessidade periódica de PTNS, pelo que foi proposta para colocação de neuroestimulador periférico na Unidade de Dor Crónica. O neuroestimulador foi colocado a 06/11/2021 (StimRouter®), programado para estimulação diária de uma hora, com melhoria significativa dos sintomas e da qualidade de vida (avaliados pela Escala Ditrovie e *King's Health Questionnaire*).

**Discussão/Conclusões:** Salientamos este caso clínico por se tratar de uma jovem com incontinência urinária de urgência que apresentou melhoria marcada dos sintomas e da qualidade de vida após o tratamento com PTNS. Por se tratar de uma técnica minimamente invasiva deve ser uma opção terapêutica a considerar em doentes com esta patologia.

## PO 23

### PROLAPSO APICAL APÓS HISTERECTOMIA – A EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DURANTE A PANDEMIA POR SARS-COV-2

Hugo Barros<sup>1</sup>; Sara Paiva<sup>1</sup>; Vanessa Silva<sup>1</sup>; Sofia Costa<sup>1</sup>; Horácio Azevedo<sup>1</sup>; José Vivas<sup>1</sup>; Lucinda Graça<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital da Senhora da Oliveira

**Introdução:** O prolapso de órgãos pélvicos (POP) corresponde a uma disfunção do pavimento pélvico que ocorre mais frequentemente no pós-menopausa, com conseqüente descida dos órgãos alojados na cavidade pélvica. De acordo com as estruturas prolapsadas, pode ser classificado em anterior, apical ou posterior.

O prolapso do compartimento apical em mulheres hysterectomizadas define-se pela descida da cúpula vaginal sobre a vagina. Dentro dos fatores de risco para o seu desenvolvimento pode ser referido a gravidez e parto vaginal, obesidade, *status* pós-menopausa e história de hysterectomia prévia.

O POP quando sintomático encontra-se associado a diminuição da qualidade de vida da mulher afetada. O tratamento está indicado no caso de POP sintomático, sendo a abordagem cirúrgica uma opção perante a falência da abordagem médica ou recusa de tratamento conservador. Os procedimentos de correção de prolapso do compartimento apical podem ser efetuados por via abdominal ou vaginal.

**Objetivos:** Caracterização da população submetida a correção via cirúrgica de prolapso do compartimento apical após hysterectomia após o início da pandemia provocada pelo SARS-CoV-2.

Comparar dados da atividade cirúrgica de correção de prolapso do compartimento apical nos dois anos prévios à pandemia por SARS-CoV-2 (2018-2019) com o período atualmente em estudo.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo de pacientes submetidas a correção cirúrgica de prolapso do compartimento apical após hysterectomia, entre janeiro de 2020 a dezembro de 2021, numa unidade de uroginecologia.

**Resultados:** No período em análise 9 pacientes foram submetidas a correção cirúrgica de prolapso do compartimento apical após hysterectomia. Verificou-se que média das idades das doentes foi 61.9 anos. Nesta amostra 77.8% tinha excesso de peso/obesidade (IMC  $\geq$  25kg/m<sup>2</sup>) e todas apresentavam pelo menos um parto vaginal. A hysterectomia prévia foi realizada por via abdominal em 77.8% dos casos. O tempo médio entre a realização de hysterectomia e desenvolvimento de prolapso do compartimento apical sintomático foi de 7.7 anos.

Relativamente às técnicas cirúrgicas utilizadas para a correção do prolapso, foram, respetivamente, suspensão apical aos ligamentos sacroespinhosos com prótese em 22.2% e sacrocolpexia em 77.8% dos casos.

Como complicações pós-operatórias destacam-se incontinência urinária de urgência (IUU) de novo (n = 2), prolapso do compartimento anterior sintomático (n = 1) e dispareunia (n = 1). Os casos de IUU ocorreram nas pacientes submetidas a suspensão apical aos ligamentos sacroespinhosos com prótese.

Quando comparados o período em estudo (n = 9) e o período dos dois anos prévios à pandemia por SARS-CoV-2 (n = 23), assistiu-se a uma diminuição em cerca de 61% do número de cirurgias de correção de prolapso do compartimento apical.

