

VII CONGRESSO NACIONAL DA APNUG

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE NEURO-UROLOGIA E URO-GINECOLOGIA

5 e 6 de Novembro, 2010
Hotel Vila Sol Algarve, Vilamoura



Programa científico

VII CONGRESSO NACIONAL DA APNUG

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE NEURO-UROLOGIA E URO-GINECOLOGIA

ORGANIZAÇÃO

Associação Portuguesa de Neuro-Urologia e Uro-Ginecologia

PRESIDENTE DO CONGRESSO

PAULO DINIS Urologia, Hosp. São João, Porto

PRESIDENTE DA COMISSÃO ORGANIZADORA

MARIA DA PAZ CARVALHO Medicina Física e de Reabilitação, Alcoitão

COMISSÃO ORGANIZADORA

ALEXANDRE LOURENÇO Ginecologia, Hosp. Sta. Maria, Lisboa | **ANA FORMIGA** Cirurgia Geral, Hosp. Capuchos, Lisboa | **FILIPA FARIA** Medicina Física e de Reabilitação, Alcoitão | **ISABEL PEREIRA** Medicina Física e de Reabilitação, Hosp. F. Fonseca, Sintra | **LUÍS ABRANCHES MONTEIRO** Urologia, Hosp. Curry Cabral, Lisboa

COMISSÃO DE HONRA

Presidente da Associação Portuguesa de Urologia
Presidente da Soc. Portuguesa de Medicina Física e Reabilitação
Presidente da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral
Presidente da Sociedade Portuguesa de Coloproctologia
Presidente da Sociedade Portuguesa de Ginecologia
Presidente da Secção de Uroginecologia da Sociedade Portuguesa de Ginecologia

ORADORES

AIDA RUFINO Enfermeira | **ALEXANDRA HENRIQUES** Ginecologia, Hosp. Sta. Maria, Lisboa | **ALEXANDRE DUARTE** Cirurgia Geral, Hosp. Univ. de Coimbra | **ALEXANDRE LOURENÇO** Ginecologia, Hosp. Sta. Maria, Lisboa | **AMÁLIA MARTINS** Ginecologia, Maternidade Alfredo da Costa, Lisboa | **ANA FORMIGA** Cirurgia Geral, Hosp. Capuchos, Lisboa | **ANA TRÊPA** Medicina Física e Reabilitação, Hosp. Geral Sto. António, Porto | **AVELINO FRAGA** Urologia, Hosp. Geral Sto. António, Porto | **BERCINA CANDOSO** Ginecologia, Maternidade Júlio Dinis, Porto | **BRANCO DA ROCHA** Ginecologia, Hosp. Distrital da Figueira da Foz | **CAMILO ESTEVES** Ginecologia, Centro Hosp. de Vila Nova de Gaia | **CÂNDIDA GRANDE** Medicina Física e de Reabilitação, Centro de Reabilitação São Brás de Alportel | **CARDOSO DE OLIVEIRA** Urologia, Hosp. Espírito Sto. de Évora | **CARLOS SILVA** Urologia, Hosp. S. João, Porto | **CELESTE SANTOS** Ginecologia, Hosp. Distrital de Faro | **DANIELA SILVA** Enfermeira, Centro de Medicina Física e Reabilitação do Alcoitão | **EDUARDO BATALLER** Ginecologia, Hosp. Clínico de Barcelona, Espanha | **EUNICE CAPELA** Ginecologia, Hosp. Distrital de Faro | **FILIPA FARIA** Medicina Física e de Reabilitação, Alcoitão | **FILIPA PIRES** Fisioterapeuta, Hosp. Fernando Fonseca, Sintra | **FILIPE SERRA** Ginecologia, Hosp. de Cascais | **FRANCISCO CRUZ** Urologia, Hosp. S. João, Porto | **FRANCISCO OLIVEIRA MARTINS** Cirurgia Geral, Hosp. dos Capuchos, Lisboa | **FRANCISCO ROLO** Urologia, Hosp. Univ. de Coimbra | **FREDERICO CARMO REIS** Urologia, Hosp. S. João, Porto | **HENRIQUE LUZ RODRIGUES** Farmacologia, Inst. Farmacologia e Neurociências, Fac. de Medicina, Univ. de Lisboa | **ISABEL PEREIRA** Medicina Física e de Reabilitação, Hosp. F. Fonseca, Sintra | **JAIME RAMOS** Gastrenterologia, Hosp. dos Capuchos, Lisboa | **JOÃO GÍRIA** Cirurgia Geral, Hosp. Garcia de Orta, Almada | **JOÃO MALAQUIAS** Cirurgia Geral, Hosp. Sta. Maria, Lisboa | **JOÃO PIMENTEL** Cirurgia Geral, Hosp. Univ. de Coimbra | **JOÃO SILVA** Urologia, Hosp. S. João, Porto | **JOÃO VARREGOSO** Urologia, Hosp. Fernando Fonseca, Sintra | **JOSÉ DAMASCENO E COSTA** Ginecologia, Hosp. S. Teotónio, Viseu | **JOSÉ NEVES** Urologia, Hosp. Distrital de Faro | **JÚLIO LEITE** Cirurgia Geral, Hosp. Univ. de Coimbra | **LADISLAV KROFTA** | **LIANA NEGRÃO** Ginecologia, Maternidade Bissaya Barreto, Coimbra | **LÍLIA MARTINS** Medicina Física e de Reabilitação, Coimbra | **LUÍS ABRANCHES MONTEIRO** Urologia, Hosp. Curry Cabral, Lisboa | **MANUEL ABECAISIS** Radiologia, Hosp. Sta. Maria, Lisboa | **MARIA DA PAZ CARVALHO** Medicina Física e de Reabilitação, Alcoitão | **MARIA JOÃO ANDRADE** Medicina Física e de Reabilitação, Hosp. Geral Sto. António, Porto | **MARIA JOÃO ESPERANÇA DA SILVA** Enfermeira, Consulta de Ginecologia, Hosp. Sta. Maria, Lisboa | **MÁRIO JOÃO GOMES** Urologia, Hosp. Geral Sto. António, Porto | **MÁRIO MENDES** Cirurgia Geral, Hosp. dos Capuchos, Lisboa | **MIGUEL GUIMARÃES** Urologia, Hosp. S. João, Porto | **MIGUEL MASCARENHAS SARAIVA** Gastrenterologia, Instituto CUF, Porto | **MIGUEL RAMOS** Urologia, Hosp. Geral Sto. António, Porto | **OLGA VISEU** Ginecologia, Hosp. Distrital de Faro | **PALMA DOS REIS** Urologia, Hosp. Sta. Maria, Lisboa | **PAULO PRÍNCIPE** Urologia, Hosp. Geral Sto. António, Porto | **PAULO DINIS** Urologia, Hosp. São João, Porto | **PAULO TEMIDO** Urologia, Centro Hosp. de Coimbra | **PAULO VALE** Urologia, Hosp. Garcia de Orta, Almada | **PEDRO NUNES** Urologia, Hosp. Univ. de Coimbra | **RICARDO PATRÃO** Urologista, Hosp. Univ. de Coimbra | **RIOJA TORO** Medicina Física e de Reabilitação, Hosp. Ortega, Valladolid, Espanha | **RUI PINTO** Urologia, Hosp. S. João, Porto | **RUI SOUSA** Urologia, Hosp. Militar Principal, Lisboa | **SUZANA SANTO** Ginecologia, Hosp. Sta. Maria, Lisboa | **TERESA MASCARENHAS** Ginecologia, Hosp. S. João, Porto | **TERESA MIRCOC** Medicina Física e de Reabilitação, Hosp. Sta. Maria, Lisboa | **VAZ SANTOS** Urologia, Hosp. S. José, Lisboa

JÚRI DE COMUNICAÇÕES LIVRES E POSTERS

Branco da Rocha | Cardoso de Oliveira | José Damasceno | José Neves | Maria João Andrade | Olga Viseu | Paulo Dinis

16.00-19.00h 3 cursos em simultâneo

CURSO1: URODINÂMICA TÉCNICA

Coordenador/Monitor: Miguel Ramos

16.00h

Princípios de urodinâmica: Rui Sousa

Urofluxometria: Miguel Ramos

Cistomanometria de enchimento: Paulo Príncipe

Estudo pressão/fluxo: Miguel Ramos

Perfilometria uretral: Paulo Príncipe

Vídeo-urodinâmica: Luís Abranches Monteiro

Como fazer o relatório do estudo urodinâmico: Rui Sousa

18.00h

Parte prática

Equipamento

Demonstração da técnica urodinâmica

Interpretação de traçados

CURSO 2: INCONTINÊNCIA URINÁRIA – CUIDADOS PARTILHADOS PARA MÉDICOS DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Coordenador: Paulo Dinis

Monitores: Alexandre Lourenço, Maria da Paz Carvalho, Filipa Faria e Luís Abranches Monteiro

Bases anatómicas e fisiopatológicas das incontinências: Luís Abranches Monteiro

Papel da Medicina Física e Reabilitação no tratamento das incontinências:

Maria da Paz Carvalho e Filipa Faria

Orientação e tratamento das incontinências – interação Médico de Família/Cirurgião:

Alexandre Lourenço

CURSO 3: LESÕES DO ESFÍNCTER ANAL – DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Coordenadora/Monitora: Ana Formiga

Monitores: Ana Formiga, João Malaquias, Alexandra Henriques, Suzana Santo.

1ª Parte-Teórica

1. Introdução

2. Anatomia e Fisiopatologia

3. Avaliação morfofuncional

4. Tratamento das lesões Tardias

5. Lesões Obstétricas.

Diagnóstico e Classificação

Técnicas de Reparação

2ª Parte-Prática (hands-on)

Reparação de esfíncteres em modelos/modelo animal

5/11/2010/6ª feira

PROGRAMA CIENTÍFICO

08.00 h

Abertura do Secretariado

09.00-10.15 h

MESA-REDONDA

NEUROTOXINAS

Moderadores: Vaz Santos e Maria João Andrade

Introdução – Mecanismos de acção: Teresa Mirco

Toxina botulínica na bexiga hiperactiva idiopática: Francisco Rolo e Ricardo Patrão

