

# XIV CONGRESSO APNUG

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE  
NEUROUROLOGIA E UROGINECOLOGIA

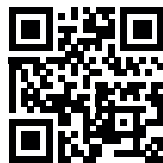
---

“A MULHER EM 2023”

03-04 novembro 2023

Hotel MH Atlântico, Peniche

ACEDER AO PROGRAMA



## PROGRAMA

---

# XIV CONGRESSO APNUG

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE  
NEUROUROLOGIA E UROGINECOLOGIA

“A MULHER EM 2023”

Sexta-feira | 03 de novembro de 2023

## Cursos Pré-Congresso

### CURSO BÁSICO DE ECOGRAFIA TRANSPERINEAL/ INTROITAL DO PAVIMENTO PÉLVICO

Responsável: Alexandra Henriques



09:00h

**Entrega de documentação**

09:30-09:40h

**Introdução**

Alexandra Henriques

09:40-10:00h

**Anatomia e fisiologia do pavimento pélvico**

Cátia Ferreira

10:00-10:15h

**Técnica da ecografia e planos a adquirir**

Cátia Ferreira

10:15-10:30h

**Ecografia do pavimento pélvico no compartimento anterior e apical**

Sónia Duarte

10:30-10:40h

**Discussão**

10:40-11:00h

Coffee break

11:00-11:15h

**Ecografia do pavimento pélvico no compartimento posterior**

Sónia Duarte

11:15-11:30h

**Avaliação ecográfica 3D-4D do músculo levantador do ânus e hiato genital**

Alexandra Henriques

11:30-11:50h

**Papel da ecografia do pavimento pélvico no acompanhamento pós-operatório nomeadamente na avaliação das redes**

Geraldina Castro

- 11:50-12:30h **Apresentação de casos e discussão de cenários clínicos onde a ecografia do pavimento pélvico é útil**  
Alexandra Henriques, Cátia Ferreira, Sónia Duarte e Geraldina Castro
- 12:30-12:45h **Resumo das principais conclusões do curso**  
Alexandra Henriques

## **CURSO DE CATETERISMO INTERMITENTE PARA ENFERMAGEM**

Responsáveis: Ricardo Pereira e Silva, Frederico Carmo Reis,  
Paulo Pé-leve, Joana Marques Gomes e Vasco Josefino



- 09:00h **Entrega de documentação**
- 09:30-09:40h **Introdução**  
Ricardo Pereira e Silva
- 09:40-10:00h **Função e disfunção do aparelho urinário inferior**  
Paulo Pé-leve
- 10:00-10:15h **Disfunção neurogénica do aparelho urinário inferior**  
Joana Marques Gomes
- 10:15-10:30h **Resumo das indicações para cateterismo intermitente e principais vantagens da sua realização**  
Frederico Carmo Reis
- 10:30-10:40h **Discussão**
- 
- 10:40-11:00h **Coffee break**
- 
- 11:00-11:30h **Técnica do cateterismo intermitente**  
Vasco Josefino
- 11:30-12:00h **Importância do *follow-up***  
Joana Marques Gomes e Frederico Carmo Reis
- 12:00-12:30h **Apresentação de casos clínicos e discussão**  
Marco Silva e André Ye
- 12:30-12:45h **Encerramento e *take-home messages***  
Ricardo Pereira e Silva

# Congresso

Sexta-feira | 03 de novembro de 2023

- 13:00h Abertura do Secretariado
- 14:00-14:30h **Abertura de Congresso**
- 14:30-15:30h **MESA-REDONDA 1 Avaliação funcional do pavimento pélvico**  
Moderadoras: Maria da Paz Carvalho e Andreia Albuquerque  
**O que acrescenta o estudo neurofisiológico**  
Márcio Cardoso  
**Controvérsias em urodinâmica na mulher**  
Manuela Mira Coelho  
**Papel da RMN pélvica dinâmica**  
Teresa Vilares  
**Discussão**
- 15:30-16:00h ***Meet the International Continence Society***  
Moderadores: Ricardo Pereira e Silva e Rui Pinto  
Marcus Drake 
- 16:00-17:00h **MESA-REDONDA 2 ERAS em 2023**  
Moderadores: Alexandre Duarte e Alexandre Lourenço  
**Como é implementar um programa ERAS**  
César Resende  
**ERAS na Uroginecologia**  
Paulo Sá  
**O papel do fisiatra**  
Margarida Pereira  
**Discussão**
- 
- 17:00-17:30h Coffee break
- 
- 17:30-18:30h **SESSÃO PATROCINADA Neuromodulação de raízes sagradas**  
**Medtronic - Uma terapia em constante evolução**  
Moderador: António Manso  
**Simplificando a neuromodulação sagrada**  
Ricardo Pereira e Silva  
**Neuromodulação sagrada na incontinência fecal**  
José Assunção Gonçalves

18:30-19:00h **SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS CO 01 – CO 04**  
Moderadores: Bercina Candoso e Paulo Temido

19:00-19:30h **Assembleia Geral**

## Sábado | 04 de novembro de 2023

07:30h Abertura do Secretariado

08:00-09:00h **SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS CO 05 – CO 12**  
Moderadores: Paulo Dinis e Cátia Santos

09:00-10:30h **MESA-REDONDA 3 Uroginecologia cosmética**  
Moderadores: Alexandra Henriques e Rui Pinto  
**Técnicas de rejuvenescimento vulvar e vaginal**  
Pedro Vieira Baptista  
**Cirurgia estética vulvar e vaginal**  
Marta Gouveia Duarte  
**Cuidados cosméticos para a vulva**  
Daniela Cunha  
**Discussão**

---

10:30-11:00h Coffee break

---

11:00-12:30h **MESA-REDONDA 4 O que muda após o parto?**  
Moderadores: Frederico Ferronha e Marta Fernandes  
**Lesões neurológicas pélvicas após o parto**  
Margarida Alves  
**Retenção urinária no puerpério**  
Luís Abranches Monteiro  
**Sexualidade no pós-parto**  
Susana Samico  
**Discussão**

---

12:30-14:00h Almoço

---

14:00-15:30h **MESA-REDONDA 5 "Nightmare" casos pélvicos no feminino**

Moderadores: Ricardo Pereira e Silva, Geraldina Castro,  
Maria João Andrade e José Assunção Gonçalves

**O uro-pesadelo**

Carlos Ferreira

**O gino-pesadelo**

Alexandra Henriques

**O fisiatro-pesadelo**

Susana Moreira

**O coloprocto-pesadelo**

Ana Povo

**Discussão**

15:30-16:00h **SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS CO 14 – CO 16**

Moderadores: Rui Sousa e José Assunção Gonçalves

---

16:00-16:30h Coffee break

---

16:30-17:30h **REUNIÃO MULHERENDO Sessão conjunta APNUG  
com Associação de Doentes Mulherendo**

Moderadores: Ricardo Pereira e Silva e Isabel Pereira

**Endometriose na primeira pessoa**

Doente de endometriose

**Viver com endometriose – O papel da mulherendo**

Susana Fonseca

**Abordagem multidisciplinar e visão integrada da doença**

Filipa Osório

**Discussão**

17:30-18:00h **Encerramento do Congresso e entrega de prémios**

# XIV CONGRESSO APNUG

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE  
NEUROUROLOGIA E UROGINECOLOGIA

## “A MULHER EM 2023”

### Comunicações orais

CO 01

#### **SACRAL NEUROMODULATION ROLE IN NEUROGENIC DETRUSOR UNDERACTIVITY WITH CHRONIC URINARY RETENTION**

Cláudia Fernandes<sup>1</sup>; João Oliveira<sup>1</sup>; Luis Vale<sup>1</sup>;  
Carlos Ferreira<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:** Neurogenic lower urinary tract dysfunction (NLUTD) includes many clinical conditions as a result of congenital neurologic disease, acquired or progressive lesions. NLUTS can lead to incontinence, voiding difficulties, and urinary retention. The pattern of the voiding dysfunction depends on the level and the nature of the lesion. Suprapontine and pontine lesions cause detrusor overactivity (DO) while infrapontine and suprasacral lesions can result in both storage and voiding symptoms, due to DO and detrusor-sphincter dyssynergia (DSD). Sacral and infra sacral lesions lead to voiding symptoms due to underactive (UD) or acontractile detrusor (AC). Sacral neuromodulation (SNM) is an off-label option for patients with NLUTD who are at low risk of upper tract urinary deterioration. It is recommended for DO, non-obstructive retention (NOR), DSD, and fecal incontinence (FI).

**Case report:** This is a case report of a 47-year-old woman referred for voiding re-

tion due to incomplete cervical spinal cord injury (C5/C6 level) after a traumatic vertebral fracture causing asymmetric tetraparesis with a predominance of the right superior limb. The patient also complained of bowel constipation with the need for laxatives.

She was submitted to motor rehabilitation and biofeedback bladder therapy with excellent functional motor recovery, but no bladder response, remaining on 4 to 5 clean intermittent catheterizations (CIC) per day, without spontaneous voiding.

Urodynamic studies documented normal bladder sensation and compliance during the filling phase without involuntary detrusor contractions or incontinence episodes. During the voiding phase, the patient was unable to void with no contraction of the detrusor muscle, revealing an acontractile detrusor. Bladder outlet obstruction was excluded and a 2-stage SNM procedure was proposed.

Success was defined as a reduction in at least 50% of total CIC per day and a reduction in post-voiding residual (PVR) volume. The lead was placed at S3 right level with 0.8 mA, 14 Hz, and 210  $\mu$ s.

The first evaluation appointment was performed 3 weeks after the phase test and the results were excellent with the recovery of spontaneous bladder voiding and the need of a single CIC per day. We pursue definiti-

*ve device implantation 1 month after the test phase. The energy parameters remained and currently, the patient only performs CIC rarely, and no more than a single episode per day.*

*Discussion/Conclusions: SNM seems to be a safe and efficient option for patients with NLUTD due to an incomplete SCI, with underactive detrusor and preserved bladder sensation, even in cases of acontractile detrusor.*

**References:** 1. Abrams P, Cardozo, L, Wagg, A, Wein, A. Incontinence 6th Edition ICI-ICS International Continence Society, Bristol UK. 2017.

2. D'Ancona C, Haylen B, Oelke M, Abranches-Monteiro L, Arnold E, Goldman H, et al. The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. *Neurourology and urodynamics.* 2019;38(2):433-77.

3. C.K. Harding (Chair) MCLV-c, S. Arlandis, K. Bø, H. Cobussen-Boekhorst, E. Costantini, J. Groen, A.K. Nambiar, M.I. Omar, V. Phé, C.H. van der Vaart, Guidelines Associates: F. Farag MK, M. Manso, S. Monagas, A. Nic an Riogh, E. O'Connor, B. Peyronnet, V. Sakalis, N. Sihra, L. Tzelves, Guidelines Patient Advocates: M. de Heide TvdB, M.L. van Poelgeest-Pomfret, Guidelines office: K. Plass NS. EAU guidelines on management of non-neurogenic female lower urinary tract symptoms European Association of Urology 2022.

4. Liechti Martina D, van der Lely S, Knüpfer Stephanie C, Abt D, Kiss B, Leitner L, et al. Sacral Neuromodulation for Neurogenic Lower Urinary Tract Dysfunction. *NEJM Evidence.* 2020.0(0):EVIDoa2200071.

## CO 02

### COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À FITA SUBURETRAL FEMININA: A EXPERIÊNCIA DA UROLOGIA

Rui Pedrosa<sup>1</sup>; Tiago Sousa<sup>1</sup>; João Lorigo<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

**Introdução:** A incontinência urinária (IU) é uma patologia com elevada prevalência na população e que pode ter bastante impacto na qualidade de vida dos doentes. No caso da incontinência urinária de esforço (IUE) em que as perdas estão associadas a aumento da pressão intraabdominal (como por exem-

plo os esforços físicos e a tosse), o diagnóstico é clínico e o tratamento passa na maioria das vezes por cirurgia.

No caso das mulheres, o tratamento cirúrgico mais frequentemente realizado é a colocação de uma fita suburetral de material sintético a nível da uretra média, por via transobturadora ou retropúbica. Trata-se de um procedimento simples, com elevada eficácia e com baixa taxa de complicações. No entanto, recentemente tem-se questionado a sua segurança principalmente em relação ao uso de material sintético.

**Objetivos:** Os principais objetivos são descrever a população de doentes do sexo feminino que foram submetidas ao corte ou remoção de fita suburetral por complicações associadas à mesma e avaliar os resultados pós cirúrgicos.

**Materiais/Métodos:** Elaborámos um estudo descritivo retrospectivo sobre uma amostra de 16 mulheres que foram submetidas ao corte ou remoção de fita suburetral entre janeiro de 2021 e maio de 2023, período de tempo em que foram colocados 148 fitas suburetrais. Foram avaliados vários aspetos, entre eles antecedentes pessoais, o intervalo de tempo entre a colocação e a remoção da fita, a indicação cirúrgica para o procedimento e os resultados após a cirurgia.

**Resultados:** No período em análise, 16 doentes do sexo feminino foram submetidas a cirurgia para corte ou remoção de fita suburetral com uma média de idade de 63,5 anos (lim: 19 – 85). Onze (68,8%) doentes tinham excesso de peso (índice de massa corporal > 25kg/m<sup>2</sup>), onze (68,8%) tomavam medicação psicotrópica e três (18,8%) doentes tinham dor crónica para a qual estão medicadas. A maioria das mulheres (n=14, 87,5%) eram pós-menopáusicas.

Quanto à indicação cirúrgica, 6 (37,5%)



doentes apresentavam erosão uretral ou extrusão vaginal da fita, 5 (31,3%) tinham infeções urinárias de repetição (ITU-r) e elevados resíduos pós-miccionais (RPM), sendo que uma delas se encontrava a fazer cateterismos vesicais intermitentes. Identificámos também 3 (18,7%) doentes com retenção urinária pós-operatória e 2 (12,5%) doentes com IU de urgência e/ou dores pélvicas refratárias a tratamento médico.

O intervalo de tempo entre a colocação da fita e a sua remoção foi substancialmente superior nas doentes com erosão ou exteriorização da fita (média = 8,3 anos) em comparação com as restantes doentes (média = 2,5 anos) e ainda mais com o subgrupo de doentes que apresentaram retenção urinária pós-operatória (média = 5,3 meses).

Relativamente aos resultados pós-cirúrgicos, 7 (43,7%) doentes ficaram clinicamente bem, 2 (12,5%) mantiveram IU de urgência, 2 (12,5%) mantiveram IU mista e em 5 (31,3%) houve agravamento da IU de esforço, sendo que uma voltou a ser submetida a colocação de nova fita com resolução das queixas.

**Conclusões:** Apesar da colocação de fita suburetral para o tratamento da incontinência urinária de esforço nas mulheres apresentar uma elevada eficácia e baixa taxa de complicações, não é uma cirurgia isenta de potenciais complicações a curto ou a longo prazo. A cirurgia de revisão de fitas suburetrais deve basear-se numa indicação cirúrgica bem fundamentada, acautelando junto das doentes os riscos associados à mesma, nomeadamente a possibilidade de manutenção ou agravamento das queixas.