**Conclusão:** O diagnóstico de POP é clínico, baseado no exame ginecológico estando o seu tratamento indicado nos casos sintomáticos. A abordagem terapêutica deve ser ponderada com a paciente, tendo em conta a sintomatologia, antecedentes pessoais, dese-

jo da paciente e experiência da equipa cirúrgica. A correção cirúrgica pode dividir-se em procedimentos reconstrutivos e obliterativos, estando este último reservado para mulheres mais idosas sem vida sexual ativa e sem desejo de reiniciar a mesma.

A diminuição dos números cirúrgicos deveu-se essencialmente ao cancelamento da atividade programada a nível dos cuidados de saúde primários e hospitalares dada a pandemia em curso. Assim é essencial voltar à atividade assistencial programada para reorientação das pacientes com POP, nomeadamente o prolapso do compartimento apical, para a sua correta avaliação e eventual proposta para correção cirúrgica.

## PO 24

### PRÓTESE PENIANA SEMIRRÍGIDA EM NEO-FALO – UM VÍDEO DESCRITIVO

Rui Miguel Pedrosa<sup>1</sup>; José Alberto Pereira<sup>1</sup>; Paulo Azinhais<sup>1</sup>; Paulo Temido<sup>1</sup>; Arnaldo Figueiredo<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra*

**Introdução:** Os indivíduos transexuais feminino para masculino que são submetidos a cirurgia de redesignação de sexo, nomeadamente à faloplastia e escrotoplastia, apresentam disfunção erétil inata. Nestes indivíduos, a ereção apenas é alcançável através do implante de uma prótese peniana, semirrígida ou insuflável. Portanto, o culminar das cirurgias genitais nestes casos consiste na colocação de prótese peniana no neo-falo e próteses testiculares.

**Objetivo:** Apresentar, através de vídeo, a colocação de prótese peniana semirrígida em neofalo, salientando as vantagens do modelo escolhido, e próteses testiculares.

**Materiais e métodos:** Elaboração de vídeo alusivo ao implante de prótese peniana semirrígida em neofalo e próteses testiculares

bilaterais pela equipa de urologia da unidade de reconstrução genitourinária e sexual do nosso centro.

**Resultados:** Indivíduo de 28 anos de idade, com disforia de género (feminino para masculino) que está sob terapia hormonal desde 2013. Foi submetido a faloplastia em fevereiro de 2018 e a uretroplastia de revisão em julho do mesmo ano por estenose da neouretra. O vídeo resume a intervenção cirúrgica realizada no passado dia 6 de maio de 2022, onde foi colocada uma prótese peniana semirrígida e próteses testiculares bilaterais.

O modelo de prótese escolhido foi o ZSI 100 FTM, que tem como principal vantagem o facto de apresentar uma base de sustentação que se fixa à sínfise púbica, permitindo maior estabilidade ao implante peniano. Este modelo apresenta também um componente distal que mimetiza a glande.

Quanto ao pós-operatório, a sonda vesical colocada no início da cirurgia foi removida às doze horas da intervenção e o doente teve alta ao terceiro dia, sem intercorrências durante o internamento.

Na consulta de seguimento, constatou-se uma excelente evolução da ferida cirúrgica e um normal funcionamento da prótese. Quando questionado, o doente refere estar globalmente satisfeito com o resultado.

**Conclusão:** O implante de próteses penianas em indivíduos previamente submetidos a faloplastia é a única opção terapêutica a oferecer para que estes indivíduos possam alcançar a ereção.

A escolha de um modelo com estas características, nomeadamente a estrutura de fixação à sínfise púbica, é fundamental para a satisfação do cirurgião e do doente.

## PO 25

### **ARTIFICIAL URINARY SPHINCTER IMPLANTATION – 14 YEARS OF EXPERIENCE FROM A TERTIARY CENTER**

João Oliveira<sup>1</sup>; Miguel Guimarães<sup>1</sup>; Carlos Silva<sup>1</sup>; Afonso Morgado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de S. João, EPE

**Introduction:** Post prostatectomy urinary incontinence (PPI) affects up to 26% of patients submitted to radical prostatectomy one year after the procedure. Artificial urinary sphincter (AUS) is the standard treatment for moderate-to-severe male PPI. Nevertheless, data is still scarce regarding its long-term efficacy, survival rate and complication profile.

We aim to describe the case series of patients submitted to AUS implantation in a tertiary center in the last 14 years. We retrospectively analyzed AUS longevity and cause of explanation.