Toxina botulínica na bexiga hiperactiva neurogénica: Carlos Silva

Toxina botulínica no síndrome doloroso vesical: Rui Pinto

Toxina botulínica na dissinergia véscico-esfíncteriana: Luís Abranches Monteiro

Toxina botulínica na fissura anal: Jaime Ramos

Discussão

10.15-10.45 h

Intervalo

10.45-11.15 h

CONFERÊNCIA MAGISTRAL

GENÉTICA EM PROLAPSO PÉLVICO

Presidente: Avelino Fraga

Palestrante: Liana Negrão

11.15-11.30 h

SESSÃO DE ABERTURA

11.30-12.30 h

MESA-REDONDA

NOVAS FRONTEIRAS NO PAVIMENTO PÉLVICO

Moderadora: Bercina Candoso

Células Estaminais na Incontinência Urinária – Onde Estamos? Paulo Vale

Avaliação Imagiológica do Pavimento Pélvico

Ecografia: João Varregoso

Ressonância: Manuel Abecasis

Discussão

12.30-13.00 h

CONFERÊNCIA MAGISTRAL

FISIOPATOLOGIA DA DOR EM CIRURGIA PÉLVICA

Presidente: Paulo Dinis

Palestrante: Luís Abranches Monteiro

13.00-14.30 h

Almoço de trabalho

14.00-14.30 h

VISITA AOS POSTERS

Moderadores: Branco da Rocha, Cardoso de Oliveira e Maria João Andrade

14.30-16.00 h

1ª SESSÃO DE WORKSHOPS

WORKSHOP 1: BEXIGA HIPERACTIVA

Coordenador: Alexandre Lourenço

Fisiopatologia: João Silva

Clínica: Frederico Carmo Reis

Farmacologia: Henrique Luz Rodrigues

Terapêutica Médica: Paulo Temido

Discussão

WORKSHOP 2: DISFUNÇÃO DEFECATÓRIA

Coordenadores: João Pimentel e João Malaquias

Estudos fisiológicos ano-rectais: Miguel Mascarenhas Saraiva

Ecografia ano-rectal: Ana Formiga

Incontinência fecal – tratamento: Júlio Leite

Obstrução defecatória: Alexandre Duarte

Reabilitação ano-rectal: Rioja Toro

Discussão

WORKSHOP 3: REABILITAÇÃO NAS DISFUNÇÕES DO PAVIMENTO PÉLVICO

Coordenadores: Isabel Pereira e Filipe Serra

Princípios de reabilitação: Lília Martins

Técnicas manuais de RPP: Filipa Pires

Biofeedback e electroestimulação: Cândida Grande

Evidência Clínica – Guidelines de Tratamento: Ana Trêpa

Discussão

16.00-16.30 h

Intervalo

16.30-18.00 h

2ª SESSÃO DE WORKSHOPS

WORKSHOP 4: INFECÇÃO DO TRACTO URINÁRIO

Coordenador: Cardoso de Oliveira

Fisiopatologia e diagnóstico diferencial: Pedro Nunes

I. T. U. no doente neurogénico e algaliados crónicos: Maria da Paz Carvalho

Bacteriúria assintomática: Eunice Capela

I. T. U. complicada: José Neves

Profilaxia da I. T. U.: Filipa Faria

Discussão

WORKSHOP 5: CIRURGIA DAS INCONTINÊNCIAS E DO PROLAPSO PÉLVICO

Coordenadora: Liana Negrão

Incontinência urinária masculina – cirurgia, quando e porquê: Miguel Guimarães

Material sintético em prolapsos – menos é mais?

Materiais reabsorvíveis: Ladislav Krofta

Minimalização cirúrgica: Eduardo Bataller

Incontinência feminina – *small is beautiful?*

O que alcançámos e o que falta alcançar: Francisco Cruz

Discussão

18.00 h Encerramento do 1º dia do Congresso

18.30-19.30 h **ASSEMBLEIA GERAL E ELEITORAL**

6/11/2010/Sábado

PROGRAMA CIENTÍFICO

07.30 h Abertura do Secretariado

08.00-09.30 h **COMUNICAÇÕES ORAIS**
Moderadores: Celeste Santos, José Damasceno e Costa e José Neves

09.30-11.00 h **MESA-REDONDA**
TRAUMATISMOS E DISFUNÇÃO PÉLVICA
Moderadores: Francisco Oliveira Martins e Camilo Esteves
Trauma: Mário Mendes
Introgénia na cirurgia colo-rectal: João Gíria
Introgénia Ginecológica e Obstétrica: Bercina Candoso
Introgénia em Urologia: Palma dos Reis
Disfunção miccional traumática: Luís Abranches Monteiro
Discussão

11.00-11.30 h Intervalo

11.30-13.00 h **MESA-REDONDA**
DESAFIOS DO PAVIMENTO PÉLVICO
Moderadores: Teresa Mascarenhas e Mário João Gomes
Consensos em terminologia: Amália Martins
Binómio bexiga hiperactiva e prolapso de órgãos pélvicos: Eduardo Bataller
Formação integrada em pavimento pélvico: onde, quem e porquê? Alexandre Lourenço
Discussão

13.00 h **ENCERRAMENTO DO CONGRESSO E ENTREGA DE CERTIFICADOS**

6/11/2010/Sábado

CURSOS PÓS-CONGRESSO

14.30-17.30 h 3 cursos em simultâneo

CURSO 4: URODINÂMICA CLÍNICA

Coordenador/Monitor: Luís Abranches Monteiro

16.00h

Papel dos estudos urodinâmicos na avaliação de:

Incontinência urinária feminina

Incontinência urinária masculina

Obstrução infravesical

Síndrome de bexiga hiperactiva e doenças relacionadas

Doenças neurogénicas centrais e periféricas

17.30h

Casos clínicos

18.30h

Elaboração de relatórios e conclusões clínicas de um traçado

CURSO 5: PROLAPSO E INCONTINÊNCIA

Coordenador/Monitor: Alexandre Lourenço

CURSO 6: TÉCNICAS E ACTOS DE ENFERMAGEM EM UROGINECOLOGIA E PAVIMENTO PÉLVICO

Coordenadores/Monitores: Alexandre Lourenço e Maria João Esperança da Silva

Palestrantes: Aida Rufino e Daniela Silva

Resumos de Comunicações livres

COMUNICAÇÕES ORAIS

Sábado . 06 . Nov. 08.00-09.30h

Com. Oral 1

COMPLICAÇÃO RARA DE UMA CIRURGIA COMUM – CORRECÇÃO CIRURGICA DE FÍSTULA URETERO-VAGINAL PÓS HISTERECTOMIA TOTAL

David Martinho, Anatoly Sandul, Sérgio Pereira, Rodrigo Garcia, Tiago Mendonça, Pedro Barros, Francisco Martins, Tomé Lopes

Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução: lesão ureteral é uma das mais sérias complicações da cirurgia ginecológica. Apesar da íntima relação anatómica entre o aparelho reprodutor feminino e o ureter, estima-se que ocorra em apenas 0,5 a 1% das doentes operadas. Apesar de alguns tipos de fístulas do trato urinário resolverem com abordagem conservadora, muitas vezes a correcção cirúrgica é a única solução para uma reparação definitiva.

Objectivos: Os autores descrevem um caso clínico em que ocorreu fístula uretero-vaginal pós histerectomia total por útero miomatoso. São transmitidos os principais passos na correcção cirúrgica em formato vídeo.

Material e Métodos: Doente de 38 anos, com antecedentes de menometrorragias, foi diagnosticada a presença de múltiplos miomas uterinos. Foi submetida a histerectomia total por via abdominal (aberta). Cerca de 1 semana após a cirurgia iniciou incontinência urinária constante, mas mantendo o padrão miccional habitual. A Uro-Tc demonstrou a presença de uma fístula uretero-vaginal (terminal) à esquerda. Colocado cateter ureteral duplo J durante 3 meses com melhoria sintomática mas, após a sua extração, re-iniciou o mesmo quadro clínico. Foi submetida a ureterectomia terminal esquerda com ureteroneocistostomia (psoas hitch).

Resultados: No seguimento aos 3 meses mantém ausência de perdas de urina.

Discussão/conclusão: Apesar de rara, a fístula uretero-vaginal deve ser sempre equacionada em todas as doentes com incontinência urinária constante após histerectomia, principalmente se mantiver a capacidade de armazenamento vesical. A abordagem conservadora com cateter ureteral é suficiente para resolução espontânea em algumas doentes, mas a correcção cirúrgica é necessária em grande parte dos casos.

Com. Oral 2

TVT E TVT-O: COMPARAÇÃO DE DUAS TÉCNICAS CIRÚRGICAS PARA CORRECÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO FEMININA

M^a Geraldina Castro, Luísa Montes, Conceição Aparício, André Catarino, Liana Negrão

Maternidade Bissaya Barreto, Centro Hospitalar de Coimbra

Introdução: O TVT (*Tension Free Vaginal Tape*) é considerado o procedimento minimamente invasivo standard para correcção da incontinência urinária de esforço (IUE). Desde o seu aparecimento, vários tipos de tiras suburetrais têm sido descritas. **Objectivo:** Comparar a eficácia clínica e a segurança de duas técnicas cirúrgicas minimamente invasivas para correcção da IUE: o TVT e o TVT-O (*Tension Free Vaginal Tape – Obturator*).

Material e Métodos: Estudo comparativo retrospectivo entre um grupo de 46 mulheres submetidas a TVT e um grupo de 100 mulheres submetidas a TVT-O, como procedimentos isolados, com consulta de vigilância aos 5 anos da intervenção. Os resultados e complicações foram comparados entre os dois grupos através do programa SPSS 17.0 for Windows.

Resultados: O grupo do TVT teve um maior número de complicações intraoperatórias do que o grupo do TVT-O (9,6% vs 3%; $p=0,001$). A retenção urinária foi mais frequente no grupo do TVT, mas sem significado estatístico. As taxas de cura no primeiro ano de seguimento foram de 80,4% no grupo do TVT e de 90,0% no grupo do TVT-O (pNs), no terceiro ano foram de 71,7% e 90,0% (pNs) e no quinto ano de seguimento de 60,9% e 81,0% ($p=0,028$), respectivamente. A erosão da tira ocorreu em 23,9% dos casos de TVT e 3,0% dos casos de TVT-O ($p=0,000$).

Conclusões: Este estudo sugere que o TVT-O é uma técnica cirúrgica mais segura, com menos complicações intra e pós-operatórias associadas do que o TVT. A eficácia terapêutica também se revelou superior no grupo do TVT-O.

Com. Oral 3

OUTSIDE-IN TRANSOBTURATOR TAPE NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO: EXPERIÊNCIA DO C.H.V.N.GAIA/ESPINHO

Evelin Pinto, Carla Ferreira, Ilda Rocha, Mariana Veiga, Camilo Esteves

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: A incontinência urinária de esforço (IUE) afecta cerca de 25% da população feminina em idade reprodutora e 30-40% das mulheres após a menopausa. Actualmente, o tratamento cirúrgico de eleição consiste na colocação de próteses sintéticas sub-uretrais.

Objectivo: Documentar a experiência do Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho no tratamento cirúrgico da IUE, com colocação de fita sub-uretral por via transobturadora (TOT).

Métodos: Foram consultados os processos clínicos de 150 casos de IUE submetidos a correcção cirúrgica com TOT, ocorridos entre Janeiro de 2005 e Março de 2010, e analisadas variáveis epidemiológicas, estudos urodinâmicos, complicações associadas e resultados.

Resultados: A idade média da população estudada foi de 52,3 anos (SD=8,9) com mediana de 52 (mínimo=31; máximo=74), sendo 81,3% multiparas e 53% pós-menopáusicas. 13,3% tinham antecedentes de histerectomia e 8,7% de correcção cirúrgica de IUE. Foi realizado estudo urodinâmico em 94,7% dos casos, com diagnóstico de IUE pura em 85,9% das doentes (7,4% com critérios de insuficiência intrínseca de esfíncter). 22% efectuaram correcção de prolapso genital concomitante. Houve 4% de complicações imediatas, por laceração vesical. Após a cirurgia, perderam-se 16 doentes para follow-up. Das restantes 134 doentes, 94,8% ficaram curadas da IUE; 5,2% mantiveram as queixas. Registraram-se 10 casos de extrosão de rede (7,5%). Três doentes foram reoperadas (2,2%), 2 por manterem IUE e 1 por extrosão de rede. Surgiu incontinência urinária de urgência de novo em 4,5%. A média de follow-up foi de 15 meses (mediana=6).