### CO 03

## COLPOSSUSPENSÃO APICAL AOS LIGAMENTOS SACROESPINHOSOS – UMA TÉCNICA CIRÚRGICA AINDA A CONSIDERAR?

Patricia Pereira Amaral<sup>1</sup>; Joana Mafra<sup>2</sup>; Dora Antunes<sup>2</sup>; Inês Coutinho<sup>2</sup>; João Paulo Marques<sup>2</sup>; Francisco Falcão<sup>2</sup>; Liana Negrão<sup>2</sup>; Fernanda Águas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca;

<sup>2</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**Introdução:** O prolapso de órgãos pélvicos (POP) afeta um número crescente de mulheres, sendo responsável pela diminuição da sua qualidade de vida. Estão descritas diversas técnicas de correção cirúrgica do POP (com e sem utilização de redes sintéticas), dividindo-se a correção do prolapso apical em abordagem abdominal e vaginal. Apesar de a via abdominal apresentar melhores resultados anatómicos, os procedimentos vaginais apresentam-se como uma alternativa, associando-se a um menor tempo cirúrgico e a taxas semelhantes de complicações.

**Objetivos:** Avaliação dos resultados anatómicos e funcionais da correção cirúrgica do POP apical com colpossuspensão aos ligamentos sacroespinhosos, analisando a taxa de sucesso e de complicações associadas a esta técnica cirúrgica.

**Material e métodos:** Estudo observacional retrospectivo, descritivo, com consulta dos processos clínicos de doentes submetidas a colpossuspensão aos ligamentos sacroespinhosos entre janeiro de 2018 e junho de 2022 no Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Foram recolhidos dados sociodemográficos, antecedentes pessoais, dados cirúrgicos e do follow-up. Análise estatística com recurso ao programa Microsoft Excel®.

**Resultados:** A amostra foi constituída por 38 mulheres, das quais 94,7% se encontrava

na menopausa e com média de idades de 64,6 anos (40-79). As mulheres tiveram em média 1,6 filhos (1-5) e todas tinham antecedentes de partos ocorreram por via vaginal. Dos antecedentes, destacar 12 mulheres com cirurgias uroginecológicas anteriores (9 com cirurgias de correção de prolapso e 5 com cirurgias de correção de incontinência urinária de esforço). Antes da cirurgia, as mulheres apresentavam, na sua maioria, prolapso apical de grau 3 (grau 0-4). Realizaram cirurgia concomitante 33 mulheres (19 com histerectomia, 26 com colpoplastia anterior, 13 com colpoplastia posterior, 5 com cirurgia de incontinência urinária de esforço, 6 com perineoplastia e 4 com anexectomia uni ou bilateral por via vaginal). No pós-operatório imediato, a registar 5 mulheres com infeção do trato urinário e 2 com retenção urinária transitória. Das complicações tardias, foram registados dois casos de abscesso pélvico com necessidade de reinternamento e 5 hematomas pélvicos sem necessidade de reintervenção.

Na consulta de seguimento foram descritas as seguintes queixas: dor pélvica crónica/desconforto (1 caso – 2,6%), sensação de corpo estranho ou desconforto vaginal (8 casos – 21,1%) e incontinência urinária mista (1 caso – 2,6%). Das consultas de follow-up, destacam-se 4 casos de mulheres propostas para nova cirurgia de correção, das quais duas mulher com prolapso total da cúpula vaginal e dois caso de prolapso anterior e apical de 2º grau.

**Discussão/Conclusões:** Apesar de a amostra ser reduzida e de ter um período variável de follow-up, verificou-se uma alta taxa de sucesso com apenas 10,5% das mulheres a necessitar de uma reintervenção. Apesar de apresentar uma taxa de complicações precoces (18,4%) e tardias (18,4%) não desprezi-

vel, estas foram complicações minor e esta técnica cirúrgica continua a constituir uma opção no tratamento do POP, tendo a vantagem de poder ser realizada concomitantemente com outras cirurgias por via vaginal, o que ocorreu em 86,8% dos casos. O treino contínuo dos cirurgiões e a criteriosa seleção de doentes são fundamentais para a reduzir as complicações e melhorar os resultados a longo prazo.

## CO 04

### CONHECIMENTO E PERCEÇÃO GLOBAL DO PAVIMENTO PÉLVICO, NUMA POPULAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Filipa Pires<sup>1</sup>; Claudia Abreu<sup>1</sup>; Inês Santos Galvão<sup>1</sup>; Cristina Henriques<sup>1</sup>; Gisela Gomes<sup>1</sup>; Filipa Guimarães<sup>1</sup>; Daniela Prada<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Beatriz Ângelo

**Introdução:** O Pavimento Pélvico (PP) é uma estrutura multifuncional responsável pelo suporte dos órgãos pélvicos, envolvida no processo da micção e evacuação e na função sexual. O conhecimento sobre o pavimento pélvico é reduzido entre as mulheres e sabe-se que a maior desinformação está associada a maior disfunção. Para criar estratégias de prevenção primária, é necessário compreender o grau de conhecimento das mulheres sobre estas condições.

**Objetivos:** 1) avaliar o nível de conhecimento de mulheres, profissionais de saúde, sobre o pavimento pélvico e as suas funções. 2) Caracterizar a prevalência de sintomas e fatores de risco para o desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico.

**Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo transversal através da aplicação de um questionário on-line, usando um link de acesso, a mulheres profissionais de saúde de um hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo, composto por 27 perguntas: características sociodemográficas, história obstétrica, co-

nhecimento função/disfunção do PP e nível de satisfação com a sua saúde pélvica.

**Resultados:** Responderam 157 mulheres (21,9% médicas, 56,1% enfermeiras, 6,5% Técnicas Superiores de Saúde e 15,5% Técnicas Superiores de Diagnóstico e Terapêutica) com uma maior prevalência de idades entre os 26-33 anos. 100% da amostra considera relevante ter conhecimento e noção acerca dos MPP e sua função e a maioria identifica fatores de risco para desenvolvimento de disfunção. 53,8 % da amostra são nulíparas, 24,4% tiveram 1 parto, 19,2% tiveram 2 e 2,6% 3 partos. Das mulheres que já tiveram pelo menos 1 parto contabilizaram-se 32 cesarianas e 50 partos vaginais, 20 dos quais instrumentados. Destas mulheres 25% não considera a recuperação do seu pavimento pélvico satisfatória. O IMC da amostra tem uma média de 24,72 Kg/m<sup>2</sup> (37% das mulheres apresentam um IMC maior ou igual a 25 Kg/m<sup>2</sup>) e 24,8% refere obstipação. Quanto aos sintomas reportados, 49,4% da amostra refere já ter tido perdas involuntárias de urina (com maior prevalência em situações de esforço: ex: tosse, espirro, corrida), sendo que destas 89,1% considera estas perdas incomodativas e 17,4% tem que utilizar dispositivos de proteção diariamente.

**Conclusão:** Embora a maioria das mulheres inquiridas demonstrem ter conhecimento acerca do pavimento pélvico e as suas funções, verificou-se que a prevalência de disfunção do pavimento pélvico, nomeadamente incontinência urinária de esforço, é elevada entre estas profissionais de saúde. Verificou-se também a presença de factores de risco para desenvolvimento de disfunção, como obstipação e o IMC elevado. Perante estes resultados, identifica-se a necessidade de uma maior sensibilização e orientação acerca deste tema, de forma a reduzir o impacto

das disfunções do pavimento pélvico na vida da mulher.

## CO 05

### TÉCNICAS DE INTERVENÇÃO NA DOR PÉLVICA MIOFASCIAL: PROTOCOLO DE APLICAÇÃO DE TOXINA BOTULÍNICA TIPO A

Sofia Meixedo<sup>1</sup>; Maria Ribeiro-Cunha<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Reabilitação do Norte (CRN)

**Introdução:** A síndrome de dor pélvica de causa miofascial (SDPM), uma causa de dispareunia e/ou vulvodinia, é uma condição musculoesquelética prevalente que se desenvolve secundariamente à presença de pontos-gatilho (PG) no pavimento pélvico e/ou músculos da parede abdominal inferior. A identificação dos PG ao exame objetivo e o tratamento adequado são determinantes na correta gestão da dor na mulher com dispareunia/vulvodinia por este fator etiológico (ou “com este diagnóstico”).

**Métodos:** Foi levada a cabo uma pesquisa nas bases Cochrane, Embase e PubMed entre 26 e 28 de maio de 2022 para os conceitos de “síndrome da dor pélvica miofascial”, “intervenção ou injeção” e “dor ou qualidade de vida”, tendo sido incluídos 28 estudos. O objetivo deste trabalho foi resumir a evidência do uso das técnicas de intervenção no tratamento da SDPM e elaborar um protocolo de aplicação de Toxina Botulínica A (BTX-A) nesta patologia.

**Resultados:** Na literatura disponível à data, são descritas diferentes vias de abordagem (transvaginal, paravaginal/subglútea, transperineal), diferentes músculos intervencionados (elevador do ânus, coccígeo, obturador interno, transversos do períneo), e diferentes técnicas e fármacos utilizados (infiltração local de anestésicos, infiltração dos PG com BTX-A, punção seca, neuromodulação sagrada, bloqueio nervo pudendo) no tratamento da dor na SDPM. Apesar da variabilidade

descrita, as técnicas de intervenção nos PG demonstraram ser eficazes na redução da dor na SDPM.

**Protocolo:** Com base nesta revisão narrativa, elaborámos um protocolo para formalizar a aplicação de BTX-A na SDPM em mulheres adultas com indicação para este tratamento. Após identificação e preparação [MRC1] dos PG da musculatura do pavimento pélvico, deverá ser determinada a melhor via de abordagem para puncionar os músculos-alvo. As doses de BTX-A a aplicar, por PG, variam entre 20-100 UI. A dor deve ser aferida pré e pós procedimento com base na escala visual da dor para objetivar o efeito da técnica empregue. Um e 3 meses após a aplicação de BTX-A, a doente é reavaliada, com possibilidade de nova aplicação se recorrência do quadro, nunca antes dos 6 meses após a aplicação anterior.

**Discussão/Conclusão:** As técnicas de intervenção nos PG podem auxiliar no diagnóstico e representar um complemento à fisioterapia nas mulheres com dispareunia/vulvodinia por SDPM, uma vez que possibilitam controlo algico a curto prazo. Não obstante, o tratamento multidisciplinar, adaptado às necessidades individuais da doente, é frequentemente necessário e recomendado.

## CO 06

### **FINE-TUNING BLADDER HEALTH: SINGLE-SURGEON DATABASE ANALYSIS OF SACRAL NEUROMODULATION REPROGRAMMING**

Miguel Valente Fernandes<sup>1</sup>; Miguel Miranda<sup>1</sup>;  
Filipe Lopes<sup>1</sup>; Inês Peyroteo<sup>1</sup>; Paulo Pé-Leve<sup>1</sup>;  
Sérgio Pereira<sup>1</sup>; José Palma Reis<sup>1</sup>;  
Ricardo Pereira Silva<sup>1</sup>

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

**Introduction:** Sacral Neuromodulation (SNM) has emerged as an exciting treatment strategy for patients suffering from lower urinary

*tract dysfunction (LUTD), such as overactive bladder (OA), non-obstructive urinary retention and chronic pelvic pain (CPP) refractory to standard therapies. Achieving proper programming and reprogramming of SNM devices may be crucial elements in attaining positive patient outcomes. Over time, the optimization of device settings may be required to adapt to individual patient needs. The availability of smart programmers allows for in-office reprogramming by the urologist. For the time being, there is a scarcity of information on SNM programming and reprogramming.*

**Objectives:** *This abstract focuses on a unique and comprehensive database analysis concerning the practice of a single surgeon in the field of Functional Urology. By examining the in-office reprogramming data generated by this expert practitioner, as well as establishing patterns of the most probable parameters to be affected in reprogramming.*

**Material and methods:** *We retrospectively analyzed a single surgeon experience with SNM in patients with LUTD treated at a tertiary hospital and private practice from January 2018 to March 2023. We included only patients submitted to a definitive phase (pulse generator implantation) and excluded patients with missing data. Data was extracted from electronic health records and analyzed to describe the population, indication for SNM, type of device implanted, initial programming settings, number and characterization of parameters reprogrammed. A phone interview was conducted and a 5 point Likert scale questionnaire was made to access patient satisfaction after successful reprogramming in which 1 was slight improvement up to 5 which was complete resolution of symptoms. Data was presented as median with range. Unpaired data were compared*

with the Mann–Whitney U test, and categorical data analyzed using Fisher's exact test or the 2 test as appropriate. Significance level was set at 0.05. Informed consent was signed by every patient.

**Results:** A total of 48 patients were included, of which 73% were female, with a median age of 48 (21-81) years old and 6 were excluded because of missing data. The most frequent major indication for SNM was idiopathic OA (60,4%), followed by neurogenic OA (22,9%), non-obstructive urinary retention (12,5%) and CPP (4,1%). Median follow up was 25 (6-68) months. Interstim™ II was the most frequently implanted device in 37 cases and InterStim™ Micro was used in the remaining 11.

The most frequent initial programming settings were  $-0+3|210\mu s|14Hz|1,4 V$  (median value). Initial parameters were maintained in 29,2% of patients (all of which suffered from Neurogenic OAB) while reprogramming at any time was needed in the other 70,8% cases with a median of 2,5 times (1-5) during follow up. Stimulation amplitude was adjusted in all cases according to patient's discretion, electrode configuration was reprogrammed in 47,1%, pulse width in only 23,5% and pulse frequency in 17,0%. No cyclic (intermittent) SNM was reported.

In the subgroup analysis of the population which needed reprogramming (n=34) an association was established between SNM indication and the number of reprogramming sessions (RS) ( $p=0.003$ ). Of the 63,6% of patients with Neurogenic OAB that required reprogramming, 100% had 2 or less reprogrammings. On the other hand, most of the patients with Idiopathic OAB (75,9%) needed > 2 RS. All CPP patients needed reprogramming and all needed >2 RS.

Clinical improvement was reported in the

questionnaire by the majority of patients (79,4%) with a median of 2.5 (reasonably satisfied with the last reprogramming done). 20,6% patients reported no improvement with reprogramming (all of them had Idiopathic OAB).

**Discussion:** Neurogenic OAB patients showed to be the most responsive to the SNM initial programming, being also the population which needed less reprogramming to achieve the best results. On the other hand, CPP patients needed the higher number of reprogramming, in line with some previously published results. Idiopathic OAB have a wide range of response to SNM reprogramming, probably reflecting the broad spectrum of underlying causes and unrecognized phenotypes. SNM reprogramming is effective in most patients, correlating favorably with objective clinical improvement and patient satisfaction.

In conclusion, this database offers valuable perspectives on the challenges in optimizing SNM therapy and underscores the critical need for in-depth research of SNM programming and reprogramming in order to achieve the best results from this therapy.