**Methods:** We performed a retrospective study including all male patients submitted to AUS implantation from January 1st 2008 to March 31st 2022, in our tertiary center. Patient clinical data, peri-operative variables, complications, and revision rate were collected and analyzed retrospectively.

**Results:** A total of 73 AUS were implanted during the study timeframe, 57 (78.1%) via a penoscrotal approach and 16 (27.9%) via a perineal approach. Mean ( $\pm$  SD) patient age at the time of the surgery was 65,05  $\pm$  11,64 years. Incontinence was caused by open radical prostatectomy in 62 (86,2 %) patients, 3 (4,2%) by radical cystectomy, 2 (2,8%) by transurethral resection of the prostate, 1 (1,5 %) by simple prostatectomy and 4 (5,6%) had neurogenic incontinence. Patients used a median (IQR) of 4 (3) pads per day. A total of 21 (28%) patients had previously been subject to another surgical treatment: 12 (16,4%) to a sling and 9 (12,3%) to an AUS. Median (IQR)

sphincter survival was 20 (52,75) months. After one year 57 (78,1%) of the AUS were still in place, 19 (26,0%) survived eight or more years and 8 (11.0%) ten or more years. During the study period, 22 (30,1%) AUS were removed: 12 (16,4%) due to infection and 10 (13,7%) due to recurrent incontinence.

**Conclusion:** AUS implantation is an effective and safe therapy for stress urinary incontinence, although it has a limited duration in time and may need further surgical interventions either for sphincter revision or removal due to complications. Therefore, studies highlighting its complication profile and expected longevity are fundamental to better inform our patients and assist in their decision making.

## PO 26

### **TIBIAL NERVE STIMULATION IN CHRONIC PELVIC PAIN: CLINICAL EVIDENCE**

Sofia Lourenço<sup>1</sup>; Margarida Mota Freitas<sup>1</sup>; Ângela Maria Pereira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Garcia de Orta, EPE

**Introduction:** The etiology of chronic pelvic pain (CPP) is multifactorial, involving gynecologic, gastrointestinal, urologic, musculoskeletal, and psychiatric disorders leading to a decrease in quality of life among patients and caregivers. There are 3 theories to describe the origin of CPP: nociceptive, inflammatory, and neuropathic. Nociceptive pain is described as diffuse pain occurring at dermatomes supplied by autonomic innervation of the affected viscera. It can be caused by inflammation, distension, or hemorrhage. Inflammatory mechanisms of CPP are associated with inflammatory mediators and the crosssensitization phenomenon. This phenomenon hypothesizes that stimulation and inflammation of one organ causes congruent stimulation of local structures supplied by the same dorsal root ganglion. This “cross-talk” consequently

leads to propagation of pain perception and organ dysfunction as manifested in the overlap of CPP disorders. Additionally, inflammatory mediators such as tumor necrosis factor alpha, nerve growth factor, prostaglandins, and interleukins have been implicated in CPP pain perception. Neuropathic pain occurs secondary to injury to the central or peripheral nervous system, specifically, central sensitization (CS) has been implicated in CP. The “gate control” theory of Melzack and Wall (1965) can explain at least part of the analgesic effect. The proposed mechanism of action involves a gating mechanism whereby stimulation of large-diameter sensory neurons would “close the gate,” reducing transmission of painful stimuli from small nociceptive fibers to the brain. Stimulation is delivered from a system which is designed to be placed adjacent yet still remote from the nerve to selectively activate Aa/b fibers while avoiding Ad/C fiber activation a process commonly known as remote selective targeting.

**Objective:** The objective of this work is to determine the effectiveness of peripheral neuromodulation with tibial nerve stimulation in the treatment of chronic pelvic pain, based on the evidence available in the literature.

**Material and methods:** A narrative review was performed by two independent searches at Pubmed, Embase and Cochrane Library. There were found 34 papers concerning tibial nerve stimulation as a treatment for chronic pelvic pain. After applying the inclusion and exclusion criteria, 11 studies were included in this review. 4 systematic reviews, 5 clinical trials and 2 case series were included.

**Results:** Peripheral neuromodulation through tibial nerve stimulation showed very favorable results in the treatment of chronic pelvic pain. Although there was no consensus regarding therapeutic procedures. The most common

stimulation programmes included frequencies of 10Hz, stimuli of 200ms for at least 12 weeks. The results of Wilson et al. (2016) are outstanding, with a 60% significant improvement in pain at 16 weeks. Deer et al. (2016) found an average pain reduction of almost 30% at 12 weeks, compared with a 2.3% reduction in the control group. Overall, it is a safe technique, with a low rate of complications.