Conclusão: A taxa de sucesso e de complicações, semelhante ao descrito na literatura, permite corroborar a segurança e eficácia deste procedimento cirúrgico.

Com. Oral 4

EXTRACÇÃO ENDOSCÓPICA DE FITA DE TVT

Sérgio Pereira, David Martinho, Tiago Mendonça, Carla Soares, Helena Correia, Tomé Lopes

Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E. - Hospital de Santa Maria

Introdução: A incontinência urinária de esforço (IUE), que atinge até cerca de 35% das mulheres, pode ser motivo de grande distúrbio na qualidade de vida. Ao longo do tempo foram testadas várias opções cirúrgicas, desde as descritas por Burch, Marshall, Marchetti e Krantz até aos actuais *MiniSlings*. A introdução por Ulmsten e Petros do TVT (*Tension-free Vaginal Tapes*) nos anos 90 revolucionou o tratamento da IUE, atingindo taxas de cura muito superiores. Como qualquer técnica cirúrgica tem as suas complicações, sendo a mais usual a perfuração vesical (cerca de 4%).

Objectivos: Este trabalho pretende evidenciar a exequibilidade da via endoscópica para a extracção de uma fita de TVT que havia perfurado a bexiga.

Material e Métodos: Os autores mostram um vídeo que ilustra a extracção por via endoscópica de fita de TVT (retropúbica) colocada 5 anos antes, assim como fotografias de cistoscopia pré e pós operatória.

Resultados: Após a cirurgia, assistiu-se à reversão da sintomatologia urinária. A cistoscopia pós operatória evidencia a completa epiteliação da parede vesical.

Discussão/Conclusões: As cirurgias de remoção de fitas de TVT por via aberta podem ser penosas e laboriosas em virtude da incorporação das mesmas pelo organismo. A sua execução por via endoscópica é viável e eficaz, podendo ser a escolha em casos seleccionados.

Com. Oral 5

AJUST™: RESULTADOS DO UM ESTUDO PROSPECTIVO

Manuel Castanheira de Oliveira, Fábio Almeida, José Preza Fernandes, Rui Versos, Mário João Gomes

Centro Hospitalar do Porto - Hospital de Santo António

Introdução: O Ajust™ é um novo *MiniSling* utilizado no tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço que difere de outros pela sua ajustabilidade. O nosso objectivo é apresentar a nossa experiência com este procedimento e os nossos resultados em termos de continência e complicações ao fim de 6 meses de seguimento.

Material/Métodos: Foi realizado um estudo prospectivo onde foram incluídas pacientes do sexo feminino com incontinência urinária de esforço ou mista. A cura foi definida por uma pontuação do ICIQ-SF de zero, ausência de necessidade de utilizar pensos diários e teste da tosse negativo.

Resultados: Entre Janeiro e Setembro de 2009, 49 mulheres foram incluídas no estudo. Não se registaram complicações intra-operatórias. Verificaram-se complicações per-operatórias em 7 doentes (14.2%): 3 tiveram hemorragia vaginal e 4 retenção urinária.

Aos seis meses, 75.5% das doentes estavam curadas, 10.2% apresentavam melhoria e 14.3% tiveram falha do tratamento. Verificou-se urgência de novo em 9 pacientes (18.3%), 4 das quais tinham incontinência associada. Apenas 5 mulheres com IUM prévia mantiveram urgência. Uma doente referiu sintomas de esvaziamento. Não se notaram quaisquer sintomas sexuais.

Discussão e Conclusões: O Ajust™ aparenta ser uma opção eficaz para o tratamento da IUE, com uma morbilidade intra e per-operatória mínima. Realçamos a ausência de sintomas sexuais e a ocorrência mínima de sintomas de esvaziamento e retenção urinária. Estes achados confirmam um dos principais objectivos desta banda, que é o de evitar a sobretensão da porção média da uretra através da sua ajustabilidade, prevenindo a ocorrência de sintomas urinários obstrutivos.

Com. Oral 6

INCONTINÊNCIA URINÁRIA NOS UTENTES DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA – O UROLOGISTA AO ENCONTRO DA COMUNIDADE

Frederico Ferronha¹, António Pedro², Joana Nápoles¹, Rui Alves³, Rogério Carvalho⁴, Vaz Santos¹

¹Hospital de Sant'Ana, ²Unidade de Saúde Dr. José Domingos Barreiro, ³Saúde de Proximidade Santa Casa, ⁴Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

Introdução: A incontinência urinária (IU) é uma realidade que afecta grande parte da população, sendo transversal a todas as faixas etárias. No entanto, a sua incidência tem vindo a aumentar devido ao envelhecimento da população. Numa parceria com a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML) e aproveitando as suas linhas de orientação estratégica criou-se um protocolo para a avaliação e tratamento da problemática da IU, na vasta população apoiada por esta instituição. A SCML, à data, distribuiu material descartável para incontinência urinária a um total de 1737 utentes, 958 dos quais residentes em lares da SCML ou privados, e 779 utentes em regime ambulatório, inscritos nas seis Unidades de Saúde Santa Casa (USSC) existentes. Desses 1737 utentes, 91% são do sexo feminino e apenas 9% (328) do sexo masculino, sendo a média etária de 78 anos. A SCML, no último ano, distribuiu material de incontinência no valor de 399.312,57€, num total de unidades de resguardos e fraldas de 1.785.210.

Material e Métodos: O projecto decorreu desde Julho de 2007 e Março de 2009. Os doentes abrangidos por este programa apresentavam IU, usufruindo da atribuição pela SCML de material descartável. Em termos cirúrgicos, e por ser uma população muito idosa foi decidido optar por técnicas minimamente invasivas (MI) e em regime de ambulatório. Assim em termos de opções e conforme o tipo de incontinência, dispnhamos de *bulking agents* (*Contigen*®) para incontinência urinária de esforço (IUE), de toxina botulínica (*Dyspor*®) para a incontinência urinária de urgência (IUU) ou de ambos para a incontinência urinária mista (IUM). Os doentes com indicação para terapêutica minimamente invasiva e que aceitassem o procedimento eram depois intervencionados no Hospital de Sant'Ana, tendo alta no próprio dia. Estes doentes eram avaliados ao 7º dia e ao 30º dia após o procedimento. A análise de resultados assentava num questionário simplificado, tendo por base o *King's Health Questionnaire* (KHQ), que é mais compreensível para o universo da população estudada.

Resultados: Foram marcadas 1393 consultas, tendo sido realizadas 1116 consultas (20% de faltas), 837 primeiras consultas (92% mulheres), das quais 335 de doentes institucionalizados e 502 doentes de ambulatório. Foram propostos 353 doentes para terapêutica minimamente invasiva, 55% com IUU, 17% com IUE e 28% com IUM. Numa primeira fase só 181 doentes aceitaram o tratamento MI e destes, apenas 70 doentes (39%) acederam serem intervencionados quando finalmente convocados para a cirurgia. A maior percentagem de recusas foi no grupo dos utentes residentes em lares (68%). A idade média do grupo tratado foi de 73,4 anos (49 a 95 anos), com a maioria dos doentes (88%) a apresentar 3 co-morbilidades associadas e hábitos farmacológicos significativos. A taxa de resposta a curto prazo (após 30 dias) de reavaliação total ou praticamente total da continência ou melhoria clínica significativa, foi de 70% na IUE, 58% na IUU e 60% na IUM. Nos doentes institucionalizados o grau de sucesso foi de 37,5% contra os 74% nos doentes de ambulatório. Como complicações operatórias tivemos 4 retenções urinárias (grupo da toxina), 5 casos de infecções urinárias sintomáticas, 2 casos de ardor miccional intenso sem infecção e um caso de hematúria franca.

Conclusão: O doente com IU persiste com reservas na procura de ajuda, mesmo quando é o médico que vai ao seu encontro, que se traduz

numa taxa ainda elevada de faltas ou recusas às consultas agendadas. Nesta população de utentes a IUU é de longe a mais prevalente. Em doentes idosos, com antecedentes pessoais pesados e polimedicados, as técnicas MI poderão trazer menos riscos, pelo que os procedimentos endoscópicos de tratamento da IU, parecem ser significativamente eficazes (>61%) e seguros. Os resultados parecem ser melhores nos doentes não institucionalizados, independentemente do tipo de procedimento utilizado. As complicações foram raras, sendo as mais graves e frequentes no grupo da toxina botulínica. Há portanto, um interesse crescente no desenvolvimento e aperfeiçoamento de abordagens minimamente invasivas, mantendo a qualidade terapêutica, mas também reduzir o efeito dos tratamentos sobre a qualidade de vida dos doentes.

Com. Oral 7

TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO: COMPARAÇÃO ENTRE O TRANSOBTURADOR TAPE OUTSIDE-IN (TOT) E O MINIARC® SLING

Susana Maia, Rita Abreu, Marta Durão, Sónia Gonçalves, Isabel Ferreira, Filomena Ramos

Serviço de Ginecologia Obstetrícia, Hospital Infante D. Pedro EPE, Aveiro

Introdução: Diferentes técnicas minimamente invasivas baseadas na teoria integral têm surgido desde 1996 para o tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço (IUE). O surgiu em 2001, e mais recentemente em 2007, foi introduzido o. O objectivo deste estudo foi avaliar a eficácia e segurança do *sling* transobturador outside-in (TOT) e do *MiniArc*® *sling*.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de 91 mulheres submetidas a TOT entre 2004 e 2008, e 105 mulheres submetidas a *MiniArc*® entre 2008 e 2009. Considerou-se que a mulher estava curada quando apresentava um teste de stress negativo e ausência de queixas subjectivas de IUE após a cirurgia.

Resultados: As mulheres submetidas a TOT apresentavam uma média de idade de 52 anos (34-74), 40% tinham excesso de peso, 55% eram pré-menopáusicas, 60% apresentavam IUE, com sintomas severos em 54% dos casos. Os procedimentos foram realizados maioritariamente sob anestesia locorregional, não se tendo registado complicações peri ou pós-operatórias precoces. A média de idade das mulheres submetidas a *MiniArc*® foi de 56 anos (33-86), 53% tinham excesso de peso, 66% eram pós-menopáusicas, 62% apresentavam IUE, com sintomas severos em 46% dos casos. Os procedimentos foram realizados maioritariamente sob anestesia local e sedação (77%), tendo-se registado as seguintes complicações: retenção urinária (n= 2), infecção do tracto urinário (n=3) e dor na coxa (n=1). Relativamente à eficácia das técnicas os resultados foram similares com taxas de cura e de cura ou melhoria, respectivamente, de 93,3% e 98,1% para o *MiniArc*® e de 86,8% e 94,5% para o TOT.

Conclusão: Na população estudada, ambos os procedimentos demonstraram ser eficazes, com elevadas taxas de cura e melhoria. O *MiniArc*® apresenta a vantagem de ser exequível sob anestesia local.

Com. Oral 8

TRANSOBTURADOR TAPE INSIDE-OUT (TVT-0®) COMPLICADO POR FÍSTULA CUTÂNEO-VAGINAL

Susana Maia¹, Leonor Sardo², Filipe Ribeiro², Sandra Cordeiro², Isabel Ferreira¹, Filomena Ramos¹

¹Serviço de Ginecologia Obstetrícia, Hospital Infante D. Pedro EPE, Aveiro, ²Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Infante D. Pedro EPE, Aveiro

Introdução: O *sling* transobturador inside-out (TVT-0®) introduzido em 2003 por De Leval, apresenta baixa morbilidade ao minimizar vários dos riscos associados à via retrópública.