## CO 07

### ANTIBACTERIAL MESH IN SACRAL NEUROMODULATION – A CLINICAL CASE AND LITERATURE REVIEW

Miguel Valente Fernandes<sup>1</sup>; Miguel Miranda<sup>1</sup>; André Ye<sup>1</sup>; Joana Rodrigues<sup>1</sup>; Sérgio Pereira<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

**Introduction:** Sacral neuromodulation (SNM) is a minimally invasive procedure which involves the use of implantable devices to stimulate or modulate neural activity to manage refractory overactive bladder, non-obstructive urinary retention and/or faecal incontinence.

ce. SNM is considered safe, with relatively low rates of complications which can include device-related, wound or urinary tract infections that generally range from 2 to 5%. Implant infections can lead to device malfunction and the need for surgical revisions, generally explantation, which carries inherent risks and costs.

Antimicrobial meshes, incorporating materials and coatings that actively resist microbial colonization, have emerged as a groundbreaking innovation in the field of neuromodulation, addressing critical concerns related to infection risk and long-term efficacy. This innovation significantly reduces the risk of post-implantation infections, enhancing the safety and longevity of these devices.

**Objectives:** We discuss a case of an infectious complication after implantation of an Interstim II™ (Medtronic) sacral neurostimulation device, successfully salvaged after complete extrusion and re-implantation of a new device enveloped with an antimicrobial mesh (TYRX™, Medtronic). Additionally, we present a short review examining the fundamental aspects of these meshes, their current applications and elucidate the clinical significance and challenges they pose for both patients and urologists.

**Material and methods:** We present a case of a 56-year-old woman with a diagnosis of an overactive bladder and concomitant chronic pelvic pain with a component of defecatory dysfunction submitted to SNM. The patient also reported prior recurrent urinary tract infections (rUTI), treated with multiple courses of antibiotics. A Surescan® electrode was successfully implanted and a 3 week test phase was conducted in september 2019. Since the patient improved over the 50% threshold, the second stage of the neuromodulation implant

was performed (pulse generator, Interstim II™ (Medtronic). Due to surgical site infection (SSI) beginning 3 months after the last procedure, empirical antibiotic therapy was started and posteriorly adjusted according to antibiogram. Treatment failure led to an extrusion of the device followed by its complete surgical explantation in may 2020, which resulted in recurrence and severe worsening of the previous symptomatology.

Twelve months later an electrode device was implanted and due to a substantial symptom improvement and the previous history of SSI, an Interstim II™ pulse generator was implanted also using a neuro absorbable antibacterial envelope (TYRX™) to protect the device. At 24 months follow up, the initial improvement in symptoms persist and no infectious complication has been noted.

**Results:** The use of antibacterial mesh in neuromodulation aims to reduce the risk of infection by inhibiting bacterial colonization on the mesh material. These absorbable antibacterial envelopes are designed to provide device stabilization when implanted including the antimicrobial agents rifampin and minocycline. This specific antibiotic combination has been known to reduce infections by 70 to 100% in cardiac devices and is being used in the field of urology since 2001 as a means of impregnating inflatable penile prostheses, shown to reduce infection in in vivo models following surgical implantation.

Moreover, this antimicrobial mesh also promotes tissue integration and stability, helping to minimize inflammation and foreign body response, allowing for improved device performance and patient comfort.

In the available literature on the subject, mainly in the fields of cardiology and neurosurgery, the use of an antibacterial envelope displayed a tendency to reduce infection ra-

tes and revision surgeries and system removals. Of note, however, none of the prospective studies on the subject achieved statistical significance as they were underpowered to do so.

**Discussion/Conclusions:** *To our best knowledge, this is one of the first reports of the use of an antibacterial mesh in order to prevent further infection in the field of urology. While these meshes can significantly contribute to infection prevention, it may not eliminate the risk, as infections can be influenced by various factors beyond the mesh itself. Ongoing research and development efforts are crucial to refining the design and effectiveness of antimicrobial mesh in neuromodulation devices, ensuring that they continue to meet the evolving needs of patients and healthcare providers in the future.*

## CO 08

### EFICÁCIA E SEGURANÇA DAS REDES SINTÉTICAS CALISTAR®: ESTUDO RETROSPECTIVO DE 24 MESES

Cristiana Soares<sup>1</sup>; Alexandra Henriques<sup>2</sup>;  
Cátia Sofia Ferreira<sup>2</sup>; Alexandre Valentim-Lourenço<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE;  
<sup>2</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

**Introdução:** O tratamento do prolapso de órgãos pélvicos (POP) pode ser conservador ou cirúrgico. A abordagem cirúrgica inclui várias técnicas e vias de abordagem, como a colporrafia e a implantação de uma prótese por via vaginal. A colporrafia é a técnica clássica, mas associa-se a taxas de falha altas, principalmente nas correções anteriores, podendo ser necessária uma reintervenção cirúrgica em mais de 29% das doentes. Desde 2020, no nosso centro, utilizam-se as redes Calistar S® e P® para tratamento de POP sintomático do compartimento anterior e de POP sintomático e grave ou recidivante pós-colporrafia

clássica do compartimento posterior, respetivamente. Em estudos prévios com utilização destas redes as taxas de cura objetiva variaram entre 88,7% a 92,2% e as de exposição de rede entre 2 a 7,8%.

**Objetivos:** avaliar a eficácia objetiva e as complicações precoces e tardias na utilização de redes Calistar S® e P® para tratamento do POP.

**Material e métodos:** estudo retrospectivo descritivo realizado num hospital terciário em Portugal. Incluíram-se as mulheres com POP sintomático tratadas com colocação de rede Calistar S® ou P® desde 2020. O desfecho primário foi a eficácia objetiva, definida como prolapso de grau 0 ou 1 através do Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q), às 6 semanas e aos 6, 12 e 24 meses de pós-operatório. Em cada momento foram avaliadas as complicações: dor no pavimento pélvico, dispareunia, exposição da prótese e incontinência urinária (IU) de urgência ou de esforço de novo.

**Resultados:** foram incluídas consecutivamente 73 mulheres. O tempo de follow-up mediano foi de 12 meses (mínimo 0 meses, máximo 24 meses). A mediana da idade na cirurgia foi 66 anos (mínimo 49, máximo 79). A maioria das mulheres era multipara (95,8%, 69/72) e na pós-menopausa (97,2%, 70/72). Verificou-se excesso de peso em 35/73 (47,9%), obesidade classe 1 em 11/73 (15,1%) e obesidade classe 2 em 5/73 (6,9%). O prolapso era anterior e apical em 29/73 (39,8%), dos três compartimentos em 25/73 (34,2%), anterior em 9/73 (12,3%), anterior e posterior em 6/73 (8,2%), posterior em 3/73 (4,1%) e posterior e apical em 1/73 (1,4%). Foram colocadas 68 próteses Calistar S® (93,2%) e 5 próteses Calistar P® (6,8%). O score POP-Q pré-operatório era estágio 3 em 86,3% (63/73), estágio 2 em 8,2% (6/73)

e estágio 4 em 5,5% (4/73). Realizaram-se concomitantemente histerectomia vaginal em 31/73, implantação de sling sub-uretral em 39/73 (28 TVT-Abbrevio®, 1 TVT-Exact® RL e 10 TVT-Obturator®) e colpoptorrafia clássica do compartimento posterior em 6/73. Na análise per protocolo, o desfecho de eficácia foi alcançado em 75,3% às 6 semanas (n=69), 60,3% aos 6 meses (n=59), 66,7% aos 12 meses (n=36) e 56,5% aos 24 meses (n=23). As situações de recorrência foram quase na totalidade um estágio 2 (variação Aa, Ap, Ba e Bp entre I-1 e 1I). Verificou-se recorrência estágio 3 (Ba I+2I) em apenas uma doente, aos 24 meses. Ocorreram 4 casos de exposição de rede (5,5%) em próteses Calistar S®, 2 diagnosticados às 6 semanas e 2 aos 6 meses de pós-operatório. Das doentes com exposição de prótese, 3 tiveram cirurgia concomitante (duas implantações de sling sub-uretral e uma colpoptorrafia posterior). Verificaram-se 22 casos de IU de novo (13 IU de esforço, 8 IU de urgência e 1 IU mista). Nenhuma doente foi, até ao momento, reintervencionada pela recorrência do prolapso.

**Discussão/Conclusões:** esta amostra de doentes tinha maioritariamente prolapso de dois ou três compartimentos e com classificação POP-Q no estágio 3 ou 4, o que se traduz em doentes com elevado grau de complexidade cirúrgica. Não foi necessária reintervenção cirúrgica em nenhuma doente pela recorrência do prolapso, sugerindo uma elevada taxa de cura subjetiva. Em todas as avaliações, o procedimento cirúrgico foi eficaz em mais de metade das doentes e a taxa de complicações foi baixa. A utilização de redes Calistar® no tratamento de POP sintomático parece ser segura e eficaz até aos dois anos de pós-operatório, mesmo em doentes com prolapso graves.

## CO 09

### EFEITOS DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS: REVISÃO SISTEMÁTICA

Ana Amaral<sup>1</sup>; Patrícia Silva<sup>1</sup>; Isabel Coutinho<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Prática Privada*

**Introdução:** As disfunções sexuais femininas abrangem diversas perturbações que causam alterações no desejo, na excitação, no orgasmo e/ou dor. A fisioterapia parece ter um papel crucial no tratamento destas disfunções, existindo diversas intervenções consoante as necessidades apresentadas.

**Objetivo:** Estudar as intervenções fisioterapêuticas realizadas em mulheres com disfunção sexual e os seus efeitos na sintomatologia e na qualidade de vida e averiguar que estudos futuros serão relevantes para a prática clínica baseada em evidência na fisioterapia na saúde da mulher.

**Métodos:** A revisão sistemática foi realizada de acordo com o protocolo PRISMA. Realizaram-se pesquisas nas bases de dados PubMed, Scielo, ScienceDirect, LILACS, PEDro e Web of Science com as palavras-chave sexual dysfunctions, dyspareunia, vaginismus, female sexual dysfunction, physical therapy e physiotherapy. Incluíram-se estudos randomizados controlados com amostra constituída por mulheres com disfunção sexual, escritos em inglês, português ou espanhol e excluíram-se estudos sem intervenção fisioterapêutica, sem descrição de resultados ou eficácia do tratamento e com valor na escala PEDro inferior a 4.

**Resultados:** Dos artigos identificados, 14 foram incluídos com informação relevante, sobretudo, relativamente a perturbações de dor génito-pélvica ou na penetração, verificando-se uma carência na evidência das restantes perturbações. Os estudos incluídos nesta revisão abordaram a fisioterapia multimodal,



o biofeedback eletromiográfico, as ondas de choque, a laserterapia de baixa intensidade e o TENS. Os protocolos usados nos diferentes estudos de fisioterapia multimodal variam amplamente, no entanto a terapia manual, o treino dos músculos do pavimento pélvico e o biofeedback foram as intervenções mais prevalentes. A fisioterapêutica multimodal, o TENS e as ondas de choque têm bons resultados na melhoria da sintomatologia e da qualidade de vida da mulher.

**Conclusão:** Os resultados suportam a eficácia das modalidades de fisioterapia como primeira linha de tratamento de disfunções sexuais femininas (dor génito-pélvica ou na penetração) sendo que a fisioterapia multimodal aparenta ter melhores resultados na sintomatologia e qualidade de vida. São necessários mais estudos nesta área, com tamanhos de amostras maiores. Seria igualmente importante, realizar-se estudos nas restantes disfunções sexuais femininas, para que se compreenda o papel da fisioterapia dentro de uma equipa multidisciplinar.

## CO 10

### **SUBURETHRAL SLINGS EXCISION: A RETROSPECTIVE STUDY**

Joana Rodrigues<sup>1</sup>; Filipe Lopes<sup>1</sup>; Inês Peyroteo<sup>1</sup>;  
João Chambino<sup>1</sup>; André Ye<sup>1</sup>; Maria Castilho<sup>1</sup>;  
Sandro Gaspar<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

**Introduction:** Synthetic suburethral slings became a popular treatment for SUI in the late 90's and early 00's. These were initially implanted using a retropubic route and later, predominantly, mid-urethral slings (MUS) placed by a transobturator route accounted for the majority of the procedures. Single-incision slings have also been developed as a potentially less invasive treatment option. All

of these revealed to be extremely efficient and requiring short operative times with quick recovery and return to normal activity. However, some relatively uncommon complications have been described such as pain (including dyspareunia), mesh exposure into the urethra, vagina or bladder, vaginal bleeding and discharge. These may lead to poor quality of life and may prompt mesh removal with the need for eventual salvage treatment in the mid-term.

**Objective:** This study aims to report the data and the clinical outcomes of women undergoing synthetic suburethral sling removal.

**Material & methods:** Women who underwent sling excision were identified by reviewing electronic records from January 2018 to January 2023. Background characteristics, indication for excision and outcomes were recorded using the electronic patient record. Descriptive statistic analysis was performed through SPSS.

**Results:** Over the study period, 17 women underwent sling excision. 82% of patients had total mesh excision as opposed to 18% of the women who had a partial mesh removal. Their mean age was 56 years (range: 28–75); 23.5% of women were diabetic. Before sling excision, 42% reported voiding dysfunction, 31% reported recurrent urinary tract infections and 29% reported dyspareunia. In this cohort, 35.3% of the women underwent mesh excision due to chronic pain, 17.6% for vaginal mesh exposure, 11.8% for urethral perforation and 11.8% for recurrent urinary tract infections. Women had their sling surgery a median of 5 years prior to its excision (range:0-11). After excision, 1 woman was lost to follow-up. Only a slight increase in SUI was noted after sling removal - 41.2% of the women reported SUI prior to sling excision, increasing to 56.3% reporting

it after excision surgery. After mesh excision, 60% of the women reported improvement in symptoms. In this cohort, 4 participants had a new synthetic mid-urethral sling. Ten additional women had further treatment: 7 underwent conservative management with physiotherapy, 1 had a Burch laparoscopic colposuspension and 2 received sacral neuromodulation for refractory overactive bladder. The remaining 2 patients did not receive any treatment (one patient had no symptoms including persistent SUI and 1 additional patient refused treatment and chose a coping strategies-only approach).

**Discussion/Conclusion:** In this study, 23.5% of the women were diabetic compared with the national prevalence rate of 14.1%, which supports the evidence that women with diabetes have an increased risk of developing mesh complications, particularly mesh exposure and pain, which is also congruent with our study. A high percentage of women (41.2%) had SUI previous to sling excision, even considering the high efficacy of MUS. This can be explained by an abnormal position of the mesh which does not provide enough support to the urethra. Nevertheless, this number increased after mesh removal, as expected, probably due to urethrolisis. Despite these complications, MUS are still a safe and effective option for SUI. Regardless, the medical practitioners should be aware of these drawbacks in order to anticipate them and recommend mesh excision, when proven necessary.