**Discussion/Conclusions:** Neuromodulation seems to be provide an effective treatment option, in patients with CPP refractory to established treatment, reducing pain and improving QOL with an acceptable rate of complications. There is best evidence for neuropathic pain, so more research is needed to demonstrate the efficacy and effectiveness of tibial nerve neuromodulation.

## PO 27

### ABORDAGEM DA DISFUNÇÃO VESICO-ESFINCTERIANA NEUROLÓGICA SAGRADA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rita Gonçalves Correia<sup>1</sup>; Anabela Guimarães<sup>1</sup>; Encantado Faria<sup>1</sup>; Maria da Paz Carvalho<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

**Introdução:** A disfunção vesico-esfincteriana neurológica (NLUTD) engloba qualquer disfunção do trato urinário (TU), independentemente da sua etiologia e localização no sistema nervoso central ou periférico. Em adultos, uma das causas de NLUTD é à lesão medular, seja congénita ou adquirida.

A reeducação vesical (RV) na NLUTD na lesão medular, no passado, incluía as manobras de Valsalva e Credé como meio de esvaziamento vesical, sendo esta abordagem responsável pelo aumento significativo de complicações como infeções, alterações da função renal ou mesmo a morte. A introdução do cateterismo intermitente (CI) como meio de esvaziamento

vesical, permitiu diminuir a taxa de complicações urológicas. Neste momento, apesar destas já não representarem a principal causa de morte em doentes com lesão medular, 80% dos doentes continuam a ter sintomas de disfunção vesical.

A avaliação precoce e instituição de RV adequada é fundamental para minimizar ou prevenir alterações do TU superior e inferior.

**Caso clínico:** Homem de 57 anos, com quadro de paraplegia ASIA A, nível neurológico L5, com disfunção esfinteriana e sexual, sequelar a Cordoma sacral na região S3. Foi submetido a cirurgia com ressecção total da lesão tumoral e laminectomia L4-L5 e L5-S1 com fixação e secção do saco dural abaixo de S2.

Na admissão ao internamento apresentava treino vesical por manobras de Valsalva e de Credé, de acordo com sensação indireta de plenitude vesical, com perdas urinárias com esforços e noctúria e encontrava-se medicado com tansulosina e nitrofurantoina, diários. Iniciámos a avaliação do doente com a realização de diário miccional, com avaliação de volumes ingeridos e eliminados e determinação de volume residual por *bladder scan*. Constatámos volumes miccionais aumentados (máximo de 850cc), com volume residual nulo. Foi realizada avaliação urodinâmica, com urofluxometria e estudo pressão/fluxo, tendo-se observado micções eficazes em regime de altas pressões superiores a 100 cm de água, à custa de manobras de Valsalva e de Credé e detrusor com características de hipotonia na fase miccional. O tempo miccional avaliado foi também superior ao normal.

Sendo a educação do doente com lesão medular, com doença crónica, um dos objetivos da nossa intervenção, decidiu-se junto do mesmo a alteração da RV adotada, uma vez que, a lesão do TU constituía um risco a longo prazo. Institui-se CI por técnica limpa e edu-

cação da ingesta hídrica fracionada, com autonomia progressiva da técnica, realizada em intervalos de 6 em 6 horas.

**Discussão/Conclusões:** A decisão do tipo de RV perante uma NLUTD requer uma visão holística do doente, pois depende de fatores como nível e tipo de lesão neurológica, a funcionalidade, o género e motivação do doente, assim como o resultado da avaliação urodinâmica realizada.

Nas lesões medulares baixas o CI é o método de eleição para o esvaziamento vesical, sendo capaz garantir uma melhor gestão e controlo urinário, permitindo uma maior autonomia, auxiliando no processo de reabilitação.

Apesar do conceito já datar de 1972, introduzido inicialmente por Lapedes, este mostrou-se, em vários estudos randomizados, ser o mais eficaz na preservação da função do TU superior, permitindo regressão ou estabilização de alterações funcionais presentes, como o refluxo vesicoureteral, controlo e prevenção de infeções, incontinência urinária e menor risco de complicações a longo prazo.