Caso clínico: Reportamos o caso de uma mulher de 44 anos, que três anos após aplicação de prótese TVT-0® para correcção cirúrgica da incontinência urinária de esforço, iniciou queixas de leucorreia purulenta e dor na coxa esquerda, causadas por erosão da prótese e abscesso vaginal. Inicialmente efectuou-se sutura da parede vaginal, mas por recidiva das queixas realizou-se secção da prótese seis meses depois. A ressonância magnética (RMN) pélvica efectuada revelou trajecto fistuloso na espessura da gordura isquio-anal esquerda, com 8.3 cm de comprimento, orifício interno na vagina e orifício externo na raiz da coxa esquerda. A fistulografia confirmou a existência de fistula cutâneo-vaginal, pelo que a doente foi submetida fistulectomia parcial, por incapacidade de identificação das diversas estruturas vasculares da raiz do membro inferior, com remoção do trajecto fistuloso desde o orifício cutâneo externo até ao ramo isqui-púbico e buraco obturador. Dois meses depois, realizou nova fistulografia que revelou existência de loca de contornos irregulares no períneo, sem passagem de produto de contraste para a vagina, mas com passagem deste para trajecto vascular de pequeno calibre e em pequenos bolus para os vasos ilíacos. A RMN pélvica demonstrou trajecto fistuloso com exteriorização na região peri-anal e trajecto superior lateral ao músculo esfíncter externo, com cerca de 8,5 cm de comprimento e 4 mm de diâmetro, sem comunicação com a vagina nem com os vasos ilíacos.

Discussão: Apresentamos este caso por se tratar de uma complicação rara do TVT-0®. Embora a remoção completa da prótese esteja recomendada quando se suspeita de infecção, este caso demonstra que a sua execução pode ser complexa, dificultando a resolução da situação.

Com. Oral 9

ESTUDO COMPUTACIONAL SOBRE A INFLUÊNCIA DA FLEXÃO DA CABEÇA FETAL NO PAVIMENTO PÉLVICO DURANTE UM PARTO VAGINAL

M. P. Lages Parente¹, R. M. Natal Jorge², T. Mascarenhas², A. A. Fernandes¹

¹IDMEC, Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, ²H. S. João, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: Estudo computacional sobre a influência da flexão da cabeça fetal no pavimento pélvico durante um parto vaginal.

Objectivo: Investigar a influência da flexão da cabeça fetal durante um parto vaginal, utilizando para isso um modelo computacional 3D de elementos finitos.

Método: Construiu-se um modelo de elementos finitos da estrutura óssea da pelve, do pavimento pélvico e do feto. Os movimentos cardinais do feto durante o parto foram simulados, nomeadamente, o encravamento, descida, flexão, rotação interna, extensão, rotação externa e expulsão. Foram obtidos para diferentes graus de flexão da cabeça fetal, as forças que se opõem à descida fetal e as tensões no pavimento pélvico.

Resultados: O aumento da flexão da cabeça fetal traduziu-se numa redução nas forças que se opõem à descida fetal. O feto que se apresenta com uma flexão anormal encontra mais resistência, que se prolonga durante mais tempo. Quando a flexão da cabeça é elevada, o nível de tensões obtido é mais baixo.

Conclusões: Os resultados obtidos mostram que uma flexão elevada da cabeça fetal durante o parto vaginal pode facilitar o trabalho de parto e proteger o pavimento pélvico.

Com. Oral 10

VAGINECTOMIA LAPAROSCÓPICA: A ABORDAGEM ADEQUADA PARA DEMONSTRAR A ANATOMIA PÉLVICA FEMININA

Samuel Ribeiro, Alexandre Lourenço, Filipa Passos, Margarida Bernardino, Ana Ribeirinho

Hospital Santa Maria

Introdução: A universalização da laparoscopia em procedimentos uroginecológicos tem sido acompanhada com a utilização crescente de gravações de cirurgias laparoscópicas no treino de especialistas e formação médica contínua. Estes vídeos são úteis não apenas porque demonstram a técnica laparoscópica, mas também porque são exemplos “reais” da anatomia pélvica feminina normal e anormal.

Material e métodos: Uma utente de 31 anos foi internada no nosso serviço após diagnóstico de transexualidade primária feminino-para-masculino (F-to-M), tendo sido subsequentemente submetida a histerectomia total com anexectomia bilateral e vaginectomia por via laparoscópica, procedimento esse que foi filmado e editado.

Resultados: A utente teve alta no segundo dia pós-operatório sem complicações e não apresentava morbidade relevante na consulta de reavaliação efectuada um mês mais tarde. A visualização do vídeo do procedimento permite uma investigação em detalhe da anatomia pélvica feminina normal.

Conclusões: A apresentação de vídeos de cirurgias por via laparoscópica pode ser útil durante a formação na área da uroginecologia, nomeadamente quando os procedimentos filmados são realizados para o tratamento da transexualidade primária F-to-M.

Com. Oral 11

RESÍDUO VESICAL: ALGALIAÇÃO VS. ECOGRAFIA

Maria Isabel Sá*, Rita Sousa*, Vânia Ferreira*, Luís Guedes Martins*, Anabela Branco*, Sónia Gouveia**, Bercina Candoso*

*Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Unidade Maternidade Júlio Dinis, Centro Hospitalar do Porto; **Consultora na Análise Estatística; Gabinete de Estatística, Modulação e Aplicações Computacionais, Centro de Matemática da Universidade do Porto

Introdução: A Incontinência Urinária de Esforço (IUE) é a forma de incontinência mais comum em mulheres, sobretudo nas mais jovens. São factores de risco a gravidez, paridade e obesidade. A cirurgia é o tratamento de eleição sendo que, até 10% dos casos, podem ser complicados no pós-operatório por disfunção do esvaziamento vesical (DEV). Esta complicação é excluída através da determinação do resíduo vesical (RV), habitualmente por algaliação. A ecografia constituiu um método alternativo de medição, não invasivo, apresentando um erro de 15-20% mais clinicamente irrelevante. Este trabalho pretende comparar os dois métodos de medição do RV descritos.

Material e Métodos: Realizou-se um estudo prospectivo baseado numa amostra de conveniência constituída pelas utentes submetidas a correcção cirúrgica da IUE no último trimestre de 2009 na Maternidade Júlio Dinis. Mediu-se o RV por ecografia (Bardscan®) e, imediatamente após, por algaliação. Os dados foram obtidos por entrevista e consulta dos processos. Utilizou-se o *software* SPSS18.0.

Resultados: Obteve-se uma amostra de 34 mulheres, com idade 51,1±9,7anos, 0 nuligestas, 94,1% com partos vaginais anteriores, 76,5% com excesso_peso/obesidade, submetidas às seguintes intervenções: *TOT*(76,5%), *TVT-O*(8,8%) e *MiniSling*(14,7%). Verificou-se que os métodos de medição são concordantes. No entanto, para valores ≥10ml, a ecografia apresenta valores sistematicamente inferiores sendo a média dessa diferença 30,2±16,2ml, o que sugere que, para o método ecográfico, o valor discriminatório entre valores normais e

patológicos de RV possa ter de ser inferior.

Conclusões: Os dois métodos de medição são concordantes, embora o limiar para a medição ecográfica possa ter de ser menor. O facto de na amostra considerada não haver qualquer caso de DEV limita as conclusões deste trabalho pois não permite testar os métodos em situações patológicas.

Com. Oral 12

MULTIDISCIPLINARIDADE NO TRAUMA GRAVE: DISCUSSÃO SOBRE UM CASO DE CATÁSTROFE PÉLVICA

Catarina Gameiro*, Raquel Salústio**, Eusébio Porto**, JP Patena Forte*. Director do Serviço de Urologia: Dr. VH Vaz Santos

* Serviço de Urologia; ** Serviço de Cirurgia 1; Centro Hospitalar de Lisboa – Zona Central

Introdução e Objectivos: As lesões do pavimento pélvico na sequência de traumatismo não-iatrogénico revestem-se de particular complexidade pela abrangência de órgãos e sistemas afectados e dificuldade na abordagem inicial e prevenção das consequências clínicas devastadoras que podem surgir. Traz-se um caso de traumatismo complexo da bacia, para discussão de abordagens terapêuticas imediatas e soluções definitivas para o doente.

Material e Métodos: Descreve-se o caso de um homem de 29 anos de idade, entrado no serviço de urgência na sequência de traumatismo da bacia por esmagamento (desabamento de pedras), em choque, com ferida na região inguinal à direita, fractura complexa da bacia, e pulso pedioso inicialmente indetectável à direita (doppler arterial do membro inferior direito sem alterações). Foi imediatamente operado, tendo-se identificado: secção completa da uretra posterior (membranosa) com avulsão da próstata e bexiga (íntegra) e hemorragia extensa com ponto de partida aparente no plexo dorsal da próstata, pelo que foi feita laqueação de vasos sangrantes, cateterização supra-púbica e uretral com tentativa de realinhamento primário; ferida da parede anterior do recto extra-peritoneal por esquirola óssea, pelo que se fez sigmiodostomia. Quatro dias depois foi feita osteotaxia da bacia com fixador externo (Hoffmann II).

Do pós-operatório em unidade de cuidados intensivos destaca-se necessidade de drenagem de abcesso da coxa esquerda; após estabilização hemodinâmica e melhoria progressiva do estado geral, foi transferido para enfermaria, aguardando intervenção para tratamento definitivo das múltiplas lesões – urológica, colo-rectal e ortopédica - que apresenta.

Discussão e Conclusões: A abordagem inicial de doentes politraumatizados com lesão pélvica e com compromisso hemodinâmico, requerendo intervenção life-saving, possui particular complexidade e requer intervenção multidisciplinar, fundamental para a obtenção de eficácia terapêutica a longo prazo. Propõe-se a partir deste caso a discussão da escolha de cada intervenção inicial e do momento ideal para a realizar, bem como de posteriores cirurgias em segundo tempo, a necessidade de adequada articulação entre especialidades, e a programação da vigilância e seguimento do doente.

Bibliografia: Martinez-Piñero L, Djakovic N, Plas E, Mor Y, Santucci RA, Serafetinidis E, Turkeri LN Hohenfellner M. EAU Guidelines on Urethral Trauma. *European Urology*. 2010. 57: 791-803. Verbeek D et al. Acute management of hemodynamically unstable pelvic trauma patients: time for a change? Multicenter review of recent practice *World J Surg*. 2008 Aug; 32(8):1874-82. Stein DM et al. Multidisciplinary approach for patients with pelvic fractures and hemodynamic instability. *Scand J Surg* 2007;96(4):272-80. Fulkerson EW, Egol KA. Tissue injuries in fracture management: a review of current concepts *Bull NYU Hosp Jt Dis*. 2009; 67(1):58-67. Thomas Geeraerts et al. Clinical review: Initial management of blunt pelvic trauma patients with haemodynamic instability. *Crit Care*. 2007; 11(1): 204.