## CO 11

### NEUROMODULAÇÃO SAGRADA E SÍNDROME DA CAUDA EQUINA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Rodrigues<sup>1</sup>; Miguel Fernandes<sup>1</sup>;  
João Chambino<sup>1</sup>; Miguel Miranda<sup>1</sup>; João Melo<sup>1</sup>;  
Sandro Gaspar<sup>1</sup>; Ricardo Pereira e Silva<sup>1</sup>;  
José Palma Dos Reis<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CHULN

**Introdução:** A disfunção neurogénica do aparelho urinário inferior pode acarretar grave impacto na qualidade de vida dos doentes afetados e é frequentemente refratária a tratamento conservador, não cirúrgico. A neuromodulação sagrada (NMS) é uma técnica cujas indicações têm vindo a aumentar mas que não está ainda formalmente recomendada pela maioria das guidelines internacionais para o tratamento de doentes neurológicos. Ainda assim, existe um número crescente de publicações de séries de doentes tratados com taxas de sucesso que podem alcançar globalmente os 70%, sugerindo que pode ser eficaz em doentes selecionados. Doentes com lesões medulares traumáticas ou não traumáticas são tendencialmente piores candidatos, tal como doentes com alguma forma de desnervação pélvica (por exemplo, após cirurgia pélvica radical); este conceito, contudo, tem vindo igualmente a ser disputado, com tratamento bem sucedido de síndrome pós ressecção anterior do reto ou mesmo relatos de caso de malformações sagradas como síndrome de regressão caudal tratadas, em casos altamente selecionados, com NMS.

**Objetivos:** Salientar a importância de considerar uma fase-teste de neuromodulação sagrada em doentes neurológicos com disfunção pélvica grave.

**Materiais e métodos:** Descrevemos o caso de uma doente com disfunção neurogénica do aparelho urinário inferior, no contexto

de síndrome da cauda equina, submetida a NMS.

**Resultados:** Sexo feminino, 40 anos, engenheira florestal, com antecedentes pessoais de síndrome de cauda equina de etiologia desconhecida. A doente foi referenciada à consulta de urologia em 2019 por status pós retenção urinária aguda com ureterohidronefrose bilateral e necessidade de algaliação durante gravidez. Aquando da primeira avaliação a doente encontrava-se já em cateterismo intermitente exclusivo com ausência completa de micção espontânea e com quadro de infecção urinária recorrente. Mencionava também obstipação, com necessidade de regulação com laxantes diários. Realizou ecografia vesical que revelou bexiga de parede espessada e múltiplos divertículos predominantemente a nível do pavimento. Com a bexiga em hiperrepleção, observava-se refluxo vesicoureteral significativo principalmente à esquerda, com melhoria após esvaziamento.

Realizou estudo urodinâmico compatível com bexiga de sensibilidade abolida, grande capacidade funcional, compliance diminuída e detrusor hiperativo sem incontinência associada, bem como detrusor acontrátil no estudo pressão-fluxo. A doente foi proposta, numa fase inicial, para reabilitação do pavimento pélvico, sem sucesso, tendo igualmente feito reforço do ensino de cateterismo intermitente com diminuição da frequência das infeções urinárias.

A doente foi proposta para fase-teste de neuromodulação sagrada (Interstim II). Após implantação do eletrodo a doente iniciou quadro de micção espontânea, ainda em pequena quantidade, sugerindo efeito positivo da terapêutica e que motivou a implantação subsequente do gerador. Após dois anos de seguimento e mediante re-challenge de rea-

bilitação pélvica, a doente realiza cateterismo intermitente apenas de manhã e à noite, com micção espontânea durante o dia (eficácia de esvaziamento média de cerca de 40%), o que possibilita a sua atividade profissional, durante a qual a doente tem muita dificuldade em cateterizar-se com condições de assepsia adequadas. Menciona igualmente sensação de bexiga cheia, compatível com ganho parcial da sensibilidade vesical.

**Discussão/Conclusão:** O potencial da NMS é um campo em expansão. Apesar da sua indicação formal nas doenças do aparelho urinário inferior estar restrita tendencialmente aos casos de bexiga hiperativa e retenção urinária crónica não obstrutiva idiopáticas, a sua aplicação, ainda considerada off-label no contexto apresentado, pode contribuir para uma melhoria significativa da sintomatologia urinária e da qualidade de vida em doentes com disfunção neurogénica do aparelho urinário inferior. Em casos limite, de sucesso, como o desta doente com detrusor acontrátil e bexiga com estigmas sugestivos de end-stage funcional (hipertrofia do detrusor, polidiverticular), a fase-teste pode ter valor acrescido para a seleção dos doentes e deverá ser ponderada após cuidada gestão de expectativas e análise aprofundada do caso.

## CO 12

### ABORDAGEM EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR ÀS DISFUNÇÕES DO PAVIMENTO PÉLVICO, NO PÓS PARTO

Filipa Pires<sup>1</sup>; Paula Maia<sup>2</sup>; Patrícia Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ESTeSL; <sup>2</sup>USF Novo Mirante

**Introdução:** A prevalência de disfunções do pavimento pélvico (DPP) na mulher é superior a 25%. A gravidez e o parto são considerados fatores de risco para DPP, nomeadamente de incontinência urinária, prolapso dos órgãos pélvicos e disfunção sexual. A intervenção da fisioterapia está integrada numa abordagem

multidisciplinar, sendo que as mais recentes guidelines privilegiam o tratamento conservador, como a abordagem de intervenção de primeira linha, contribuindo para a prevenção, tratamento, aumento da funcionalidade e qualidade de vida.

**Objetivos:** a) Identificar qual a abordagem dos médicos de medicina geral e familiar (MGF), na presença de uma mulher com DPP, até 1 ano pós-parto.

b) Perceber se as estratégias identificadas, na opinião dos médicos, têm resposta em tempo útil.

**Metodologia:** Estudo transversal através da aplicação de um questionário on-line aplicado a médicos de MGF na região de Lisboa e vale do Tejo. Questionário composto por 20 perguntas: caracterização sócio-demográficas, seguimento de mulheres grávidas e/ou pós parto; orientação destas mulheres na presença de DPP.

**Resultados:** Responderam ao questionário 44 médicos, sendo que 28 tinham entre 30-39 anos. A totalidade dos profissionais faz seguimento de grávidas e mulheres no pós-parto. Na presença de uma mulher com incontinência urinária pós parto, metade (22) dos médicos referência para consulta hospitalar de ginecologia e 20 fazem pedido de consulta de Medicina Física e Reabilitação (MFR) para clínica de fisioterapia.

A referência hospitalar para ginecologia de mulheres com prolapso (uterino/vesical/retal) é feita por 38 médicos, e por 34 em caso de mulheres com disfunção sexual, sendo que deste último grupo 15 médicos fazem reavaliação em consulta de MGF.

Em casos de mulheres com hipotonia e/ou diminuição da força dos MPP, sem outros sintomas o pedido de consulta para clínica de MFR é feito por 27 médicos, e 17 referenciam para MFR no hospital.

A maioria dos médicos (27) afirma que, em média, as mulheres que são referenciadas para hospital, esperam mais de 6 meses por essa consulta, sendo que 43 “não” considera esse tempo adequado.

27 dos médicos de MGF dizem que o tempo de espera para consulta em clínica de MFR é, em média de 1 a 3 meses, “não” sendo considerado um tempo adequado por 23 médicos.

41 dos médicos de MGF deste estudo, considera ainda que a Fisioterapia com especialidade em pavimento pélvico, deveria fazer parte dos cuidados de saúde primários.

**Conclusão:** Atendendo à prevalência de DPP nesta população, que encontramos descrita na literatura, bem como às últimas guidelines da Sociedade Internacional de Continência, que falam da importância da abordagem conservadora, urge a necessidade de criar vias de referência para encaminhamento destas mulheres com mais eficácia e eficiência. Isto traduzir-se-á em ganhos em saúde e qualidade de vida, pois sabe-se que o tardio acompanhamento destas mulheres leva a agravamento de sintomas e consequente impacto na vida familiar e social com aumento dos custos em saúde.

## CO 14

### **SACRAL NEUROMODULATION IN FAMILIAL AMYLOID POLYNEUROPATHY – A RETROSPECTIVE STUDY IN UROLOGY**

André Jin Ye<sup>1</sup>; Filipe Lopes<sup>1</sup>; Maria Castilho<sup>1</sup>; João Chambino<sup>1</sup>; Miguel Fernandes<sup>1</sup>; Rodrigo Garcia<sup>1</sup>; David Martinho<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

**Introduction:** *Hereditary transthyretin (ATTRv) amyloidosis, also known as familial amyloid polyneuropathy (FAP) is a rare systemic disease caused by a mutation in the trans-*

thyretin (TTR) gene, leading to extracellular deposition of amyloid, in particular on peripheral and autonomic nerves. Thus, it mainly manifests as a progressive peripheral and autonomic neuropathy, although its clinical presentation can vary due to a multi-organ involvement. Such patients can present with lower urinary tract symptoms (LUTS), mainly underactive bladder and stress urinary incontinence, sexual and gastrointestinal (GI) dysfunction. The early-onset type FAP is the most prevalent in Portugal and is characterized by an early involvement of somatic and small myelinated fibers leading to a sensory-motor and autonomic neuropathy. Lower urinary tract symptoms are frequent, being present in up to 83% of the patients. Sacral neuromodulation (SNM) is a widely accepted treatment modality for conditions such as refractory overactive bladder and idiopathic urinary retention. Its role in the treatment of urological symptoms in ATTRv amyloidosis is relatively unknown.

**Objectives:** To evaluate the effect of SNM treatment on patients with urological symptoms diagnosed with hereditary transthyretin amyloidosis.

**Material and methods:** A retrospective medical record review of patients followed in the Urology department with hereditary transthyretin amyloidosis treated with SNM through the implantation of Interstim II<sup>®</sup> was conducted. The primary outcome of the treatment was the improvement of the voiding LUTS. A potential effect in other autonomic domains such as erectile dysfunction and diarrhea or fecal incontinence was also taken into consideration. The effect of the treatment was measured by flowmetry change, PVR reduction and number of daily bladder emptying by intermittent self-catheterization (ISC). Patient-reported outcome was mea-

sured with the Patient Global Impression of Change (PGI-C) questionnaire in three domains: LUTS, sexual and gastrointestinal. The PGI-C evaluates the patient's own perception of improvement in seven scores (1 – very much better; 2 – much better; 3 – a little better; 4 – no change; 5 – a little worse; 6 – much worse; 7 – very much worse).

**Results:** The study identified four male patients treated with SNM through the implantation of Interstim II<sup>®</sup> between 2018 and 2023. The average age at the time of the surgery was 44,3 years old. In terms of anti-amyloid treatment, two had undergone a liver transplant and the other two were receiving RNA interference therapeutic, namely Patisiran and Vutrisiran. Due to cardiac involvement, one of the patients had a pacemaker implanted. The patients underwent a urodynamic study that showed detrusor underactivity in all 4 cases. Voiding was optimized with ISC in three of the patients. A test phase was first performed, followed by the definite implantation of the generator. After the treatment, two thirds of the patients had a reduction in the daily number of ISC, specifically from three to twice daily and once daily to once in alternate days. The PGI-C average score for the three domains was as follows: LUTS with 2,75; gastrointestinal with 2,25; and sexual function 3,75. Only one patient reported a “very much better” score of change after the implantation, in the gastrointestinal domain. Of these four patients, the one with the least improvement with SNM therapy had an average PGI-C score of 3,67 and was the oldest of the group.

**Discussion/Conclusions:** Patients reported improvement after SNM therapy regarding lower urinary tract symptoms (as shown by partial recovery of voiding function) and in the gastrointestinal domain, with a subjective

*reduction of episodes of diarrhea and fecal incontinence. The PGI-C on sexual function showed no significant improvement.*

*Although with a limited number of patients, this study demonstrates some benefits of SNM in ATTRv amyloidosis suggesting that this therapy should be considered as a possible treatment option. We hypothesize that younger patients with less nerve damage may be better candidates although additional studies are necessary to assess the definite role of SNM in the management of the disease.*

## CO 15

### **TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA LESÃO VERTEBROMEDULAR INCOMPLETA: A COMPLEXIDADE CIRÚRGICA.**

Joao Chambino<sup>1</sup>; Joana Rodrigues<sup>1</sup>; Ricardo Pereira e Silva<sup>1</sup>; Miguel Fernandes<sup>1</sup>; André Ye<sup>1</sup>; Maria Castilho<sup>1</sup>; Anatoliy Sandul<sup>1</sup>; Sandro Gaspar<sup>1</sup>; José Palma Dos Reis<sup>1</sup>

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

**Introdução:** Os doentes com disfunção neurológica do aparelho urinário inferior após lesão medular traumática compreendem um espectro muito variável, com diferentes diagnósticos funcionais. A atuação perante cada caso depende não só desse diagnóstico mas também do nível da lesão, tipo de lesão (completa/incompleta), do estado geral, grau de autonomia e objetivos do tratamento (otimização da continência, redução das infeções, micção espontânea, proteção do aparelho urinário inferior, entre outros).

**Objetivos:** Apresentação de caso clínico a propósito de um doente com disfunção do aparelho urinário inferior por lesão medular traumática.

**Materiais e métodos:** Descrevemos o caso de um doente com disfunção do aparelho urinário inferior na sequência de uma lesão

medular traumática, tratado cirurgicamente com reconstrução do aparelho urinário.

**Resultados:** Doente do sexo masculino, 29 anos, antecedentes pessoais relevantes de fratura de L1 e L2, em contexto de acidente de viação em 2009, submetido a fixação vertebral dorso-lombar e com boa recuperação do ponto de vista motor e sensitivo (AIS D), com marcha mantida, sem necessidade de auxiliar.

Internamento em novembro de 2019 por quadro de lesão renal aguda devido a retenção urinária crónica, a condicionar ureterohidronefrose (UHN) bilateral. Foi algaliado com melhoria da função renal e resolução da UHN. É neste contexto encaminhado para a consulta de urologia, tendo realizado estudo videourodinâmico que revelou bexiga de sensibilidade abolida, compliance diminuída e baixa capacidade funcional determinada por incontinência urinária de esforço grave e hipoatividade do detrusor. Nesta fase o doente utilizava penrose como método de contenção, optando por vezes também por algaliação transuretral para obliteração da uretra e minimização da incontinência, ao assegurar o esvaziamento completo da bexiga. Pelo quadro de retenção urinária crónica é submetido a fase de teste de neuromodulação sagrada em Setembro de 2021, sem resposta clínica significativa e sem implante subsequente do gerador. Dada a ausência de melhoria clínica, foi proposto para cistoplastia de aumento, com encerramento do colo vesical e apendicovesicostomia cutânea de Mitrofanoff, realizada em Junho de 2022. Por perdas transuretrais persistentes, em pequena quantidade, optou-se pela injeção precoce de bulking agent (Macroplastique®) no colo vesical no mês seguinte, para otimização do encerramento do colo vesical. Durante o pós-operatório manteve-se continente em de-

cúbito com volumes vesicais de até 500mL, apesar de incontinência urinária transuretral em ortostatismo, que viria a agravar ao longo do tempo. Realizou ureterocistoscopia mais tarde, que viria a confirmar a presença de colo vesical semi-aberto por falência do encerramento prévio.