Apesar disto, esta não é isenta de complicações, sendo as infeções do TU, lesões da mucosa uretral, estenose da uretra e falsos trajetos uretrais as principais complicações associadas. No entanto, o adequado ensino da técnica e o uso de cateteres lubrificado de uso único, demonstraram uma redução da taxa de complicações.

Com apresentação deste caso clínico os autores pretendem realçar a importância de uma correta orientação da RV na lesão medular, de forma a prevenir complicações a longo prazo e melhorar a qualidade de vida dos doentes.

## PO 28

### COMPLICAÇÕES UROLÓGICAS DA MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA

Ana Luísa Moreira<sup>1</sup>; Margarida André<sup>1</sup>;  
Alexandre Macedo<sup>1</sup>; Nuno Figueira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Garcia de Orta, EPE

**Introdução:** A mutilação genital feminina (MGF) refere-se a todos os procedimentos que envolvam a lesão, alteração ou remoção parcial ou total dos genitais externos por motivos não médicos. O reconhecimento dos casos de MGF é dificultado, tanto pelo estigma associado, como pela variabilidade ao exame objetivo. Desta forma foram definidos 4 tipos de MGF, com vista a auxiliar na identificação e comunicação de casos. Em Portugal são identificados centenas de casos anualmente, com complicações reportadas do foro psicológico, obstétrico, sexual e uro-ginecológico. O impacto da pandemia Covid-19 na prática de MGF é variável, admitindo-se uma tendência global de redução, com focos de incidência crescente.

**Objetivos:** Identificar e discutir as consequências genitourinárias advindas da MGF.

**Material e métodos:** Procedeu-se a revisão da literatura sobre MGF e consequências do foro urológico. Utilizou-se a plataforma PubMed e selecionaram-se artigos relevantes para a questão em estudo.

**Resultados:** Descrevem-se consequências do foro urológico, e também sexual e ginecológico, com ocasional relação causal. Estas podem ser divididas em precoces e tardias e estão relacionadas principalmente com a o procedimento em si e riscos imediatos associados como hemorragia, dor e infeção, bem como com o desenvolvimento de obstrução uretral, obstrução vaginal, alterações da cicatrização e excisão de órgãos. A gestão destas complicações poderá passar por terapêutica sintomática (cateterização uretral, fisioterapia pélvica, terapia sexual) ou por correção

cirúrgica (defibulação cirúrgica ou laser CO2, uretrotomia, cirurgia plástica reconstrutiva).

**Discussão e conclusões:** Reconhecer os casos de MGF é o primeiro passo para identificar e abordar as suas consequências. Esta abordagem deve ser imparcial e atentar à sensibilidade cultural do indivíduo. Qualquer proposta terapêutica deverá ser apresentada considerando os riscos e benefícios, atentando especialmente na gestão de expectativas. Denota-se uma escassez de literatura no tema da MGF, tendo como causas a referência imprecisa dos casos e suas complicações, por dificuldade na sua identificação e por carência ou não procura de cuidados de saúde. Desta forma, torna-se urgente sensibilizar os profissionais de saúde para a prática, com vista à optimização dos cuidados prestados e melhoria da qualidade de vida das pessoas sobreviventes. Continua essencial o trabalho de prevenção da prática de MGF, incluído na missão global da erradicação da violência e iniquidade de género.

## PO 29

### CORREÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO – A NOSSA EXPERIÊNCIA DURANTE A PANDEMIA COVID-19

Sara Paiva<sup>1</sup>; Hugo Barros<sup>1</sup>; Vanessa Silva<sup>1</sup>;  
Horácio Azevedo<sup>1</sup>; José Vivas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital da Senhora da Oliveira

**Introdução:** Estima-se que cerca de metade da população feminina adulta sofra de incontinência urinária (IU). Embora não associada a um aumento da mortalidade, a IU tem um impacto considerável no bem-estar e qualidade de vida das mulheres, podendo levar ao desenvolvimento de depressão, ansiedade, dificuldades laborais e/ou sociais e disfunção sexual. Existem vários fatores de risco descritos, sendo a obesidade o mais claramente as-

sociado a IU. Nos casos de IU de esforço (IUE), o tratamento inclui técnicas conservadoras e cirúrgicas. Destas destaca-se a colocação de *slings* da uretra média, cuja abordagem pode ser por incisão única (*mini-slings*) ou pelas vias transobturadora ou retropúbica. Globalmente, a taxa de cura é de até 90%, sendo menor com os *mini-slings*.