Poster 1**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DAS CIRURGIAS DE OBLITERAÇÃO VAGINAL NA ABOVDAGEM AOS PROLAPSOS GRAVES DOS ÓRGÃOS DO PAVIMENTO PÉLVICO: GRAU DE SATISFAÇÃO E MELHORIA DOS SINTOMAS**

Neuza Mendes, Pedro Conde, Paula Ambrósio, Cláudia Rijo, Alexandra Cordeiro, Amália Martins

Serviço de Ginecologia – Maternidade Dr. Alfredo da Costa
Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Nova de Lisboa

Introdução: Em mulheres que não pretendem manter a capacidade de coito vaginal, a cirurgia obliterativa é uma opção com bons resultados cirúrgicos para o tratamento de prolapso dos órgãos pélvicos. A escolha terapêutica deve priorizar o grau de satisfação de mulheres já submetidas a esta cirurgia.

Objectivos: avaliar o grau de satisfação e melhoria dos sintomas associados a cirurgias de obliteração vaginal.

Métodos: estudo de coorte retrospectivo que incluiu as mulheres submetidas a cirurgias de obliteração vaginal entre 2001 e 2008 na Maternidade Dr. Alfredo da Costa (n=69). Um investigador não envolvido na cirurgia colocou questões relativas ao grau de satisfação e melhoria da sintomatologia associadas.

Resultados: Das 69 mulheres, 31 tinham sido submetidas a colpoclese e 38 a cirurgia de Lefort. A média de idades foi 74.9 anos (± 7.7) e o IMC médio de 26.3 Kg/m² (± 3.8). 62.3% dos prolapso eram grau 3 e 21.7% grau 4. Existiu um elevado grau de satisfação com a cirurgia, sendo que a maioria das mulheres refere que a escolheria novamente e que a recomendaria a uma amiga. A melhoria sintomatológica (pressão nos órgãos genitais, incontinência urinária e pressão rectal) foi significativa, bem como a melhoria na capacidade de execução das actividades da vida diária.

Conclusões: Existiu uma elevada taxa de satisfação e uma significativa e mantida melhoria dos sintomas mais de 1 ano após a intervenção. Quanto maior o espaço de tempo decorrido entre a intervenção e o questionário e maior a idade das mulheres, menor a melhoria sintomatológica referida.

Poster 2**FISIOTERAPIA NA REDUÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA EXPERIENCIADA PELO PACIENTE SUBMETIDO A PROSTATECTOMIA**

Daniela Moutinho e Celeste Miranda

Fisioterapeutas, Clínica de Diagnóstico Urológico Uromedical

Introdução e Objectivos: Segundo a associação Europeia de Urologia o cancro da próstata é actualmente reconhecido como um dos principais problemas médicos enfrentados pela população masculina. Em Portugal estima-se em 4000 o número de novos casos anuais. A prostatectomia radical é um dos tratamentos possíveis para esta patologia, podendo levar à incontinência urinária. A fisioterapia, em particular, o treino dos músculos do pavimento pélvico é o tratamento conservador mais recomendado para a incontinência após prostatectomia. Neste contexto apresentamos os resultados obtidos da análise do trabalho desenvolvido por fisioterapeutas para a redução da perda urinária masculina experienciada pelo paciente submetido a prostatectomia.

Materiais e Métodos: Efectuámos a análise retrospectiva dos processos clínicos de pacientes submetidos a Fisioterapia para o tratamento de

Incontinência urinária após prostatectomia radical entre Janeiro de 2008 e Junho de 2010 na Clínica de Diagnóstico Urológico Uromedical, sendo a variável em estudo a "Quantidade de Perda" (em gr).

Resultados: Tendo em conta a análise efectuada a toda a amostra, observou-se que 52% dos pacientes, submetidos a Fisioterapia, atingiu a continência, 36% dos pacientes viram reduzida a sua perda (50% reduziu a sua perda em 90% ou mais, 46% reduziu a sua perda entre 50% a 89% e 4% reduziu a sua perda em menos de 50%), relativamente à quantidade inicial. 12% Dos pacientes não tiveram evolução positiva no quadro de incontinência urinária.

Conclusão: Pelo seu carácter conservador, sem contra-indicações assinaláveis e tendo em conta os resultados obtidos, é benéfico para o paciente submetido a prostatectomia a participação no tratamento de fisioterapia com o objectivo de reduzir ou eliminar a sua incontinência urinária.

Referências Bibliográficas: MacDonald, R., Fink, H., Huckbay, C., Monga, M., Wilt. T. (2007). Pelvic Floor muscle training to improve urinary incontinence after radical prostatectomy: a systematic review of effectiveness. *BJU International*, 100, 76-81. Filocamo, T., Marzi, V., Popolo, G., Cecconi, F., Marzocco, M., Tosto, A., Nicita, G. (2005). Effectiveness of Early Pelvic Floor Rehabilitation Treatment for Post-Prostatectomy Incontinence. *European Urology* 48, 734-738. Kampen, M., Weerdt, W., Poppel, H., Ridder, D., Feys, H., Baert, L. (2000). Effect of pelvic-floor re-education on duration and degree of incontinence after radical prostatectomy: a randomized controlled trial. *The Lancet*, 355, 98-102. Bauer, R., Bastian, P., Gozzi, C., Stief, C. (2008). Postprostatectomy Incontinence: All About Diagnosis and Management. *European Urology*, 2806. Lima, C., Vaz, F., Muller, V. (2006). Projecto directrizes: Incontinência Urinária Pós-Prostatectomia: Tratamento. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Magali, R., Ross, S. (2006). SOGC Clinical Practice Guideline Conservative Management of Urinary Incontinence. *J Obstet Gynaecol Can* 2006; 28 (12): 1113–1118. Schroder, a., Abrams, P., Andersson, K-E., Artibani, W., Chapple, C., Drake, M., Hampel, C., Neisius, A., Tubaro, A., Thuroff, J. (2010). Guidelines on Urinary Incontinence. European association Of Urology. Esperança Pina, J.A. (2004). Anatomia Humana dos órgãos. (1ªed.). Lisboa: Editora Lidel. Dorey, G. (2006). Pelvic Dysfunction in Men. (1ªed.). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd. Dias, J., Parada, B., Vendeira, P. Urologia em 10 minutos. Publicações da Associação Portuguesa de Urologia.

Poster 3**RESULTADOS INICIAIS COM SLING SUBURETRAL MINIArc PARA O TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO – EXPERIÊNCIA DE 3 ANOS DO HOSPITAL INFANTE D. PEDRO, AVEIRO**

Marta Durão, Isabel Ferreira, Filomena Ramos, Sérgio

Esperança

Hospital Infante D. Pedro, Aveiro

Introdução: O sistema *MiniArc*, um *sling* suburetral minimamente invasivo, foi recentemente introduzido no mercado para o tratamento da incontinência urinária de esforço(IUE) feminina.

Objectivos: Avaliar os resultados obtidos no tratamento da IUE nas doentes tratadas por *MiniArc*; na nossa instituição num período de 3 anos.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo englobando as 142 doentes tratadas com o sistema *MiniArc* entre Julho/08 e Julho/10, através de revisão dos processos clínicos e estudo estatístico subsequente.

Resultados: Sessenta e cinco doentes (45.8%) apresentavam queixas de IU mista com predomínio de esforço e as restantes uma IUE pura. A idade média das doentes foi de 56,25 \pm 11,15 anos. O IMC médio foi

de 28.4±5,19 kg/m². Três das doentes eram nulíparas. Oito doentes tinham sido previamente submetidas a cirurgia por IUE, sem sucesso. A avaliação pós-cirurgia aos 3 meses foi realizada em 130 das 142 doentes (91.5%); aos 12 e 24 meses, este follow-up esteve disponível respectivamente em 61 (42.9%) e 2 doentes (1.4%). As taxas de cura da IUE foram de 92% aos 3 meses (120/130), 86.8% aos 6 meses (53/61 doentes), e de 50% aos 24 meses (1/2 doentes). As taxas de melhoria da IUE aos 3, 12 e 24 meses foram respectivamente de 7.5% (9/120), 6.5% (4/61) e de 50% (1/2). As taxas de falha aos 3, 12 e 24 meses foram de 1.7% (2/120) - tendo ambas as doentes já sido submetidas a uma nova cirurgia de correcção da IUE, com sucesso - e de 3.3% (2/61) aos 12 meses. Nas doentes com uma IUE pura, houve 6 casos de IU de urgência de novo. Nas doentes com uma IU mista com predomínio de esforço, houve referência a um agravamento das queixas de urgência em apenas 4 doentes. Não houve complicações maior a descrever. Resultados: Apesar de um período de follow-up ainda curto, os resultados obtidos até agora no tratamento da IUE com o sistema *MiniArc* são excelentes.

Poster 4

MINISLING - EXPERIÊNCIA PRELIMINAR DA MBB

Elsa Nunes, Sílvia Fernandes, Paula Manso, Geraldina Castro, Conceição Aparício, André Catarino, Liana Negrão
Maternidade Bissaya Barreto, Centro Hospitalar de Coimbra - E.P.E.

Introdução: A cirurgia minimamente invasiva de correcção da incontinência urinária de esforço (IUE) tem evoluído ao longo do tempo, com a introdução de procedimentos cada vez mais simplificados. A técnica de *MiniSling* é a mais recente, sendo a introdução da rede efectuada através de uma pequena incisão vaginal, sem passagem retro-pública ou transobturadora, diminuindo assim a taxa de complicações. Objectivos Avaliação preliminar da utilização da técnica *MiniSling* no nosso serviço, nomeadamente taxa de sucesso e de complicações.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo descritivo dos casos em que foi realizada a técnica *MiniSling*, no período de Julho de 2006 a Junho de 2010.

Resultados: Nos 37 casos submetidos a *MiniSling* a média de idades foi de 54 anos (31-80 anos). O procedimento demorou em média 15 minutos. Foi realizada anestesia local em 11 doentes (29,7% dos casos) e nas restantes anestesia geral. Não foram descritas complicações intra-operatórias ou no pós-operatório imediato. Todas as doentes foram avaliadas 2 meses após a cirurgia, sendo que 27 não apresentavam IUE (73% do total). Das 10 doentes com IUE após a cirurgia, 4 referiram melhoria significativa das queixas, pelo que no total 84% das doentes apresentaram resultados cirúrgicos satisfatórios. Não ocorreram casos de incontinência urinária de urgência "de novo".

Conclusões: A nossa experiência inicial sugere que esta técnica poderá atingir taxas de cura de IUE similares às técnicas estabelecidas, com diminuição das complicações, desde que efectuada por cirurgiões com treino adequado. Serão fundamentais os resultados de estudos multicêntricos prospectivos randomizados em curso.

Poster 5

EFICÁCIA DA REINTERVENÇÃO COM TIRA SUBURETRAL NA CORRECÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO RECORRENTE

Luísa Montes, Sílvia Sousa, Geraldina Castro, Conceição Aparício, André Catarino, Liana Negrão

Serviço de Ginecologia, Maternidade Bissaya-Barreto, Centro Hospitalar de Coimbra

Introdução: As tiras suburetrais apresentam elevadas taxas de sucesso na correcção de Incontinência Urinária de Esforço (IUE). Porém, cerca de 5-20% das doentes apresentam IUE recorrente após a primeira intervenção. Actualmente, não existe consenso relativamente à melhor abordagem da IUE recorrente após falha de terapêutica cirúrgica com tira suburetral.

Objectivos: Avaliação da eficácia das tiras suburetrais na Incontinência Urinária de Esforço Recorrente após falha de tira prévia.

Material e Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos de doentes com diagnóstico de IUE submetidas a segunda intervenção com tira suburetral após falha de tira prévia, entre 2004 e 2010.