Foi então proposto para implantação de esfíncter urinário artificial, realizada em maio de 2023. À data, o doente mantém-se totalmente continente, realizando esvaziamento vesical por micção espontânea (após abertura de esfíncter e com realização de manobra de Valsalva), complementada com cateterismo intermitente pela apendicovesicostomia cutânea, uma a duas vezes por dia.

**Discussão/Conclusão:** A disfunção neurogênica do aparelho urinário inferior exige frequentemente uma abordagem multimodal e o tratamento de doentes com traumatismos vertebromedulares com lesão medular incompleta é desafiante. O presente caso demonstra a complexidade na decisão, execução e gestão da falência de terapêutica cirúrgica inicial, salientando a importância da experiência de equipas dedicadas ao tratamento do doente neurológico.

## CO 16

### DOR PÉLVICA CRÔNICA – RELATO DE UM ESTUDO DE CASO COMPLICADO

Cláudia Abreu<sup>1</sup>; Ana Pires<sup>1</sup>; Cristina Henriques<sup>1</sup>; Daniela Prada<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HBA- Hospital de Loures

**Introdução:** A dor pélvica crônica é geralmente definida como uma dor na região pélvica, não cíclica, não relacionada com a gravidez, com, pelo menos, 3-6 meses de duração, com impacto significativo na qualidade de vida dos doentes. A etiologia pode ser visceral, músculo esquelética ou neurológica, sendo a endometriose uma das causas ginecológicas mais comuns, no entanto, muitas

vezes a etiologia pode ser multifatorial, pelo que uma abordagem multidisciplinar é recomendada.

Descrevemos o caso clínico de uma mulher de 44 anos diagnosticada com uma endometriose pélvica grave, submetida a várias intervenções cirúrgicas neste contexto, por laparoscopia. Com quadro arrastado de dor pélvica, caracterizada por dor na FIE e na EIAS, tipo “facada”, não cíclica, que variava com mudanças de posição, associado a dispareunia profunda. Referia também obstipação crônica com sensação de defecação incompleta. Foi referenciada à consulta de Medicina Física e de Reabilitação e à consulta da dor, a referir dor, com uma intensidade máxima de 7/10 e mínima de 3/10 na escala visual numérica (EVN) com um impacto importante na sua qualidade de vida. Estava medicada com tapentadol 50 mg 2id, amitriptilina 75 mg id e metamizol 575mg id, sem alívio, foram aplicadas as escalas da qualidade de vida (SF-36) e HADS: Escala de Ansiedade e Depressão; testes musculares específicos, teste de Adams e escala de Bristol. Ao exame físico destacava-se, atitude escoliótica, dor à palpação da fossa ilíaca interna (FI) e espinha ilíaca ântero-superior esquerdas (EIAS) e região de hipoestesia na região da cicatriz abdominal. Na avaliação vaginal apresentava aumento de tensão dos Músculos do Pavimento Pélvico (MPP) e dor 7/10 EVN na palpação de maior predomínio à esquerda. Exames complementares de diagnóstico sem alterações que justificassem o quadro. Foi integrada em tratamento multimodal que incluía: ajuste de medicação, tratamentos de fisioterapia e técnicas intervencionista (bloqueio ecoguiado dos nervos ílio-inguinal e ílio-hipogástrico esquerdos). Foram realizadas 18 sessões de reabilitação do pavimento pélvico dirigidos à reeducação da defecação;

consciencialização dos MPP, técnicas de relaxamento, técnicas respiratórias, massagem e alongamento do MPP. Concomitantemente realizou cinesioterapia postural.

No final das sessões a doente apresentava melhoria em todas as esferas: melhoria da dor na FII EVN 3/10, melhoria das queixas de obstipação, com Bristol de 7 para 2/3, melhoria das queixas de dor à palpação vaginal com valor de 3/10 na EVN e sem queixas de dispareunia. Melhoria na qualidade de vida, avaliada pela SF-36, com score a passar dos 94 para os 98, Escala de Ansiedade e Depressão, com melhoria de 33 para um score 30. Foi ainda verificada uma melhoria da noção corporal e capacidade de relaxamento dos MPP e ativação da musculatura lombopélvica, com consequente correção do alinhamento postural.

**Conclusões:** Na abordagem da dor pélvica crónica, considerando uma etiologia multifatorial, devemos implementar várias modalidades de tratamento. Desta maneira, continua a ser relevante a intervenção da Medicina Física e de Reabilitação, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos doentes.



# XIV CONGRESSO APNUG

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE  
NEUROUROLOGIA E UROGINECOLOGIA

## “A MULHER EM 2023”

### Posters

#### PO 01

#### PREVALÊNCIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES DE ---, PORTUGAL

Sara Vilão<sup>1</sup>; Patrícia Silva<sup>2</sup>; Margarida Pocinho<sup>3</sup>; Pedro Rebelo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins; <sup>2</sup>Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa; <sup>3</sup>Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra

**Objetivos:** Identificar a prevalência de IU em mulheres no concelho de -- e avaliar o impacto da IU na qualidade de vida (QdV) dessas mulheres.

**Metodologia:** Estudo observacional descritivo, amostra de conveniência na população feminina do concelho de -- (n=416), subamostra das mulheres incontinentes (n=117). Utilizado questionário de caracterização da amostra e instrumento de medida Contilife®. Análise inferencial: teste Qui-Quadrado, teste t de Student e medida de Likelihood Ratio (LR).

**Resultados:** A prevalência de IU foi de 28,1%, correspondendo a uma prevalência de 1,02% para a população de --, com uma associação significativa entre a paridade e a presença de IU tendo o valor de LR grande. A IU tem impacto na QdV das mulheres (59%), medida pelo Contilife® (média 7,59 na QdV global), sendo que a IU mista foi o tipo que

causou mais impacto (73,3%). Conclusão: A IU feminina tem impacto na QdV com valores estatisticamente significativos em todas as dimensões do Contilife, embora classificado como impacto baixo. Os fisioterapeutas podem ser profissionais de primeiro contacto levando a que a fisioterapia seja um fio condutor para a melhoria da qualidade de vida.

#### PO 02

#### LAPAROSCOPIC SUPRACERVICAL HYSTERECTOMY WITH SACROCOLPOPEXY

Andreia Cardoso<sup>1</sup>; Mariana Capinha<sup>1</sup>; Sara Anacleto<sup>1</sup>; Ricardo Matos Rodrigues<sup>1</sup>; Catarina Laranjo Tinoco<sup>1</sup>; Ana Sofia Araújo<sup>1</sup>; Luís Pinto<sup>1</sup>; Vera Marques<sup>1</sup>; João Pimentel Torres<sup>1</sup>; Miguel Mendes<sup>1</sup>; Luís Vale<sup>1</sup>; Emanuel Carvalho-Dias<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital de Braga

**Introduction & objectives:** *Pelvic organ prolapse (POP) is a common condition that can significantly impact women's life.*

*There are many surgical options for its correction, being sacrocolpopexy (SC) one of the main, with innumerable variant techniques. Its basic principle is the suspension of the vaginal vault to the sacral anterior longitudinal ligament (ALL), using a prosthesis.*

*Laparoscopy allows for enhanced dissection (mostly posteriorly) and deep mesh fixation. So, anterior and posterior meshes, often Y-shaped, became regular in laparoscopic*

SC (LSC). Still, some surgical steps details remain on debate: extent of plane's dissection, sites and mode of mesh fixation, mesh tension, and performance of concomitant procedures, such as hysterectomy (HT), and its type.

Thus, we aim to present our step-by-step approach for a laparoscopic supracervical hysterectomy with sacrocolpopexy.

**Material & methods:** A healthy 66-year-old woman, G2P2 eutocic deliveries, presented with a vaginal bulge feeling. A grade 3 (Baden-Walker system) POP of anterior and middle compartments was diagnosed, and LSC was proposed.

We use 2 10mm and 3 5mm trocars, Optilene® Mesh (30x30cm), 2-0 non-absorbable multifilament and 3-0 barbed unidirectional sutures, bipolar energy and harmonic scalpel. With patient in steep Trendelenburg, place trocars in a fan-arranged manner (above the umbilicus, lateral to the rectus muscle just below the umbilicus, and at lower quadrants, lateral to inferior epigastric vessels).

First, surgical field exposition is essential, for what sigmoid colon suspension with percutaneous trans parietal suture is helpful in assisting exposition of the pelvis and sacral promontory. A retractor placed inside the vagina is helpful in mobilization almost throughout the entire procedure.

Start by a supracervical HT. Then, anterior dissection 7cm into the vesicovaginal space, followed by posterior dissection 9cm into the rectovaginal space. Vesicovaginal space dissection must be conducted just above the fibromuscular layer of the vaginal wall, in order to avoid injury of both the bladder and the vagina. Deep posterior plane dissection should be meticulous, and can be optimized using peanut sponges, and 180° image inversion. Afterwards, expose the sacral promontory

and ALL at the right side of midline, avoiding pre- and middle- sacral vessels. Prolong peritoneal incision to the pelvis, keeping caution with the right ureter.

From the regular polypropylene mesh, create a Y-shaped one, and fixate it with 2-0 non-absorbable simple suture in anterior and posterior vaginal walls, and then to the ALL, with adequate tension.

Close peritoneum over the mesh, with 3-0 barbed running suture.

Morcellate the specimen and retrieve it from a 10mm trocar incision.

**Results:** Operative time was 3 hours (including mesh preparation). Without complications, the patient was discharged after 2 days, and remains asymptomatic after 9 months.

**Conclusion:** We consider that the supracervical HT can reduce the risk of recurrent prolapse (versus no HT) and of mesh exposure (versus total HT), while also simplifying the SC, thus, ideal for post-menopausal women. A pre-fabricated Y-shaped mesh expedites the procedure but it is not mandatory. We can personally create our own from a regular mesh. Similarly, specimen "morcellation" can be made without a specific device, as shown. Thus, LSC is a feasible, effective and safe procedure for POP treatment, with concomitant supracervical HT in selected women. It has the benefits of minimally invasive surgery, crucial for contemporary women. Key surgical steps are adequate: planes' dissection, mesh tension, fixation, and retroperitonealization.

## PO 03

### **LAPAROSCOPIC ANTERIOR PELVIC EXENTERATION – A HOW-TO VIDEO DEMONSTRATION**

Andreia Cardoso<sup>1</sup>; Catarina Laranjo Tinoco<sup>1</sup>; Ricardo Matos Rodrigues<sup>1</sup>; Mariana Dias Capinha<sup>1</sup>; Luis Pinto<sup>1</sup>; Ana Sofia Araújo<sup>1</sup>; Paulo Mota<sup>1</sup>; Luis Vale<sup>1</sup>; João Pimentel Torres<sup>1</sup>; Emanuel Carvalho-Dias<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Braga

**Introduction and objective:** Anterior pelvic exenteration is a morbid procedure, that remains a main option both for urologic as well as gynecologic neoplasms. Although classically performed through an open approach, minimally invasive techniques in this setting have been arising. However, due to technical difficulties in this multistage complex procedure, it is still not widely diffused and performed. Thus, we aim to present a step-by-step video demonstration of our technique for laparoscopic anterior pelvic exenteration, in order to make it feasible for others.

**Material and methods:** A 46-year-old woman, obese, former smoker, presented with a 4 months history of dysuria, haematuria, pelvic and lumbar pain. Physical examination, cystoscopy, CT and MRI revealed a 53\*45\*30mm retrotrigonal mass suspicious for muscle-invasive bladder cancer (MIBC) cT4a cN0 cM0. A transurethral resection of the bladder (TURB) diagnosed a MIBC high-grade urothelial carcinoma with partial squamous and sarcomatoid differentiations. Two months later we performed the demonstrated video, of a 5-port laparoscopic anterior pelvic exenteration.

Our technique main steps are the following. Patient is positioned in steep Trendelenburg. We start with ureteral bilateral dissection until the bladder, ligate it with Hem-O-Loks, and place a reference suture. Then, ovarian suspensory, broad and round uterus' liga-

ments are sectioned. Lateral dissection continues until endopelvic fascia exposure, with vesical and vaginal vascular pedicles secure ligation. Posterior plane, followed by anterior plane dissection are next, with careful urethra dissection. Vagina is closed with running suture. Lymph node (LN) dissection (LND) is next. Lastly, mesosigmoid tunnelization for left ureter transposition and ileal reference for urinary diversion.

**Results:** Laparoscopy time was 150min. There were no complications, no need for blood transfusions, and patient was discharged on day 8. Histopathological analysis confirmed a bladder sarcomatoid (90%) urothelial carcinoma, pT4a (uterus invasion), pN1 (1/10 LN), R0. Adjuvant chemotherapy was initiated.

**Conclusions:** Laparoscopic anterior pelvic exenteration is a safe and feasible surgery, even for histologically aggressive and locally advanced bladder tumors. We emphasize the relevance of performing it in a step-by-step and standardized fashion, as shown, keeping fascial plane dissection, anatomical landmarks identification, and procedure decomposition in simple and sequential moves, each one aiming to simplify and assist the next one.

Laparoscopy and surgical specimen retrieval through the vagina makes this aggressive and extirpative surgery the most minimally invasive possible, aiming for the greatest patient-outcome optimization regarding post-operative pain, blood loss, hospital stay, body incisions, dysmorphism and scars, essential for contemporary women. In less aggressive and advanced diseases, the presented technique would allow for neobladder performance considering the good urethral stump, and also for nerve-sparing and vaginal preservation, achieving the higher goal of urinary and sexual function preservation.

## PO 04

### COLOCAÇÃO DE SLING SUBURETRAL TRANSOBTURADOR – RESULTADOS E FATORES DE RISCO PARA FALHA

Inês Jorge<sup>1</sup>; Njila Amaral<sup>1</sup>; Rita Lermann<sup>1</sup>; Denise Bacalhau<sup>1</sup>; Carlos Veríssimo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Beatriz Ângelo

**Introdução:** A incontinência urinária de esforço apresenta uma elevada prevalência na população feminina, de 4 a 35%. Os slings da uretra média são a terapêutica cirúrgica de eleição, com taxas de cura de 62 a 98%. Contudo, podem estar associados a complicações, nomeadamente hemorragia, lesão vesical ou intestinal, dificuldade no esvaziamento vesical, erosão e exposição de rede, disfunção sexual e dor pélvica.

**Objetivos:** O objetivo deste trabalho foi avaliar a taxa de cura do sling suburetral transobturador na nossa instituição, em mulheres com incontinência de esforço isolada e sem cirurgias do pavimento pélvico prévias, e determinar os fatores de risco associados a falha da cirurgia.