**Objetivos:** Caracterizar a população feminina submetida a cirurgia de correção de IUE por via transobturadora, entre janeiro de 2020 a dezembro de 2021, analisando as características demográficas da amostra, a taxa de sucesso da técnica cirúrgica e as suas complicações. Comparar os dados obtidos com a análise de anos prévios à pandemia COVID-19 (2017-2019).

**Métodos:** Análise retrospectiva das mulheres submetidas a cirurgia de correção de IUE por via transobturadora, entre janeiro de 2020 a dezembro de 2021. O diagnóstico de IUE foi realizado com base na clínica, exame uroginecológico e/ou estudos urodinâmicos.

**Resultados:** Entre janeiro de 2020 e dezembro de 2021, 86 mulheres foram submetidas a cirurgia de correção de IUE com *sling* da uretra média por via transobturadora no HSOG. A idade média foi 51,69 anos, variando entre os 33 e os 76 anos. Cerca de 61,6 % (n = 53) tinha excesso de peso (IMC  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>) e 51 (59,3%) eram pré-menopáusicas. Foram realizados estudos urodinâmicos em 33 mulheres (38,4%) e cerca de 23,2% (n = 20) realizaram exercícios de reabilitação do pavimento pélvico previamente ao tratamento cirúrgico. Em 6 casos foram realizadas outras intervenções concomitantemente à cirurgia de correção de IUE: histerectomia vaginal (n = 3), uma das quais com correção de cistocelo, histerectomia total com anexectomia bilateral (n = 1), laqueação tubar bilateral (n = 1) e anexectomia bilateral (n = 1). Nesta amostra, a taxa de cura objetiva foi de 97,7% (n = 84), com persistência de IUE em

apenas 2 doentes. Dentro das complicações, destacam-se agravamento da componente de urgência, em casos de IU mista, ou desenvolvimento de IU de urgência (IUU) “de novo” (n = 9) e deiscência da sutura (n = 1). Não se registaram reintervenções.

**Discussão/Conclusões:** Comparativamente ao período prévio à pandemia COVID-19, objetivou-se um decréscimo no número de intervenções para correção de IUE em cerca de 23%, sem, no entanto, se repercutir na taxa de sucesso, que previamente foi de 93,4%. Entre 2017 e 2019, a principal complicação foi também a IUU “de novo”, seguida da dor crónica na região inguinal. Verificou-se ainda uma diminuição na realização de procedimentos concomitantes no período em estudo. Em concordância com o descrito na literatura, esta análise demonstra a segurança, a elevada taxa de sucesso e o reduzido número de complicações associados à colocação de *slings* transobturadores, reforçando assim a sua aplicabilidade nos casos em que a correção da IUE não é conseguida com alteração do estilo de vida e/ou realização de exercícios dos músculos do pavimento pélvico.

### PO 30

#### FIXAÇÃO DA CÚPULA VAGINAL AOS LIGAMENTOS SACROESPINHOSOS COM REDE BSC® NO PROLAPSO DA CÚPULA – RESULTADOS PRELIMINARES NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

Mariana Robalo Cordeiro<sup>1,2</sup>; Maria Geraldina Castro<sup>1</sup>; Liana Negrão<sup>1</sup>; Fernanda Águas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal; <sup>2</sup>Clínica Universitária de Ginecologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

**Introdução:** O prolapso da cúpula vaginal tem uma incidência estimada de 11,6% após histerectomias por prolapso de órgãos pélvicos

(POP) e de 1,8% após histerectomias por outras patologias. De entre os fatores de risco conhecidos, destacam-se a idade, a paridade e a instrumentação dos partos vaginais, o índice de massa corporal e os antecedentes de POP ou de cirurgia pélvica.

O tratamento cirúrgico dos defeitos do compartimento apical pode ser efetuado por via transvaginal ou abdominal. A fixação da cúpula vaginal aos ligamentos sacroespinhosos (LSE) por via transvaginal, segundo a técnica de Richter, apresenta uma taxa de sucesso de 74% a 98% na correção do prolapso da cúpula vaginal, sendo de cerca de 95,4% com a utilização de rede BSC®.