Resultados: Quarenta e cinco doentes foram reintervencionadas com tira suburetral. Na primeira cirurgia, 60% das doentes apresentavam Incontinência Urinária Mista. As provas urodinâmicas revelaram insuficiência esfinteriana grave em 22,2%. As primeiras intervenções efectuadas foram, por ordem de frequência, *TOT* (53,3%), *TVT-O* (28,9%), *TVT* (11,1%) e *MiniSling* (6,6%). Em 35,6% verificou-se erosão da prótese. O tempo decorrido entre a primeira e a segunda cirurgia foi de 2,62 ± 1,63 anos. Na segunda intervenção, foram efectuadas *TVT-O* em 86,7% dos casos e *TOT* em 11.1%. O tempo de seguimento pós-operatório foi, em média, 24,9 ± 15,36 meses com taxas de cura de 66,7% e melhoria de 26,7%, respectivamente. Apenas uma doente foi submetida a nova intervenção (*TVT-O*) por falha da segunda tira que, após 36 meses, se encontra curada.

Discussão/Conclusão: Os resultados encontrados demonstram que a colocação de nova tira suburetral após falha da primeira é exequível e está associada a bons resultados.

Poster 6

PRÓTESES SUB-URETRAIS NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO: ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DOS 2 ÚLTIMOS ANOS NO NOSSO SERVIÇO

Diana Coelho, Ricardo Santos, Rui Miguelote, José Vivas de Freitas, Manuela Mesquita, Lucinda Alves

Departamento de Uroginecologia, Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar do Alto Ave (C.H.A.A.) – Unidade de Guimarães

Introdução: O tratamento inicial da Incontinência Urinária de Esforço (I.U.E.) deve incluir a re-educação dos músculos do pavimento pélvico, modificações do estilo de vida e terapêutica farmacológica. Quando estes métodos são ineficazes/insuficientes podemos recorrer ao tratamento cirúrgico. As próteses sub-uretrais constituem actualmente a 1ª opção cirúrgica.

Objectivos: Caracterizar as cirurgias de correcção de I.U.E. efectuadas no C.H.A.A. em 2008 e 2009. Material e métodos: procedeu-se à análise de 96 processos clínicos de utentes submetidas à colocação de prótese sub-uretral (*TOT*, *TVT-O* ou *TVT* via retro-pública) para tratamento de I.U.E., entre 01 de Janeiro 2008 e 31 de Dezembro 2009.

Resultados: Colocaram-se 96 próteses sub-uretrais (6 *TVT*, 6 *TVT-O*, 84 *TOT*); 58,3% das pacientes tinham idade superior a 50 anos; 35% eram obesas; 5% tinham antecedentes de colocação de próteses sub-uretrais e 3% tinham cirurgia prévia de suspensão vesical; todas apresentavam sintomatologia de IUE/IUmista, sendo recidivante em 8,3%. 22% tentaram reabilitação do pavimento pélvico com resultados insatisfatórios; 65,6% efectuaram estudos urodinâmicos prévios, dos quais 84% corroboraram a presença de IUE; no pós-operatório imediato 5% apresentaram dificuldade miccional, outros 5% apresentaram retenção urinária com necessidade de colocação de cateter de cistotomia; após reavaliação pós-operatória constatou-se uma taxa de eficácia de 89,5%. Efectuou-se secção de prótese por retenção urinária num caso; 6 casos (6,2%) mantêm I.U.E. ligeira e 2 deles mantêm I.U.mista ocasio-

nal; propôs-se re-intervenção num caso por I.U.E.grave.

Conclusões: Os nossos dados, de uma maneira geral, corroboram os da literatura existente. É uma opção cirúrgica segura, eficaz, de fácil execução e rápida recuperação.

Poster 7

ANÁLISE DA QUALIDADE DE PUBLICAÇÃO DOS ENSAIOS CLÍNICOS RANDOMIZADOS SOBRE PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS

Vítor Cavadas, Frederico Branco, Filipe Carvalho, Luís Osório, Mário João Gomes, Miguel Silva-Ramos
Serviço de Urologia, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: Os ensaios clínicos randomizados (RCT) fornecem o mais alto nível de evidência na avaliação da eficácia das intervenções em cuidados de saúde. Não há qualquer publicação que analise a qualidade dos artigos de RCT sobre prolapso de órgãos pélvicos (POP). Analisamos a qualidade de publicação de RCT sobre POP segundo os critérios do *Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT)* Statement de 2010.

Material e Métodos: Os RCT sobre POP, indexados na Pubmed entre 1 de Janeiro de 1997 e 28 de Abril de 2010, foram avaliados por 2 revisores diferentes segundo os critérios *CONSORT* 2010; foram excluídos os estudos de custo-eficácia e de propriedades de testes de diagnóstico. Resultados: Foram analisados 41 artigos relatando RCT sobre POP: 39 paralelos (33 com 2 grupos e 6 multi-arm), 1 factorial e 1 cross-over. Foram avaliados o compartimento anterior em 14, médio em 8, posterior em 4, anterior e posterior em 2, e todos os compartimentos em 13 artigos. A classificação do POP foi feita de acordo com POP-Q em 31, Baden-Walker em 4, e um outro sistema em 6 publicações. A tabela que se segue mostra o número de artigos (e proporção) que preencheram alguns dos principais critérios *CONSORT* 2010. Item Descrição N (%) 4a Critérios de elegibilidade 40 (98) 5 Intervenções em cada grupo com detalhes permitindo replicação 33 (81) 6a Definição das medidas de resultado primário e secundário 22 (54) 7a Determinação do tamanho da amostra 24 (59) 8a Método de randomização 27 (66) 8b Tipo de randomização 30 (73) 9 Mecanismo usado para alocação aleatória 24 (59) 11a *Blinding* – quem 25 (61) 11b *Blinding* – como 22 (54) 12a Métodos estatísticos 39 (95) 13a Número de participantes randomizados, que receberam o tratamento pretendido e foram analisados 38 (93) 13b Perdas e exclusões após randomização 30 (73) 16 Número de participantes incluídos em cada análise e se a análise foi por grupo originalmente atribuído 40 (98) 17a Resultados para cada grupo e tamanho do efeito estimado e sua precisão 18 (44) 20 Limitações, fontes de viés e imprecisão 34 (83) 21 Validade externa e aplicabilidade 41 (100) 22 Interpretação consistente com resultados 9 (22) 25 Fontes de financiamento 26 (63).

Conclusão: O número de RCT avaliando intervenções em doentes com POP é reduzido. A qualidade de publicação de RCT sobre POP é ainda sub-ótima em muitos dos itens considerados essenciais segundo o *CONSORT* Statement.

Poster 8

THE ZSI 375 ARTIFICIAL URINARY SPHINCTER: A NEW DEVICE FOR MALE URINARY INCONTINENCE

Francisco E. Martins, Anatoliy Sandulj, Pedro Barros, Tomé M. Lopes and Christophe Llorens.

Department of Urology, University of Lisbon School of Medicine, Lisbon, Portugal, and Clinique Saint Vincent, Reims, France.

Introduction: Urinary incontinence is a devastating complication in

men following definitive treatment of prostate cancer, or less commonly prostate surgery for benign conditions. In cases where conservative management fails, surgical intervention is indicated.

Objective: We report the use of a new one-piece assembly device with an adjustable cuff and issued pressure as an alternative solution to the AMS 800 artificial urinary sphincter (AUS) for the treatment of urinary incontinence in men.

Materials and Methods: Between October 2008 and June 2010, the ZSI 375 AUS was inserted in 34 men, 51 to 78 years old (mean age 68 years), with urinary incontinence due to definitive surgical or nonsurgical treatment for prostate cancer. Radical prostatectomy (RP) had been performed in 32 men, 6 of these with adjuvant radiotherapy, while 2 had undergone brachytherapy followed by TURP to relieve outlet obstruction. Eight patients had already received a male perineal sling (MPS). In an early stage of our experience, an initial sphincter closure pressure of 60-70 cm H₂O was elected, 60% of these patients necessitating an increase of the pressure range, which was performed as an office procedure. The interval for primary activation ranged from 4 – 6 weeks.

Results: With a maximum follow up of 20 months, no surgical revision was necessary for mechanical malfunction. All patients needed an increase of pressure range of the device. Infection of the device occurred in 2 (5.8%) patients requiring device removal. Overall, social acceptable continence (0-1 pad/day) was achieved in 94.2% (32 patients) of the study population.

Conclusion: Although the patient sample and follow up are limited in this preliminary study, the ZSI 375 AUS has shown to be a successful alternative to the AMS 800 device for the treatment of severe male urinary incontinence. It includes favorable characteristics such as ease of implantation and the possibility to increase the sphincter pressure as an office procedure without anesthesia.

Poster 9

SINGL-STAGE PERINEAL REPAIR OF PANURETHRAL STRICTURE DISEASE WITH BUCCAL MUCOSA GRAFTING

Francisco E. Martins, Joao P. Marcelino, Raul N. Rodrigues, Anatoliy F. Sandulj and Tomé M. Lopes

Department of Urology, University of Lisbon School of Medicine, Lisbon, Portugal.

Objective: Strictures involving the full length of anterior urethra (panurethral) are a demanding reconstructive challenge. The use of buccal mucosal grafts for dorsal onlay patching of the urethra has provided good functional and cosmetic results for these strictures extending from the proximal bulbular urethra up to the external meatus. We report our experience with the use of buccal mucosal grafts (\leq 2 strips) for reconstruction of panurethral stricture disease.

Patients and Methods: From January 1995 to December 2008, a total of 116 patients underwent urethroplasty in our institutions, 11 of whom had a one-stage buccal mucosal dorsal onlay graft procedure through a perineal approach (1 single strip in 9 patients and 2 strips in 2). In those patients in whom the stricture involved the external meatus, a small ventral subcoronal incision was added to repair the most distal segment of the urethra. Penile shaft degloving was avoided in all 11 patients. Buccal mucosal grafting varied between 12 and 17cm. in length.

Results: The median follow-up was 54 months (range 11 to 168). The overall complication rate both at the donor and recipient sites were acceptably low, the main complications being oral numbness in 33% (3 in 11), and delayed difficulty in mouth opening in 18% (2 in 11). No patient developed oral wound infections or experienced changes in salivary function. The stricture recurrence was 11% (1 in 11). Slight ventral curvature on

erection occurred in 27% (3 in 11). None developed erectile or ejaculatory dysfunction. No fistula or diverticulum formation occurred.

Conclusion: The single-stage dorsal onlay buccal mucosal grafting procedure through a perineal approach is a good, feasible and reproducible technique for the treatment of panurethral stricture disease. However, complications are not negligible. Further experience with a larger patient population is needed.

Poster 10

OUR EXPERIENCE WITH THE CONTINENT NEO-URACHUS

Anatoly F. Sandul, Francisco E. Martins, Raul Rodrigues, and Tome M. Lopes

Department of Urology, University of Lisbon School of Medicine, Lisbon, Portugal.

Introduction: We present our experience with the use of a continent neo-urachus-like tract as described by Rackley in 4 patients. We also demonstrate the procedure in a step-by-step manner.

Results: Since 2006, 4 patients (1 male and 3 females) have undergone this procedure in our department. 2 patients developed swelling and serous discharge from the wound that healed after approximately 2 weeks and medical treatment. In the remaining 2 the healing process occurred uneventfully. All patients are performing CISC without problem.