**Métodos:** Foi conduzido um estudo retrospectivo de todas as doentes submetidas a colocação de sling suburetral transobturador entre 2012 e 2022 na nossa instituição. Excluímos as mulheres com incontinência urinária mista, cirurgia de pavimento pélvico concomitante, antecedentes de cirurgia por prolapso, falha prévia de tratamento cirúrgico de incontinência urinária de esforço e perda de follow-up antes do primeiro mês. Foi feita a comparação entre as taxas de cura/melhoria e de falha com os seguintes fatores: idade, índice de massa corporal, paridade, número de partos vaginais, menopausa prévia, histerectomia prévia e experiência do cirurgião. Foi também comparada a taxa de complicações nos casos de cura/melhoria e nos casos de falha. Na análise estatística

comparativa ( $p < 0,05$ ) utilizaram-se os testes de Fisher e Teste-t.

**Resultados:** Obtivemos um total de 158 casos, sendo a idade média de 52 anos. Registámos uma taxa de cura/melhoria de 96,2% um mês após a cirurgia, 93,5% seis meses após a cirurgia e 92,7% um ano após a cirurgia. Em 77% dos casos não houve qualquer registo de complicações. As complicações peri-operatórias mais frequentes foram: a laceração da vagina (5,1% dos casos), a infeção urinária (4,4% dos casos) e a retenção urinária (2,5% dos casos). Registámos ainda incontinência urinária de urgência após a cirurgia em 6,9% dos casos a um mês, 9,8% a seis meses (5,7% de novo) e 11,8% a um ano (5,5% de novo). A falha do procedimento um ano após a cirurgia correlacionou-se com a taxa de incontinência de urgência de novo neste período ( $p = 0,0067$ ). Relativamente às complicações peri-operatórias, a diferença entre o grupo de cura/melhoria e o grupo de falha do procedimento não foi estatisticamente significativa.

**Discussão/Conclusões:** As taxas de cura/melhoria da incontinência urinária de esforço foram semelhantes às descritas na literatura e a taxa de complicações associada à colocação de sling suburetral transobturador foi baixa, reforçando a segurança do procedimento. Estudos com amostras de maiores dimensões e com maior tempo de seguimento seriam necessários para confirmar os resultados.

## PO 05

### SLINGS SUBURETRAIS NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO – 15 ANOS DE EXPERIÊNCIA

Maria Inês Sousa<sup>1</sup>; Rafael Brás<sup>1</sup>; Tânia Lima<sup>1</sup>; Anabela Branco<sup>1</sup>; Bercina Candoso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Materno Infantil do Norte

**Introdução:** Os principais mecanismos fisiopatológicos subjacentes à incontinência urinária de esforço (IUE) são a hipermobili-idade uretral (HU) e a deficiência intrínseca do esfíncter (DIE), podendo estes coexistir. O uso de slings suburetrais constitui uma das abordagens cirúrgicas de primeira linha no tratamento da IUE, sobretudo nos casos associados a HU.

**Objetivos:** O objetivo deste estudo consiste em avaliar se a correção com slings suburetrais da uretra média constitui o tratamento de eleição para a IUE por HU e DIE.

**Material e métodos:** Análise observacional retrospectiva efetuada num centro terciário, entre janeiro de 2008 e dezembro de 2022, que incluiu os casos de IUE tratada com slings transobturadores da uretra média. Os casos foram divididos em 2 grupos, de acordo com a existência de HU: com HU (G1) e sem HU (G2). A análise estatística foi realizada através do SPSS, considerando-se significância estatística para  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Este estudo incluiu 1640 casos: 1299 com evidência ao exame físico de HU (G1) e 341 sem HU (G2). No que respeita à idade, as mulheres do G2 eram significativamente mais velhas (G1: Md 50,0 e G2: Md 59,0,  $p < 0,001$ ) e pós-menopáusicas (G1: 43,9% e G2: 72,1%,  $p < 0,001$ ). Em ambos os grupos, o período mediano de evolução da IU foi de 36 meses, com componente de urgência associado em 36,0% (G1) e 45,7% (G2), respetivamente ( $p = 0,001$ ). Uma minoria das mulheres era nulípara (G1: 4,0% e G2: 4,8%,

$p = 0,466$ ) e a percentagem de obesas foi de 28,0% no G1 e 37,2% no G2 ( $p = 0,076$ ). No G2, 8,8% tinham antecedentes de cirurgia para correção de IU (vs 4,5% em G1,  $p = 0,002$ ) e 8,5% foram concomitantemente submetidas a cirurgia para correção de prolapso genital (vs 4,9% em G1,  $p = 0,011$ ). O stress test foi positivo em 79,3% dos casos de G1 e 45,6% em G2 ( $p < 0,001$ ). O follow-up mediano foi de 2 meses em ambos os grupos. Não se verificaram diferenças nas taxas de sucesso (G1: 91,6% e G2: 90,3%,  $p = 0,156$ ), complicações (G1: 2,3% e G2: 2,3%,  $p > 0,999$ ) e recidiva (G1: 2,2% e G2: 2,3%,  $p = 0,905$ ). Contudo, nos casos de IU mista, houve uma melhoria da IU de urgência em 73,9% em G1 e 61,9% em G2 ( $p = 0,01$ ).

**Discussão/Conclusões:** Apesar de existirem algumas diferenças entre os grupos, nomeadamente no que concerne à idade, status pós-menopausa, antecedentes cirúrgicos e realização de cirurgias concomitantes, verificou-se que a taxa de eficácia do sling suburetral foi semelhante entre os grupos. Estes resultados reiteram a relevância desta técnica na abordagem à IUE, independentemente da sua fisiopatologia, não se mostrando necessário o recurso a técnicas mais invasivas.

## PO 06

### COLPORRAFIA ANTERIOR: REGIME DE AMBULATÓRIO OU CONVENCIONAL?

Marta Campos<sup>1</sup>; Marta Xavier<sup>1</sup>; Mariana Leal<sup>1</sup>; Patrícia Alves<sup>1</sup>; Ana Duarte<sup>1</sup>; Mariana Novais Veiga<sup>1</sup>

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

**Introdução:** O prolapso do compartimento anterior (PCA) define-se pela protusão/herniação da parede vaginal anterior, correspondendo à apresentação mais comum de prolapso de órgãos pélvicos, com uma prevalência estimada de 34%. O tratamento cirúrgico do PCA está indicado em mulheres com prolapso sintomático, após falha ou re-

causa de abordagem conservadora. Com taxas de sucesso no pós-operatório imediato de 80-100%, a colporrafia anterior tem sido, historicamente, o procedimento cirúrgico de eleição no tratamento desta entidade.

**Objetivos:** Descrever a experiência da nossa instituição relativa à colporrafia anterior, realizada em regime de ambulatório e convencional, num período de 18 meses.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo observacional das doentes submetidas a colporrafia anterior, em regime de ambulatório e convencional, entre 1 de Janeiro de 2022 e 30 de Junho de 2023.

**Resultados:** Foram incluídas 51 doentes, das quais 24 (47,1%) foram submetidas a colporrafia anterior em regime de ambulatório e 27 (52,9%) em regime convencional. A idade média das doentes operadas em regime de ambulatório foi de 64,0 anos enquanto das operadas em regime convencional foi de 63,6 anos, não sendo esta diferença significativa ( $p=0,37$ ). Em ambos os regimes as doentes tinham maioritariamente excesso de peso ou obesidade (58,4% em ambulatório versus 81,5% em convencional). As comorbilidades médicas mais frequentes das doentes operadas em regime de ambulatório foram a dislipidemia (54,2%) seguida da hipertensão arterial (50%) e diabetes mellitus (25%), enquanto das doentes operadas em regime convencional foram a dislipidemia (48,1%), hipertensão arterial (40,7%) e depressão (33,3%). A paridade foi superior ou igual a 2 em 86,3% dos casos (91,7% em ambulatórios versus 81,5% em convencional), com 74,6% de doentes com 2 ou mais partos vaginais prévios. Para ambos os grupos, 96,1% das doentes estavam em menopausa e 23,5% das doentes tinham antecedentes de histerectomia (58,3% vaginal versus 41,7% abdominal). Relativamente ao

estadiamento do prolapso da parede vaginal anterior, 74,5% tinham um estadio III, enquanto 25,5% um estadio II. O tempo médio de espera para a cirurgia foi de 109,8 dias em regime de ambulatório e 187,3 dias em regime convencional, sendo esta diferença significativa ( $p<0,05$ ). Foi aplicado o Sistema de Classificação do Estado Físico ASA, com 4,2% das mulheres tratadas em regime de ambulatório classificadas como ASA I e 95,8% como ASA II, enquanto no regime de ambulatório 85,2% foram classificadas como ASA II e 14,8% como ASA III, não sendo esta diferença significativa ( $p=0,113$ ). O tempo operatório médio em regime de ambulatório e convencional foi de 40,0 minutos e 38,2 minutos, respetivamente, não sendo esta diferença significativa ( $p=0,177$ ). A duração mediana do internamento foi significativamente superior ( $p<0,05$ ) no regime convencional comparativamente ao regime de ambulatório (29,7 horas versus 22,7 horas). Não estão descritas complicações intraoperatórias para ambos os grupos. O tempo mediano de seguimento das doentes foi de 95,5 dias, durante o qual foram identificados 4 casos de prolapso genital (2 do compartimento anterior e 2 do compartimento médio), 3 casos de alterações do trato urinário (1 de cistite e 2 de incontinência urinária) e 1 caso de dor intensa após o procedimento.

**Discussão/Conclusões:** A colporrafia anterior é um procedimento seguro, que pode ser realizado em regime de ambulatório, quando cumpridos os critérios cirúrgicos, clínicos e sociais, estando associado a menor tempo de espera para a cirurgia e duração de internamento, possibilitando uma abordagem mais cómoda e custo-efetiva.

## PO 07

### IMPACTO DO TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR NA ENDOMETRIOSE E/OU ADENOMIOSE – A PERSPECTIVA DAS DOENTES

Mariana Gomes Pereira<sup>1</sup>; Susana da Fonseca<sup>2</sup>; Bárbara Alves Vieira<sup>2</sup>; Fátima Silva<sup>2</sup>; José Assunção Gonçalves<sup>3</sup>; Filipa Beja Osório<sup>3</sup>; Ricardo Pereira e Silva<sup>4</sup>

<sup>1</sup>*Pelvic Lab*; <sup>2</sup>*MulherEndo*; <sup>3</sup>*Hospital da Luz Lisboa*;

<sup>4</sup>*Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria*

**Introdução:** A endometriose caracteriza-se pela presença de tecido similar ao endométrio em localização extrauterina, originando respostas locais inflamatórias. Estima-se que afete cerca de 10% da população feminina e 50% das mulheres com infertilidade. Em Portugal, calcula-se que afete cerca de 350 mil mulheres. A adenomiose consiste na presença de células do endométrio no miométrio uterino. Apesar de distintas, a sintomatologia e as abordagens terapêuticas são semelhantes e concomitantes. Existem estudos a salientar a necessidade de intervenção multidisciplinar no tratamento, contudo há uma lacuna na implementação destas estratégias.

**Objetivos:** O presente estudo procura perceber, na perspetiva da doente, a relevância da multidisciplinaridade no tratamento das patologias e no controlo da sintomatologia. Optou-se por estudar o impacto da abordagem da Ginecologia, Urologia, Cirurgia Geral, Nutrição, Fisioterapia do Pavimento Pélvico e da Psiquiatria/Psicologia.

**Material e métodos:** Foi realizado um estudo transversal com aplicação de um questionário eletrónico, desenvolvido em colaboração entre a MulherEndo e profissionais de saúde de diferentes áreas, envolvidos na abordagem destas patologias. O questionário foi validado por experts e a linguagem adaptada à população alvo. Foram recolhidas 1504 res-

postas e validadas 1420 por cumprirem os critérios de inclusão - serem residentes em Portugal e terem diagnóstico confirmado. Os resultados foram analisados com recurso a estatística descritiva.

**Resultados:** A maioria das doentes tem idade compreendida entre os 32 e 43 anos (55,56%). Verificou-se uma maior taxa de diagnóstico entre os 26 e 37 anos (60,9%). Em média, as mulheres apresentaram 9/20 dos sintomas mencionados no questionário. Os sintomas mais prevalentes foram: dismenorreia (86,1%), distensão abdominal (84,2%) e dispareunia profunda (73,7%). Mais de metade, 59,44%, está a ser acompanhada no sistema privado de saúde e 10,78% das doentes não estão a ter acompanhamento em consulta de endometriose. A Ginecologia foi a especialidade mais procurada (99%), seguida da Nutrição (40,8%), Cirurgia Geral (29,2%), Psicologia (28,4%) e Urologia (19,1%). Aproximadamente 72% recorreram a duas ou mais das áreas referidas. Das doentes seguidas em Ginecologia, 68,7% têm acompanhamento em consulta de Endometriose, e destas, 44% foram recomendadas por outro profissional de saúde e/ou pela MulherEndo. Da totalidade, 89% referem melhorias na sua sintomatologia. Das 271 (19,1%) doentes que consultaram um urologista, 62,9% apresentaram melhorias na sintomatologia. Em relação à Gastroenterologia e/ou Cirurgia Geral, recorreram 214 (15,1%) doentes e 75,6% das que avaliaram esta especialidade sentiram melhorias na sintomatologia. Cerca de 19% da amostra recorreu a tratamentos de Fisioterapia do Pavimento Pélvico. Das 272 doentes que avaliaram a melhoria da sintomatologia, o controlo da dor é onde a fisioterapia apresenta melhores resultados, em 41,5% das doentes. Quanto à Nutrição, 81,7% das mulheres refe-

riram melhoria no controlo da sintomatologia. Das doentes que recorreram à Psicologia/Psiquiatria, 56,6% refere que a especialidade ajudou a lidar com o impacto/consequências das patologias. A Ginecologia foi a área com maior impacto positivo em 79,4% das doentes, seguida da Nutrição com 27,3% e da Psiquiatria/Psicologia com 15,1%. Cerca de 41% referem que a sua qualidade de vida é satisfatória à data do inquérito.

**Discussão/Conclusões:** Apesar da multiplicidade de sintomas e do seu impacto marcante na qualidade de vida destas mulheres, verifica-se que nem sempre se recorre às diferentes áreas de intervenção multidisciplinar. A literatura sugere que a abordagem multidisciplinar permite um controlo mais célere da doença e com melhores resultados e, por isso, deverá ser a abordagem preferencial. No entanto, a falta de encaminhamento, de literacia em saúde e de recursos financeiros podem justificar a dificuldade em recorrer a estas áreas.

## PO 08

### **ANTICHOLINERGIC BURDEN AS A PREDICTOR OF TREATMENT SUCCESS IN OAB**

João Oliveira<sup>1</sup>; Luis Vale<sup>1</sup>; Cláudia Fernandes<sup>1</sup>;

João Silva<sup>1</sup>; Tiago Antunes-Lopes<sup>1</sup>

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

**Introduction:** Overactive bladder syndrome (OAB) is a bothersome chronic condition affecting the quality of life of both genders. Anticholinergic drugs (AC) are one of the cornerstones of OAB pharmacologic treatment. Recently, growing concern has surrounded AC's adverse effects.