**Objetivos:** Avaliar a utilização da técnica de fixação da cúpula vaginal aos LSE com rede BSC® e seus resultados.

**Material e métodos:** Estudo de coorte retrospectivo observacional de doentes submetidas a fixação da cúpula vaginal aos LSE com rede BSC®, durante um período de 2 anos. Realizou-se a análise estatística descritiva recorrendo ao *software* SPSS® v27.

**Resultados:** Foram incluídas 17 doentes com idade média de 65 anos [51-76], das quais 16 eram pós-menopáusicas. 59% não realizava terapêutica hormonal sistêmica e 82% cumpria terapêutica hormonal local com estrogénios. Cerca de 94% eram multíparas com  $\geq 2$  partos, 89% tinham partos vaginais e 2 casos apresentavam antecedentes de partos instrumentados.

Aproximadamente 59% das doentes foram inicialmente submetidas a histerectomia vaginal (HV) por antecedentes de POP e 41% tinham antecedentes de histerectomia total (HT) por laparotomia por patologia ginecológica benigna.

Na avaliação do grau do POP prévia à fixação da cúpula vaginal aos LSE com rede BSC®, 7 doentes apresentavam prolapso da cúpula

vaginal isolado, todos de 3º grau, e nas restantes 10 doentes o prolapso da cúpula vaginal era de 4º grau (n=1), de 3º grau (n=7) e de 2º grau (n=2). Relativamente ao grau do POP dos compartimentos associados aos defeitos apical: 9 doentes apresentavam cistocele de 2º grau (n=2) e 3º grau (n=7) e 4 doentes tinham retocelo de 2º grau.

Apenas 7 doentes realizaram a fixação da cúpula vaginal aos LSE com rede BSC® como procedimento cirúrgico isolado, tendo as restantes sido submetidas a correção de prolapso dos compartimentos anterior (n=9) e posterior (n=4) no mesmo tempo operatório. O tempo médio entre a cirurgia inicial e a fixação da cúpula vaginal aos LSE com rede BSC® foi de 11 anos [1-29]: 7 anos [1-18] nos casos de POP da cúpula pós-HV vs 16 anos [5-29] nos casos pós-HT ( $p=0,38$ ). Não se verificaram complicações intra e pós-operatórias major em nenhuma doente.

Durante um *follow-up* médio de 6 meses todas as doentes estavam satisfeitas com a intervenção cirúrgica realizada e apenas se verificou recidiva do prolapso da cúpula vaginal em 3 casos, avaliados como de 2º grau (n=2) e de 1º grau (n=1).

**Discussão/Conclusões:** A principal limitação deste estudo é a reduzida dimensão da amostra e o curto período de *follow-up*, pelo que os seus resultados devem ser interpretados com cautela.

A fixação da cúpula vaginal aos LSE com rede BSC®, em comparação com a não utilização de rede, afirma-se como uma excelente opção terapêutica para o prolapso da cúpula vaginal, sendo uma técnica segura, minimamente invasiva, com elevada taxa de sucesso e ausência de complicações associadas.

## PO 31

### FIXAÇÃO AOS LIGAMENTOS SACRO- -ESPINHOSOS. A NOVA TÉCNICA ANTIGA: VERSÃO 2.0

Andreia Miguel<sup>1</sup>; Raquel Lopes Casal<sup>1</sup>; Frederico Ferronha<sup>2</sup>; Patrícia Isidro Amaral<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central; <sup>2</sup>Serviço de Urologia, Hospital de São José, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

**Introdução:** O prolapso dos órgãos pélvicos (POP) é uma patologia comum, que diminui a qualidade de vida da mulher. Existem múltiplas abordagens cirúrgicas para correção do POP médio, destacando-se a fixação aos ligamentos sacro-espinhosos (LSE), normalmente com rede associada.

A fixação ao LSE é, desde a sua descrição em 1968 por Richter K, um procedimento comum no tratamento do prolapso da cúpula vaginal após histerectomia. Atualmente, é indicada no prolapso uterino, cúpula ou enterocele, permitindo manter o comprimento vaginal.

Ao longo dos anos, esta técnica foi modificada para facilitar a cirurgia, torná-la mais segura, rápida e menos invasiva. Estes procedimentos simplificados incluem a técnica com recurso a dispositivos de ancoragem, no nosso caso, o sistema Anchorsure. Este sistema transpõe uma pequena âncora através do LSE que proporciona forte fixação, minimiza a disseção transvaginal e diminui o risco de lesão neurovascular comparativamente a outras fixações que usam nós de suturas apertadas no ligamento.