Discussion: Although our experience is limited and long term results still unavailable, this appears to be a promising alternative to urethral self-catheterization in well-selected patients, due to its easier abdominal access and that it avoids all the inconveniences of an intra-abdominal bowel operation.

Conclusion: The described technique is a feasible, simple, surgical procedure, with high level of acceptance by patients in well selected cases. It has limited complications.

Poster 11

ESTUDO COMPARATIVO DOS RESULTADOS DO TVT-O (TENSION FREE VAGINAL TAPE-OBTURATOR) NO TRATAMENTO DA IUE FEMININA CONSOANTE A FAIXA ETÁRIA

Ruivo P., Mações A., Nunes E., Castro G., Aparício C., Catarino A., Negrão L.

Serviço de Ginecologia, Maternidade Bissaya Barreto, Coimbra

Introdução: O TVT-O é uma cirurgia de correcção da incontinência urinária de esforço (IUE) com alta taxa de cura. Na sociedade actual, a qualidade de vida assume um papel importante verificando-se uma maior procura deste tipo de cirurgia em idades mais avançadas.

Objectivo: Analisar e comparar os resultados obtidos com TVT-O em mulheres com IUE em dois grupos etários: inferior e igual/superior a 60 anos.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo dos processos de mulheres submetidas a TVT-O isolado por IUE comprovada com estudo urodinâmico (EUD). Foram avaliados parâmetros demográficos, cirúrgicos e os resultados obtidos aos 3 anos de seguimento. Os dados obtidos foram comparados entre os dois grupos pré-definidos através do programa SPSS 17.0 for Windows.

Resultados: Dos 194 casos revistos, 138 tinham idade < 60 (média= 50,59), e 54 tinham ≥ 60 anos (média= 65,65). As características demográficas foram sobreponíveis à excepção da paridade (2,08 nas mulheres com <60 anos vs. 2,52 no grupo de mulheres com ≥ a 60 anos). No EUD, apenas o valor de PCU< 20 diferiu (9,8% vs. 26,4%). Não houve diferenças significativas relativamente à cirurgia, complicações intra- ou pós- operatórias nos dois grupos. Aos 3 anos de seguimento, ambos apresentaram resultados semelhantes com taxas de cura de

79,9 e 79,6% respectivamente.

Discussão/Conclusão: A técnica de TVT-O é eficaz e segura, independentemente da faixa etária.

Poster 12

COLPOSSACROPEXIA PARA CORRECÇÃO DO PROLAPSO DA CÚPULA VAGINAL

Marta Fernandes, José Damasceno e Costa

Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital S. Teotónio - Viseu

Introdução: O aumento da expectativa de vida e a constante preocupação em melhorar a sua qualidade permitem ao ginecologista observar uma incidência maior de eventos como, por exemplo, o prolapso de cúpula vaginal. Este, acomete mulheres que se submeteram a histerectomia por via abdominal ou vaginal e a sua incidência varia de 0,2 a 42%.

Objectivo: apresentar a casuística do serviço nos últimos dez anos e avaliar o resultado desta técnica no tratamento do prolapso da cúpula vaginal pós-histerectomia.

Material e Métodos: estudo retrospectivo de 21 pacientes com prolapso de cúpula vaginal pós-histerectomia a quem foi realizada colposacropexia para correcção deste prolapso de 2000 a 2010 na nossa instituição. A correcção foi feita com ou sem interposição de prótese de material sintético entre a cúpula vaginal e o sacro. Os dados analisados foram: a idade, paridade e índice de massa corporal (IMC) das pacientes, assim como o intervalo de tempo entre a histerectomia e o aparecimento do prolapso, o tempo de internamento relacionado com a cirurgia, as complicações intra e pós operatórias e a ocorrência de recidiva.

Poster 13

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO DO PAVIMENTO PÉLVICO NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA NO HOSPITAL FERNANDO FONSECA.

Carla Gabriel, Filipa Pires, Isabel Pereira

Hospital Fernando Fonseca

Introdução: O fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico beneficia mulheres com incontinência urinária (IU) em todas as faixas etárias, devendo o tratamento conservador ser a abordagem de primeira linha.

*O Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital Fernando Fonseca elaborou um programa de Reabilitação do Pavimento Pélvico (RPP), em prática desde 2001. Este inicia-se com uma consulta de Fisioterapia, seguindo-se tratamentos individuais e em classe, com eventual integração de electroestimulação e biofeedback**

Objectivos: Caracterizar a população feminina com IU submetida ao referido programa. Apresentar os resultados obtidos da amostra que cumpriu o programa entre 2007 e 2009.

Material e métodos: Estudo retrospectivo por consulta dos processos clínicos arquivados. Consultaram-se 104 processos, de onde se retiraram dados referentes à idade, tipo de IU e escalas de avaliação (Pad Test e Força Muscular).

Resultados: Dos processos consultados, 44 mulheres não cumpriram o programa, pelo que foram excluídas da análise. Dos processos seleccionados a amostra obtida inclui 60 mulheres, com uma média de idades de 54,2 anos. Desta amostra 31 apresentavam IU de Esforço, 5 IU de Urgência e 23 IU Mista. Dentro do programa 48 realizaram tratamento em classe e 12 electroestimulação e biofeedback. Das escalas avaliadas obteve-se uma média de pad test inicial de 3,42 gramas e final de 0,44 gramas. A média da força muscular inicial foi de grau 2

e final grau 3.

Conclusão: Da amostra analisada concluímos que o programa de RPP melhorou a força dos músculos do pavimento pélvico com diminuição das perdas urinárias.

Poster 14

CORRECÇÃO DE PROLAPSO DA CÚPULA VAGINAL – CASUÍSTICA DE 9 ANOS DO SERVIÇO DE GINECOLOGIA DO HOSPITAL INFANTE D. PEDRO – AVEIRO

Fátima Pinto, Marta Durão, Renato Martins, Filomena Ramos, Isabel Ferreira, Sérgio Esperança

Serviço de Ginecologia do Hospital Infante D. Pedro – Aveiro

Introdução: A incidência de prolapso da cúpula vaginal é um acontecimento raro, cuja fisiopatologia e tratamento têm sido alvo de discussões frequentes. A técnica de eleição para esta correcção é a promonto-fixação abdominal, porém a alta morbilidade associada à laparotomia é um factor de restrição ao uso desta técnica em muitas instituições. A abordagem vaginal com o recurso ao uso de redes assegura uma baixa morbilidade e um menor tempo cirúrgico.

Objectivo: Este trabalho teve por objectivo avaliar a o desempenho do serviço na correcção cirúrgica dos prolapso da cúpula vaginal num período de 9 anos (2001-2010), através da análise de diferentes parâmetros como idade, paridade, menopausa, índice de massa corporal, motivo da histerectomia, tempo entre a histerectomia e prolapso, técnica cirúrgica, complicações e resultados imediatos e tardios.

Material e Métodos: Foram estudadas 28 mulheres com prolapso da cúpula vaginal no período de Fevereiro de 2001 à Fevereiro de 2010, as quais foram submetidas ao tratamento cirúrgico para correcção do prolapso da cúpula vaginal. As mulheres foram estadiadas quanto ao grau de prolapso segundo a padronização dos prolapso genitais da ICS – POPq antes e após o procedimento. (ponto c).

Resultados: Das 28 mulheres intervencionadas, 5 foram submetidas a correcção com rede anterior e posterior (Prolift Total) e 23 foram submetidas a colposacropexia. A idade mediana dos pacientes foi 62 anos (min – 38; max- 76; DP 10,5). A média de paridade foi 2 (89% eutócicos e 11% distócicos). Setenta e dois por cento das doentes tinha um prolapso grau 2-3 e 27% tinha um prolapso grau IV. Oitenta e nove por cento das doentes encontrava-se na menopausa e 77% tinha sido submetida a histerectomia abdominal prévia. Até hoje houve 2 recorrências de prolapso da cúpula vaginal, 1 necessidade de ressutura e 2 casos de incontinência urinária de urgência de novo. Não houve complicações durante os procedimentos.

Conclusões: Os factores de risco para prolapso da cúpula vaginal encontram-se de acordo com os referidos na literatura. O recurso da colposacropexia nos prolapso da cúpula vaginal constitui um procedimento eficaz e com uma baixa taxa de complicações, quando utilizada por uma equipa experiente e treinada.

Poster 15

TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA PÓS PROSTATECTOMIA RADICAL POR SUSPENSÃO SUB-URETRAL COM FITA TRANS-OBTURADORA – ADVANCE (AMS)*

Preza Fernandes, J; Escórcio Almeida, F.; Branco, F.; Teves, F.; Oliveira, M.; Cavadas, V.; Gomes, M.J.; Versos, R.; Fraga A.

Serviço de Urologia Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António

Objectivo: Apresentação dos resultados cirúrgicos aos 9 meses dos primeiros doentes submetidos a tratamento da incontinência urinária

masculina por fita sub-uretral trans-obturadora Advance®.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo de doentes submetidos à colocação de Advance®. Definiu-se como cura da doença a ausência ou o seu uso ocasional (meramente protector) de uso de pensos de continência e melhoria como a redução para pelo menos 50% do número dos pensos usados previamente à cirurgia.

Resultados: Foram submetidos a tratamento com esta técnica 11 doentes. A média de idade era de 68 anos. O tempo médio da cirurgia foi de 65,2 minutos não tendo sido registadas quaisquer intercorrências intra operatório. O tempo médio de internamento foi de 4,4 dias. Em dois doentes (18%) houve retenção urinária aguda (RUA), após remoção da sonda vesical havendo necessidade de colocação de cistostomia temporária. Aos primeiros 9 meses, a taxa de sucesso da técnica foi de 81%, com 7 doentes clinicamente curados (63%), 2 clinicamente melhorados (18%) e de insucesso de 18% (2 doentes mantiveram o mesmo estado clínico). Nestes, um havia sido submetido previamente a radioterapia pélvica e o segundo não cumpriu as orientações médicas propostas no período das 6 semanas pós alta (retomou actividade física).

Conclusões: Baseando-se na teoria anatómica da retoma do complexo esfinteriano uretral, esta técnica exprime-se pela elevação e não pela compressão do mesmo à sua “normal” posição anatómica. Embora o número desta série seja ainda pequeno, podemos concluir que com uma indicação cirúrgica precisa e orientada, esta técnica tem resultados promissores de sucesso.

Poster 16

TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA COM 3 SLINGS DIFERENTES – UMA EXPERIÊNCIA DE SEIS ANOS

Rita Lobo, Marta Marum, Isabel Matos, António Canelas
Centro Hospitalar de Setúbal

Introdução: A cirurgia é o tratamento principal para a incontinência urinária de esforço (IUE), na mulher. O *sling* uretral médio pela técnica minimamente invasiva, surgiu nos últimos anos para melhorar a qualidade dos materiais, reduzir o tempo operatório e complicações, tendo-se transformado num método bem aceite. Objectivo: O objectivo deste estudo é avaliar a segurança e eficácia de três técnicas de colocação de *slings* vaginais da uretra média, sem tensão: retropública (*Tension Free Vaginal Tape - TVT*), trans-obturadora (*Transobturador vaginal tape inside-out - TVT-O*) e *MiniSling* (*Secur Tension Free Vaginal Tape-TVT-S*)
Materiais e Métodos: Estudo retrospectivo que inclui doentes com Incontinência Urinária de esforço (IUE) ou incontinência urinária mista (IUM), submetidas a cirurgia com *sling* uretral médio (*TVT-O*, *TVT* ou *TVT-S*), entre Janeiro de 2004 e Dezembro de 2009. Todas as cirurgias foram realizadas sob anestesia geral ou regional pela mesma equipa cirúrgica, que inclui Ginecologistas e um Urologista. Avaliámos os seguintes factores: idade, paridade, excesso de peso, obstipação, estado de menopausa, estudo urodinâmico, tempo operatório, complicações per- e pós-operatórias, tempo de recuperação, tempo de seguimento e recidiva de IUE. Resultados: A colheita de dados e a análise estatística ainda está a decorrer. Conclusão: À semelhança dos estudos publicados, estes resultados mostram que as três técnicas são eficazes no tratamento da IUE. No entanto, as técnicas do tipo *TVT-O* e *TVT-S* são mais rápidas e fáceis do que a clássica *TVT*. A *TVT-S* tem um menor período de recuperação em comparação com as outras técnicas. Todas as técnicas têm uma taxa de complicações e recidiva semelhantes. O tempo de seguimento da *TVT-S* necessita ser mais longo para permitir conclusões mais seguras.