Anticholinergic burden (ABu) represents the cumulative effect of taking one or more medications with anticholinergic action in an individual and is quantifiable by several validated scales, such as the Drug Burden Index (DBI).

*We aim to describe the ABu of treatment naïve OAB patients and investigate its relation to treatment success.*

**Methods:** We retrospectively reviewed all patients referred to our outpatient clinic for OAB from 1st January 2022 to 31st December 2022. Exclusion criteria included neurogenic bladder; patients who already started on AC/mirabegron for OAB by the referring physician; history of pelvic radiotherapy; history of bladder cancer; postvoid residual volume > 200 mL; clinically significant stress urinary incontinence; chronic pelvic pain syndrome, congenital urinary tract malformations, history of bladder surgery, history of midurethral sling or prostatic surgery, chronic kidney failure on dialysis. ABu was ascertained using Drug Burden Index. Data confidentiality was assured, and the study was approved by our institution ethics committee.

**Results:** During the study time frame, 42 treatment naïve OAB patients were referred to our outpatient clinic. Arterial Hypertension was the most frequently reported comorbidity affecting 59,5% of patients. Mean age was  $65,95 \pm 13,28$  years and 81% of patients were women. OAB wet was the most frequent OAB subtype as 78,8% patients reported associated incontinence episodes, using an average of  $2,7 \pm 1,4$  pads per day. Median (range) DBI was 0,05 (0-3,07); 21(50%) patients scored 0 on the DBI, 15 scored between 0 and 1(35,7%) and 6 (14,3%) scored more than 1. AC drugs were the treatment of choice in 97,6% of patients. Trosipium chloride was the most prescribed drug across all DBI score groups (0;0-1;>1). Twenty patients (47,6%) stated OAB symptomatic improvement after therapy. Median DBI was significantly higher in patients reporting no improvement after AC therapy when compared with the group of patients reporting improvement ( $p=0,03$ ).



**Conclusion:** ABu is an important determinant of anticholinergic therapy success for treatment naïve OAB patients. Therefore, physicians may need to consider using drugs targeting other pathways such as the beta 3 adrenergic receptor in those patients with higher ABu. Nevertheless, prospective studies are necessary to further study and confirm this relationship and establish clinical recommendations.

## PO 09

### **PARTIAL CYSTECTOMY FOR CHRONIC PELVIC PAIN IN A POST MENOPAUSE WOMAN WITH BLADDER ENDOMETRIOSIS**

Inês Macedo Alves Peyroteo Gomes<sup>1</sup>;  
Joana Rodrigues<sup>2</sup>; Filipe Abadesso Lopes<sup>2</sup>;  
Ricardo Pereira e Silva<sup>2</sup>; José Palma Dos Reis<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>IPO Lisboa; <sup>2</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE  
/ Hospital de Santa Maria

**Introduction:** Endometriosis is a common, benign, estrogen dependent, chronic gynaecological disorder commonly associated with pelvic pain and infertility. Endometriosis involving the urinary tract is rare and usually occurs before menopause, as ectopic endometrial tissue is dependent on estrogen for continued growth and undergoes regression after menopause. The rare occurrences in the postmenopausal age are almost always associated with hormonal therapy.

**Material and methods:** We present a rare case of endometriosis in a postmenopausal woman without previous history of hormonal use.

**Results:** A 58-year old patient was referred to the urologist with chronic pelvic pain that showed progressive worsening during the previous 5 years. This pain showed no relation with bladder filling or emptying, although the patient reported storage symptoms, mainly increased daytime frequency. The patient reported great impact on quality

of life due to the pelvic pain, that led to sick leave. The pre-operative pain score was 10 (in a 10-point numeric rating scale, NRS), refractory to daily oral opioids. Patient had an obstetric index of 1001 and a previous history of open abdominal hysterectomy with iatrogenic bladder injury 15 years ago without hormonal replacement therapy since that date. No evidence of endometriosis was mentioned, as well as no report of lower urinary tract symptoms by then.

In the gynaecological evaluation, patient had slight hypermobility of the urethra and painful trigger points at the side walls of the vagina, mainly on the left side.

Patient performed a bladder ultrasound that showed a solid nodule with 24mm in the bladder wall. A cystoscopy was performed and a bulging mass on the left bladder wall was seen with normal overlying urothelium. A magnetic resonance imaging confirmed the absence of other pelvic findings and the thorough review of the images strongly suggested bladder wall endometriosis as the most likely hypothesis for the etiology of the mass. After careful expectation management the patient, taking into account that the actual pain was mostly myofascial and unrelated to bladder filling or emptying, a partial cystectomy through a Pfannenstiel incision was offered to the patient.

Intra-operatively, extensive fibrosis surrounding the bladder nodule was found. The bladder was mobilised and the left superior vesical pedicle ligated to allow for exposure and proceeding into an extensive left wall partial cystectomy, since a significant part of the bladder wall was involved, surrounding the nodule. A double layer closure with 2-0 Vycril was performed and a bladder catheter left in place for 2 weeks. The pathology report confirmed endometriosis of the bladder wall.

*Clinically, patient improved substantially with a post-operative pain score of 0 after two weeks and no clinically relevant LUTS (although a median bladder capacity of 250mL was seen in the bladder diary).*

**Conclusion:** *The treatment of chronic pelvic pain is undoubtedly challenging. A thorough assessment of the patient history and physical exam is mandatory and may lead to possible treatable causes. A good expectation management and shared decision-making is essential for a correct approach that should be always multidisciplinary. In this specific case and although the patient had long-lasting pain with mostly myofascial manifestations, successful treatment relied solely and unexpectedly on surgical excision of the nodule with no need for further interventions (such as pelvic floor muscle therapy or psychology) highlighting the paramount importance of patient phenotyping for a patient-tailored chronic pelvic pain treatment.*

## **PO 10**

### **BULKING AGENT INJECTION FOR SALVAGE TREATMENT POST PUBOVAGINAL AUTOLOGOUS SLING FAILURE**

Inês Macedo Alves Peyroteo Gomes<sup>1</sup>;

André Jin Ye<sup>2</sup>; Miguel Miranda<sup>2</sup>;

Ricardo Pereira e Silva<sup>2</sup>; José Palma Dos Reis<sup>2</sup>

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

**Introduction:** *Injection of urethral bulking agents (UBAs) is a minimally invasive treatment option for stress urinary incontinence caused by intrinsic sphincter deficiency (ISD) or stress-predominant mixed urinary incontinence. They are formally recommended for elderly patients, for those with a high anesthesiological risk, or for those reluctant to undergo surgery. UBAs may also be used following failure of previous surgery if ISD is the main cause for stress urinary incontinence. A*

*new bulking agent (polyacramide hydrogel) is gaining space in the field.*

**Material and methods:** *We present a case of bulking agent injection for refractory stress incontinence after failed autologous sling.*

**Results:** *A 59-year old woman (Obstetric Index 2012) with familial amyloid polyneuropathy (FAP) was referred to the urologist for stress-predominant mixed urinary incontinence with great impact on quality of life. The patient worn several pads per day and avoided social interaction because of her urinary incontinence. No other significant lower urinary tract symptoms were self-reported. Patient had a past medical history of hysterectomy with oophorectomy 20 years ago and BMI of 29kg/m<sup>2</sup>. Pelvic exam revealed significant urethral hypermobility with visible leakage during cough. The urodynamic testing showed a maximum cystometric capacity of 350ml, urine loss with cough, no detrusor overactivity and detrusor underactivity during pressure-flow study. Urethral pressure profile was compatible with intrinsic sphincteric deficiency (maximum urethral closure pressure under 30cmH<sub>2</sub>O).*

*After a careful discussion with the patient regarding the possible need for intermittent self-catheterisation (attending to the already known neurogenic lower urinary tract dysfunction due to FAP) in the post-operative setting, an autologous pubovaginal fascial sling with rectus abdominis fascia was proposed.*

*The surgery was uneventful but the patient had no spontaneous voiding following bladder catheter removal at the second day post-operative, requiring intermittent self-catheterisation from that day on. Two months later the patient reported some difficulty in catheter insertion at home and after several failed attempts, the urethra had shown a bloody*

discharge and the patient was admitted in the urgency department for assessment. A cystoscopy was performed and an extensive urethral false passage was seen, with urethral exposure of the autologous sling. A transurethral bladder catheter was inserted with direct vision as well as a suprapubic catheter. Despite oral antibiotics, the patient developed fever, local pain and vaginal discharge. A CT scan was performed that showed an infected pelvic hematoma with 73x36mm with the need for hospitalization and intravenous antibiotics.

Once the infectious intercurrent was solved, the patient removed the transurethral bladder catheter and after that the suprapubic catheter, reporting recurrence of stress urinary incontinence with associated urgency episodes. Patient started pelvic floor muscle rehabilitation and mirabegrom with mild improvement but had to discontinue it due to hepatotoxicity.

All possible clinical options were discussed with the patient that was not motivated to an invasive surgery (such as bladder neck closure and Mitrofanoff appendicovesicostomy). The decision was to perform urethral injection of bulking agent, after a bladder ultrasound showing no postvoid residual urine volume.

The surgery was uneventful since, intraoperatively, the mid-urethra was completely spared and fibrosis was restricted to the proximal urethra. Surprisingly, the patient became completely continent but able to void spontaneously with an 80% voiding efficiency after 6 months of follow-up.

**Conclusions:** Injection of bulking agent may be an effective, sustainable and safe to treat therapy-refractory mixed urinary incontinence even in a catastrophic sling failure setting as the one described. Patients benefit from the short surgical procedure without the need

for general anaesthesia or discontinuation of anticoagulation.

## PO 11

### **THE MESH DAYS ARE OVER? LAPAROSCOPIC BURCH COLPOSUSPENSION: RESULTS FROM A SINGLE CENTRE COHORT**

Inês Macedo Alves Peyroteo Gomes<sup>1</sup>;  
Miguel Fernandes<sup>2</sup>; Filipe Abadesso Lopes<sup>2</sup>;  
Ricardo Pereira e Silva<sup>2</sup>; José Palma Dos Reis<sup>2</sup>

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

**Introduction:** Stress urinary incontinence (SUI) comes with significant health and economic burden on society and the women affected. The Laparoscopic Burch Colposuspension (LBC) is a non-mesh alternative to synthetic midurethral slings (MUS) for women with stress urinary incontinence, either as a first alternative or in a sling-failure scenario. With recent concerns about vaginal mesh procedures and negative media attention surrounding them, the demand for options is rising. The short-term outcomes of LBC and MUS seems similar in previous literature.

**Objectives:** To evaluate the outcomes of LBC for treatment of SUI in women

**Material and methods:** A retrospective analysis of patients that underwent LBC and had at least 1 year of follow-up, was performed by reviewing electronic medical records.

Primary outcome was successful treatment of SUI, defined as a negative result of cough stress test and subjective significant improvement of stress incontinence symptoms. Secondary outcome was surgical complications.

**Results:** Ten patients with stress incontinence (without significant intrinsic sphincter deficiency) confirmed by a urodynamic study underwent Laparoscopic Burch Colposuspension over two years. All patients were

*discharged at the first day post-operative and there were no surgical complications. The median age of the patients was 57 years old. Out of the 10 patients, 2 had a previous hysterectomy, 3 had a previous synthetic sling and the median follow-up was 15 months (ranging from 3 to 46 months). Primary outcome of successful treatment was achieved in 62.5% at 2 months post-operative and in 100% of patients at 1 year post-operative. No relapse of SUI was seen at later visits in patients with longer follow-up. From the 3 patients who still had stress incontinence at 2 months post-operative, 2 had a previous sling. Patients that showed mild SUI following surgery were referred to pelvic floor muscle therapy (even if they had a similar program preoperatively).*

**Conclusion:** *LBC is a safe and effective treatment option for SUI, with low failure rates and low perioperative complications. It seems a suitable alternative for women with contraindication for synthetic mid-urethral slings or those having concomitant laparoscopic procedures. The exact place for laparoscopic colposuspension in clinical practice may be yet to be defined and more data concerning patient selection and long-term results is needed.*

## **PO 12**

### **SERÁ A ENDOMETRIOSE UMA PATOLOGIA CADA VEZ MAIS UROLÓGICA? – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO**

Margarida Henriques<sup>1</sup>; Margarida Manso<sup>1</sup>;

João Silva<sup>1</sup>; Carlos Silva<sup>1</sup>

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

**Introdução:** A endometriose é uma patologia ginecológica complexa caracterizada pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina, cuja etiologia ainda não está completamente esclarecida. É uma doença crónica com grande impacto na qualidade de vida,

sendo a principal causa de morbidade nas mulheres em idade fértil. Com prevalência de 1-5%, tem o seu pico entre os 25 e os 45 anos. O envolvimento urológico desta patologia é raro, correspondendo a 1.2-3.9% de todos os casos. Afeta mais frequentemente a bexiga (84%), podendo envolver ainda o ureter (15%), rim (4%) e uretra (2%). As mulheres podem ser assintomáticas, podendo apresentar sintomas do trato urinário inferior, como disúria, frequência urinária, urgência urinária e hematúria.

**Objetivo:** Este estudo tem como objetivo caracterizar a população de mulheres diagnosticadas com endometriose com envolvimento urológico de uma instituição.

**Material e Métodos:** Através do acesso aos registos histopatológicos da instituição, as mulheres com evidência histológica de endometriose localizada na bexiga, ureter, rim ou uretra foram selecionadas para inclusão. Os dados dos casos selecionados foram extraídos do processo clínico eletrónico hospitalar. Dados demográficos, manifestações clínicas, meios de diagnóstico e terapêutica foram coletados e submetidos a análise.

**Resultados:** Entre 2003 e 2023, foram identificados 25 casos com histologia compatível com endometriose no trato urinário. A mediana das idades das mulheres observadas foi de 38 (33-44.5) anos. Em 16 (64%) casos, o diagnóstico inaugural de endometriose foi obtido após referência para Urologia por queixas urinárias baixas. O sintoma urológico mais frequentemente reportado foi a frequência urinária (25%), seguido por disúria (19%), hematúria (19%), dor lombar (19%) e urgência urinária (13%). Treze mulheres (52%) estavam assintomáticas do ponto de vista urológico. Nestes casos, o diagnóstico foi realizado no decurso de estudo de infertilidade ou dispareunia. Em 20 doentes (80%) a

endometriose envolvia a bexiga, com apenas 3 casos (12%) de endometriose ureteral e 2 casos (8%) com envolvimento do rim. A peça histológica para diagnóstico definitivo e, em alguns casos, tratamento, foi obtida através da excisão de lesões suspeitas por laparoscopia em 15 (60%) casos, ressecção transuretral da bexiga em 7 (28%), laparotomia em 5 (20%) e ureteroscopia em 1 (4%). A totalidade das mulheres sintomáticas do ponto de vista urológico relataram melhoria dos sintomas após a intervenção cirúrgica.