**Objetivos:** caracterizar a população submetida a correção do POP com fixação aos LSE, avaliando antecedentes pessoais, complicações pós-operatórias e vigilância dois anos pós-operatória.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo de pacientes submetidas a cirurgia do POP do

compartimento médio com fixação aos LSE, entre dezembro de 2016 e julho de 2020 no nosso hospital. Avaliou-se o POP através da classificação de Baden-Walker.

**Resultados:** 34 utentes foram submetidas a correção do POP com fixação aos LSE. A idade média das pacientes foi  $67,4 \pm 4,9$  anos [52-74]. 47% (16/34) apresentavam prolapso da cúpula vaginal - recidiva de POP médio após histerectomia vaginal com culdoplastia de McCall (ocasionalmente com plastias anterior e/ou posterior/perineoplastia). Pré-operatoriamente, 94 % (32/34) apresentavam POP médio grau  $\geq$  III e 88% (30/34) POP anterior  $\geq$  III. A hipertensão arterial (20/34) e a obesidade (16/34) foram as comorbilidades mais comuns.

No que concerne à intervenção cirúrgica, 94% dos casos (32/34) submetidos a fixação aos LSE com prótese, em 6% (2/34) não foi utilizada prótese, tratando-se neste grupo da primeira abordagem cirúrgica do POP. No pós-operatório imediato e consulta de revisão verificou-se resolução do POP médio em todos os casos, com resultados objetivos e subjetivos (perceção da utente) satisfatórios.

Não se registaram complicações intraoperatórias, ocorrendo um caso (1/34) de cistite não complicada no pós-operatório imediato. 79% (27/34) das utentes não relataram complicações ou sintomas génito-urinários nos dois anos de vigilância pós-operatória. Duas utentes perderam seguimento após a consulta de revisão. Em 15% (5/35) dos casos ocorreram complicações no período de vigilância pós-operatória, todas em utentes com fixação ao LSE com prótese, nomeadamente: em 6% dos casos (2/34) recidivas de POP apical grau IV, uma das quais com extrusão total da prótese submetida a reintervenção cirúrgica – fixação ao LSE sem prótese; em 6% (2/34) extrusão parcial da prótese assin-

tomática identificadas um ano após a cirurgia, melhoradas ao segundo ano sem intervenção; em 3% (1/32) agravamento de POP posterior para grau III pouco sintomático. Verificaram-se, ainda, dois casos (2/32) de incontinência urinária de esforço oculta, tratadas com colocação de *sling* suburetral. Não se registaram casos de dor pélvica crónica ou dispareunia.

**Conclusões:** A escolha da abordagem cirúrgica do POP deve ser individualizada, avaliando as particularidades de cada utente. No nosso grupo, como descrito na literatura, a fixação aos LSE foi eficaz na correção do POP, com baixa taxa de recidiva e complicações, mesmo nas utentes com antecedentes de recidiva de cirurgia de POP prévia, sendo uma abordagem útil nas mulheres de idade mais avançada ou com comorbilidade que contra-indique abordagem abdominal. A fixação aos LSE, em utentes bem selecionadas e realizada por cirurgiões experientes, mantém-se uma opção válida no tratamento do POP.

## ORGANIZAÇÃO



### COMISSÃO ORGANIZADORA

#### Conselho Diretivo da APNUG

Presidente: Paulo Temido

Secretária-Geral: Maria Geraldina Castro

Tesoureiro: Cardoso de Oliveira

Vogais: Ana Formiga, Ana Trêpa, Joana Gomes, Liana Negrão,  
Ricardo Pereira e Silva e Rui Sousa

### COMISSÃO CIENTÍFICA DO CONGRESSO

Presidente: Paulo Dinis

Luís Abranches Monteiro, Miguel Ramos, Maria João Andrade,  
Alexandre Lourenço, Rui Pinto e Ana Formiga

### MAJOR SPONSORS



### SPONSORS



### SECRETARIADO CIENTÍFICO

Sede da APNUG: R. Nova do Almada, 95 - 3ºA, 1200-288 Lisboa

Tel.: 213 243 590 | E-mail: [apnug@apnug.pt](mailto:apnug@apnug.pt)

### SECRETARIADO



Tel.: 218 429 710 | E-mail: [paula.cordeiro@admedic.pt](mailto:paula.cordeiro@admedic.pt)