**Discussão/Conclusões:** Esta análise retrospectiva observacional permite verificar que a nossa experiência está de acordo com o descrito previamente na literatura, no que concerne à idade das mulheres ao diagnóstico, ao local mais frequentemente afetado e às manifestações clínicas referidas. Adicionalmente, a raridade do envolvimento do trato urinário por endometriose foi evidente desde logo por se terem registado apenas 25 casos no espaço de 20 anos, num hospital terciário. Este facto, associado também à existência de casos assintomáticos, alerta-nos para o elevado grau de suspeição a ter para o reconhecimento precoce desta patologia. O diagnóstico de endometriose pélvica advém em muitos casos da realização de laparoscopia diagnóstica em mulheres seguidas por Ginecologia por sintomas do foro desta especialidade. No entanto, nesta instituição, a grande maioria das mulheres recorreu ao médico por sintomas ou achados do foro urológico. Nesse sentido, perante uma mulher com sintomas do trato urinário inferior, o Urologista deve colocar como diagnóstico diferencial esta possibilidade, sobretudo quando outras mais prováveis forem excluídas.

## PO 13

### INJEÇÃO DE TOXINA BOTULÍNICA NA BEXIGA HIPERATIVA IDIOPÁTICA – PREDITORES DA SUA EFICÁCIA

Margarida Henriques<sup>1</sup>; João Sousa<sup>2</sup>; Francisco Botelho<sup>1</sup>; Francisco Cruz<sup>1</sup>; Carlos Silva<sup>1</sup>; Margarida Manso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de S. João, EPE; <sup>2</sup>Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Introdução:** A bexiga hiperativa idiopática (SBH) é uma patologia prevalente, com um grande impacto na qualidade de vida das doentes. Em casos refratários, a injeção intravesical de toxina botulínica é uma alternativa, com vários estudos a demonstrar a sua eficácia. No entanto, a sua taxa de sucesso é variável e não constitui um tratamento definitivo, tendo uma duração média de 6 meses. Assim, um melhor entendimento dos preditores da sua eficácia é crucial para uma melhor seleção dos pacientes.

**Objetivos:** Neste estudo pretendemos avaliar a eficácia da toxina botulínica no tratamento da SBH e identificar os determinantes da sua eficácia e duração de efeito.

**Material e métodos:** O presente estudo trata-se de um coorte retrospectivo observacional. Foram incluídas todas as mulheres submetidas a injeção de toxina botulínica por SBH numa instituição. Foram excluídas as doentes cujo primeiro tratamento foi realizado no último trimestre de 2023 por não se considerar terem tido tempo suficiente para uma adequada reavaliação de necessidade de novas injeções. Foi avaliada a idade ao diagnóstico, IMC, colocação de sling suburetral previamente ao diagnóstico de SBH, número de pensos usados antes e após a intervenção, número de tratamentos com toxina botulínica e o tempo decorrido até cada um deles, e satisfação das doentes. O outcome primário foi a eficácia, avaliada através de cessação de necessidade de pensos. O tempo entre in-

jeções, os determinantes de eficácia, assim como a satisfação das doentes avaliada através da resposta afirmativa à pergunta “Está satisfeita?” foram considerados outcomes secundários. Foi usado o software SPSS para análise estatística. Foi realizada uma análise descritiva da amostra. As frequências foram expressas em percentagens, e as variáveis contínuas foram apresentadas em médias e medianas, com o respetivo desvio padrão e intervalo interquartil. Foram utilizados os testes de t-student e qui-quadrado, considerando um valor de  $p < 0.05$  como estatisticamente significativo.

**Resultados:** Desde 2010, foram submetidas a injeção vesical com toxina botulínica 375 mulheres com SBH, tendo sido excluídas 7 doentes cujo procedimento decorreu no último trimestre de 2023. Entre as 368 doentes avaliadas, a idade média ao diagnóstico foi de 60.4 anos, com um IMC médio de 30.3. Destas, 27.7% tinha sido submetida previamente a colocação de sling. A maioria (62%) das doentes ficou a usar 0 pensos após tratamento. Antes da injeção de toxina botulínica, a mediana de pensos utilizados por dia era de 3 e após a injeção passou a 0. Em 60.1% dos casos, as doentes precisaram de mais injeções, sendo que a mediana de tratamentos adicionais foi de 1, com mediana de tempo até à segunda injeção de 18 meses. Verificou-se que a um menor número de pensos usados previamente se associou uma maior probabilidade de ficar continente. Quanto maior o número de pensos pré-procedimento, menor o tempo até nova injeção. As doentes que tinham colocado sling tiveram menor probabilidade de ficar secas. As mulheres que repetiram a injeção pelo menos 2 vezes eram mais jovens ao diagnóstico. As doentes que se disseram satisfeitas repetiram o tratamento em maior proporção do que as não satisfeitas. Não foi encontrada relação esta-

tisticamente significativa entre IMC e continência após injeção.

**Discussão/conclusões:** A análise dos dados demonstrou que a maioria das doentes deixou de precisar de pensos após o tratamento com toxina botulínica, corroborando a sua eficácia. O número de pensos usados previamente e a história de colocação de sling afetaram o resultado do tratamento. A idade ao diagnóstico e a satisfação determinaram a repetição do procedimento. O tempo mediano entre procedimentos foi superior à literatura, em muitos dos casos provavelmente por questões intrínsecas à logística do próprio serviço.

## PO 14

### ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR NUM PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS PECULIAR

Mariana Teves<sup>1</sup>; Cátia Sofia Ferreira<sup>2</sup>; Cristiana Soares<sup>2</sup>; Rui Medeiros<sup>2</sup>; Daniel Jordão<sup>2</sup>; Arielle Turpin<sup>2</sup>; Alexandra Henriques<sup>2</sup>; Alexandre Valentim Lourenço<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada;  
<sup>2</sup>CHULN

**Introdução:** A ocorrência de hérnia perineal é uma complicação pouco frequente após amputação abdomino-perineal. Atualmente não existe consenso sobre qual a melhor técnica cirúrgica para o tratamento desta condição, estando descritas técnicas com tecidos autólogos ou material de suporte sintético.

**Objetivo:** Descrição de um caso clínico de hérnia perineal recidivante após amputação abdomino-perineal tratada com retalho musculocutâneo vertical do músculo reto abdominal (VRAM) com fixação ao sacro.

**Caso clínico:** Mulher de 65 anos, gesta 2, para 2 (um parto distócico por ventosa e uma cesariana), com antecedentes pessoais de obesidade, diabetes tipo 2 e psicose esquizoafectiva. Por apresentar prolapso de órgãos pélvicos (Cistocelo grau 3, Histerocelo grau 1, Rectocelo grau 2), foi submetida aos 46 anos

a histerectomia vaginal assistida por laparoscopia, com anexectomia bilateral e correção de cistocelo e rectocelo com tecidos nativos. Em consequência da menopausa cirúrgica, foi medicada com raloxifeno, que cumpriu durante 10 anos. Aos 50 anos, por diagnóstico de um carcinoma colorretal, foi submetida a amputação abdomino-perineal com ressecção parcial da vagina e colostomia permanente. Após a cirurgia colorretal, apresentou queixas de massa a aflorar à vulva tendo sido diagnosticada com hérnia perineal. Foi submetida a múltiplas cirurgias de correção durante um período de oito anos que incluíram próteses sintéticas e interposição de epiploon, sendo a primeira delas realizada apenas um ano após a cirurgia colorretal. É referenciada à consulta de Uroginecologia aos 62 anos por recidiva de hérnia perineal com grande impacto na qualidade de vida. À observação apresentava ausência de corpo perineal, ânus encerrado e rectocelo/enterocelo grau 4 (POP-Q: Aa:-3, Ba:-3, C:-5, gh:10, pb:\, tvl:5, Ap:+3, Bp:+5; D:\) com extensa ulceração.

A ecografia transperineal do pavimento pélvico evidenciou prolapso do compartimento apical (volumoso enterocelo) que ocupava todo o períneo logo abaixo da bexiga e que se estendia lateralmente e posteriormente. Na região apical da hérnia perineal visualizava-se estrutura sugestiva de prótese que não recobria todo o enterocelo. A ressonância magnética pélvica evidenciou peritoneocelo associado a enterocelo grave (>6 cm), com estreito contacto de ansa intestinal com a região do prolapso.

Foi submetida a cirurgia com envolvimento multidisciplinar (Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica e Uroginecologia) onde foi efetuada redução do conteúdo herniado, lise de aderências, reconstrução perineal com VRAM direito com fixação ao sacro e reconstrução da parede abdominal com prótese. Aos 15 dias

do pós-operatório, diagnosticou-se um hematoma abdominal infetado após deiscência de um ponto de fixação da prótese abdominal com necessidade de reintervenção cirúrgica para lavagem, desbridamento e colocação de penso de vácuo com instilação de soro. A microbiologia revelou infecção por *Enterococcus*, tendo sido medicada com amoxicilina-ácido clavulânico oral, de acordo com o antibiograma. Teve alta hospitalar seis semanas após a cirurgia e atualmente não apresenta queixas de prolapso de órgãos pélvicos.

**Conclusões:** Este caso reforça a importância da abordagem multidisciplinar na discussão do plano terapêutico e no tratamento cirúrgico de uma condição pouco comum e complexa, como é o caso da hérnia perineal recidivante após amputação abdomino-perineal. Uma vez que os casos recorrentes após cirurgia com prótese sintética exigem reforço do pavimento pélvico, além da reparação do prolapso, houve necessidade de recorrer a um VRAM para preencher o pavimento pélvico com a sua fixação ao sacro, prevenindo a posterior descida do retalho.

## PO 15

### GRÁVIDA MAL PARADA: DESMISTIFICAR O EXERCÍCIO FÍSICO

David Almeida e Reis<sup>1</sup>; Beatriz Bettencourt Silva<sup>2</sup>; Mafalda Neves<sup>1</sup>; Susana Moreira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de S. João, EPE; <sup>2</sup>Hospital Senhora da Oliveira Guimarães

**Introdução:** A obesidade materna e o estilo de vida sedentário têm contribuído para o aumento de complicações na gravidez como diabetes gestacional e pré-eclâmpsia. Assim, torna-se essencial educar as grávidas quanto aos benefícios do exercício físico (EF), aproveitando o acesso mais frequente aos cuidados de saúde que tornam a gravidez um momento ideal para a modificação comportamental.

**Objetivos:** Sensibilizar os profissionais de

saúde que contactam com grávidas para os benefícios do EF e para a necessidade da sua prescrição nesta população. Disponibilização de um panfleto para entregar às grávidas com informação e programa de EF.

**Materiais e métodos:** Revisão livre da literatura sobre o EF na gravidez.

**Resultados:** Encontra-se bem descrito na literatura que o EF durante a gravidez apresenta riscos mínimos e beneficia a maioria das mulheres. Contudo, antes de iniciar ou continuar a atividade física, deve ser realizada uma avaliação médica cuidada, na qual deverão ser tidas em conta potenciais contra-indicações à sua prescrição. Como contra-indicações relativas destacam-se anemia grave, baixo peso extremo, arritmia cardíaca materna não avaliada, restrição de crescimento fetal, diabetes mellitus tipo 1, hipertensão arterial ou hipotireoidismo mal controlados. A doença cardíaca com instabilidade hemodinâmica ou algumas patologias obstétricas, como a insuficiência cervical ou placenta prévia com idade gestacional superior a 26 semanas são contra-indicações absolutas à prática de EF. Para além disso, a grávida deverá ser informada dos cuidados a ter durante a prática de EF e dos sinais de alarme que devem motivar a sua suspensão, nomeadamente hemorragia vaginal, perda de líquido amniótico ou dispneia prévia ao exercício. É também importante desmistificar alguns conceitos que se encontram enraizados na população e que, muitas vezes, estimulam o sedentarismo durante a gravidez, nomeadamente o receio da prática de EF causar desfechos fetais ou neonatais. A prática de EF não aumenta o risco de aborto espontâneo do 1º trimestre e o EF aeróbico de intensidade moderada durante toda a gravidez não está associado a parto pré-termo ou a baixo peso do recém-nascido. Também não se demonstraram diferenças em parâme-

tros relacionados com o parto, como a idade gestacional, taxa de episiotomias, induções do trabalho de parto ou cesarianas. Após abordados estes tópicos, é importante demonstrar à grávida os benefícios do EF, nomeadamente: melhor controlo do peso materno, melhoria do estado psicológico e redução da depressão pós-parto, menor incidência de dor lombo-pélvica, maior probabilidade de parto vaginal, menor probabilidade de diabetes gestacional ou complicações hipertensivas da gravidez. Existem ainda recomendações quanto ao tipo de EF considerado seguro durante a gravidez, como caminhada rápida ou corrida, natação e fortalecimento muscular. Os desportos de contacto ou com grande risco de queda ou trauma abdominal e o mergulho devem ser evitados. O objetivo é que a grávida realize pelo menos 150 minutos de atividade física aeróbica de intensidade moderada por semana, à qual devem ser acrescentados exercícios de fortalecimento muscular.

O panfleto disponibilizado conta com informação relativa às alterações do corpo da mulher durante a gravidez, resumo dos benefícios da prática de EF para a grávida e para o recém-nascido, sinais de alarme que devem motivar a suspensão do EF e ainda um conjunto de exercícios específicos desenhados para ajudar a grávida a alcançar determinados objetivos relacionados com a sua condição.

**Discussão/Conclusões:** O EF na gravidez tem benefícios demonstrados para a saúde da mulher e da criança. Assim sendo, os profissionais de saúde que contactam com esta população devem ser capazes de aconselhar e motivar as mulheres para a adoção de um estilo de vida saudável que inclui a prática regular de EF. No sentido de auxiliar os profissionais de saúde, os autores disponibilizam um panfleto informativo.



## ORGANIZAÇÃO



### COMISSÃO ORGANIZADORA

Presidente: Rui Pinto  
Vice-Presidente: Ricardo Pereira e Silva  
Secretária-Geral: Joana Gomes  
Tesoureira: Maria João Andrade  
Alexandra Henriques  
Alexandre Duarte  
Carlos Ferreira  
Frederico Carmo Reis  
Frederico Ferronha  
José Assunção Gonçalves  
Manuela Mira Coelho  
Rui Leal

### COMISSÃO CIENTÍFICA

Presidente: Bercina Candoso  
Alexandre Lourenço  
Ana Trêpa  
Francisco Cruz  
João Pimentel  
Luís Abranches Monteiro  
Miguel Ramos  
Paulo Dinis  
Teresa Mascarenhas

## MAJOR SPONSORS



## SPONSORS



### SECRETARIADO CIENTÍFICO

APNUG  
R. Nova do Almada, 95 - 3ªA, 1200-288 Lisboa  
Tel.: 213 243 590 (Chamada para rede fixa nacional)  
E-mail: apnug@apnug.pt

### SECRETARIADO

**ad**medic<sup>+</sup>  
Tel.: 218 429 710 (Chamada para rede fixa nacional)  
E-mail: paula.cordeiro@admedic.pt  
elsa.sousa@admedic.pt