Poster 17

IVS POSTERIOR – EFICÁCIA A CURTO PRAZO E COMPLICAÇÕES

T. Semenov, C. Vilhena, J. Colaço, A. Vieira, V. Gonçalves

Hospital Garcia de Orta

Introdução: o tratamento cirúrgico standart do prolapso genital apical é baseado na suspensão ao ligamento sacro-espinhoso por via vaginal ou suspensão ao sacro por via abdominal. O IVS posterior (IVS) descrito por Petros, consiste na introdução de uma fita de polipropileno pela fossa isquiorrectal, formando um neoligamento e fixando a cúpula vaginal ao nível do suporte original.

Objectivos: avaliar eficácia a curto prazo e as complicações do IVS posterior no tratamento do prolapso vaginal.

Material e métodos: estudo retrospectivo dos registos clínicos de doentes com prolapso apical de grau III-IV, submetidas a IVS posterior entre Dezembro de 2008 e Dezembro de 2009 na Unidade de Uroginecologia do Serviço de Ginecologia do HGO. Avaliaram-se os dados demográficos, intra e perioperatórios, taxa de sucesso e complicações.

Resultados: Num período de 1 ano 23 uterinas foram submetidas a IVS posterior: 3 em idade reproductiva por histerocele e 20 na pós-menopausa por prolapso da cúpula vaginal. Em 2/3 dos casos histerectomia prévia foi por via vaginal. 78,3% das mulheres eram multiparas com ≥ 2 partos vaginais. Em 7 casos (26%) foi realizado IVS posterior isoladamente, em 17 (74%) com correcções de cistocele e/ou rectocele. Não se registaram as complicações intra-operatórias, no pós-operatório precoce houve 1 caso de hemorragia, resolvida sem re-intervenção. Durante o seguimento clínico (médio 8 meses, min – 2, max – 16) registaram-se 11 casos (47,8%) de recidiva e 1 caso (4,3%) de extrusão de fita.

Conclusões: experiência com introdução desta técnica na nossa Unidade não demonstrou bons resultados, tendo taxa de recidiva alta.

Poster 18

CIRURGIA TRANSVAGINAL PARA PROLAPSO A NÍVEL DA PAREDE VAGINAL ANTERIOR (PRÓTESES SINTÉTICAS E BIOLÓGICAS): UMA EXPERIÊNCIA DE SEIS ANOS

Marta Marum, Rita Lobo, Isabel Matos, António Canelas

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

Objectivos do estudo: Para melhorar os resultados da correcção do prolapso dos órgãos pélvicos têm sido desenvolvidas novas técnicas cirúrgicas e novos materiais. Os materiais sintéticos têm uma relação custo-eficácia favorável, embora possam cursar com mais complicações. Os materiais biológicos têm sido associados a menos intercorrências. O objectivo deste estudo foi avaliar a eficácia e segurança destes dois materiais usados nas correcções – sintético (Gynemesh® ou Prolif®) e biológico (Pelvicol®).

Características do estudo, materiais e métodos: Estudo retrospectivo, incluindo doentes com cistocele tratadas cirurgicamente com material sintético ou biológico, desde Janeiro de 2004 a Dezembro de 2009. Foram revistos os seguintes parâmetros: idade, paridade, obesidade, obstipação, cirurgia abdominal anterior, status de menopausa, duração da cirurgia, complicações peri e pós-operatórias, tempo de recuperação, tempo de *follow-up* e recorrência de prolapso.

Resultados: A análise estatística encontra-se ainda a ser ultimada. Interpretação dos resultados já obtidos Não houve diferença estatística nas características da população entre os dois grupos (idade, status de menopausa, paridade, obesidade, obstipação, cirurgia abdominal anterior e presença de outra patologia ginecológica benigna). As complicações peri e pós-operatórias ocorreram com maior frequência com as próteses sintéticas, com diferença significativa. A taxa de recorrência foi idêntica em ambos os grupos.

Conclusões: Ambos os tipos de próteses são eficazes na correcção de cistoceles, com tempo cirúrgico, tempo de recuperação e taxa de recorrência similares. Contudo, as próteses biológicas associam-se a menor taxa de complicações.

Poster 19

EFEITO OBSTRUTIVO DA CIRURGIA COM SLING EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Filipa Passos¹, Inês Reis¹, Ana Coelho¹, Margarida Bernardino¹, Ana Luísa Ribeiro¹, Alexandre Valentim-Lourenço¹, Luís Abranches Monteiro²

¹Unidade de Uroginecologia, Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução, Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

²Departamento de Urologia, Hospital Curry Cabral, Lisboa, Portugal

Introdução: A obstrução infra-vesical a longo prazo após cirurgia de correcção da incontinência urinária é uma complicação temida pelos clínicos, que pode não manifestar sintomas miccionais. Vários nomogramas foram construídos para avaliar a ocorrência desta complicação.

O objectivo deste estudo foi avaliar o efeito a longo prazo das cirurgias com *sling* na resistência uretral, um dos marcadores de obstrução vesical.

Material e métodos: Realizámos um estudo retrospectivo observacional de todas as mulheres submetidas a cirurgia de correcção da incontinência urinária (*transobturador vaginal tape* – *TVT-O*, *tension-free vaginal tape* – *TVT* or *TVT-Secur*), entre Janeiro de 2004 e Novembro de 2008, nas quais o exame urodinâmico (EUD) fez parte da avaliação pré e pós-operatória.

Excluímos as mulheres com prolapso do compartimento anterior, com contracções abdominais durante a micção superiores a 10 cm H₂O, com ausência de micção no EUD or com exteriorização do catéter durante o exame.

Comparamos a resistência uretral (RU) e a contractilidade do detrusor (CD) antes e 1 ano após a cirurgia, utilizando o nomograma de pressão-fluxo de Schäfer. Definiu-se uma resistência uretral de grau 0 como ausência de obstrução, grau 1-2 como obstrução ligeira, grau 3-4 como obstrução moderada e grau 5-6 como obstrução grave. A contractilidade do detrusor foi dividida em 6 graus: *VW* (*very weak*), *W* (*weak* menos), *W+* (*weak* mais), *N* (*normal* menos), *N+* (*normal* mais) and *ST* (*strong*). A análise estatística foi realizada utilizando a última versão do *SPSS* (*PASW Statistics 18*), recorrendo aos testes de *t-Student* e *Wilcoxon*. Um valor de $p < 0.05$ foi considerado estatisticamente significativo.

Resultados: Das 411 mulheres submetidas a cirurgia com *sling* neste período, excluímos 114 mulheres que não tinham ambos os EUD disponíveis, 101 que apresentavam prolapso do compartimento anterior (\geq grau 3 na classificação POP-Q), 36 com contracções abdominais superiores a 10 cm H₂O, 7 por ausência de micção e 5 por exteriorização do catéter durante o exame. Um total de 117 mulheres foram analisadas. O EUD no pós-operatório foi realizado em média aos 13 meses (Desvio padrão 5,2). Em 75 mulheres foi colocado um *TVT-O*, em 27 um *TVT*, em 12 um *TVT-S*, em 2 um *Pelvicare* TO a numa um *Pelvicare*.

Interpretação dos resultados: A resistência uretral foi significativamente superior após a cirurgia quando se subdividiu a resistência uretral em duas classes – não obstruídas (UR=0) e obstruídas (UR=1 – 4). Uma análise de subgrupos em função do tipo de *sling* colocado, mostrou que só o *TVT* se associou a um aumento significativo da resistência uretral. O nosso estudo identificou também uma diminuição significa-

Tabela 1. Características demográficas

Raça caucasiana n (%)	116 (99.1)
IMC (kg/m ²) median [min-max]	30 [22-41]
Idade (anos) median [min-max]	57.5 [33-78]
Partos vaginais n (%)	109 (93.2)
Pós-menopausa n (%)	72 (65.5)

Tabela 2 e 3. Resistência uretral antes e após a cirurgia (n=117)

		Resistência uretral após cirurgia				
		0	1	2	3	Total
Resistência uretral antes da cirurgia	0	75	20	3	0	98
	1	6	6	1	1	14
	2	2	0	1	0	3
	3	1	0	0	0	1
	4	0	0	0	1	1
	Total	84	26	5	2	117

	Antes da cirurgia	Após a cirurgia
RU	N (%)	N (%)
0	98 (83.8)	84 (71.8)
1	14 (12.0)	26 (22.2)
2	3 (2.6)	5 (4.3)
3	1 (0.9)	2 (1.7)
4	1 (0.9)	0
5	0	0
6	0	0
Total	117 (100)	117 (100)

Tabela 4 e 5. CD antes e depois da cirurgia (n=117)

		Contractilidade do detrusor após a cirurgia						
		VW	W-	W+	N-	N+	ST	Total
CD antes da cirurgia	VW	1	1	0	0	1	0	3
	W-	2	3	7	1	1	0	14
	W+	3	1	7	5	4	0	20
	N-	2	6	6	14	5	0	33
	N+	0	4	8	8	6	4	30
	ST	0	2	2	5	6	2	17
	Total	8	17	30	33	23	6	117

	Antes da cirurgia	Após a cirurgia
CD	N (%)	N (%)
VW	3 (2.6)	8 (6.8)
W-	14 (12.0)	17 (14.5)
W+	20 (17.1)	30 (25.6)
N-	33 (28.2)	33 (28.2)
N+	30 (25.6)	23 (19.7)
ST	17 (14.5)	6 (5.1)
Total	117 (100)	117 (100)

Tabela 6. Resistência uretral antes e depois da cirurgia em função do tipo de sling

	TVT-O		TVT		TVT-S	
	Antes da cirurgia	Após a cirurgia	Antes da cirurgia	Após a cirurgia	Antes da cirurgia	Após a cirurgia
Resistência Uretral	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
0	60 (80)	54 (72)	26 (96.3)	18 (66.7)	9 (75)	10 (83.3)
1	11 (14.7)	15 (20)	1 (3.7)	8 (29.7)	3 (25)	2 (16.7)
2	2 (2.7)	4 (5.3)	0	1 (3.7)	0	0
3	1 (1.3)	2 (2.7)	0	0	0	0
4	1 (1.3)	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0
Total	75 (100)	75 (100)	27 (100)	27 (100)	12 (100)	12 (100)
	NS		p < 0,05		NS	

tiva da contractilidade do detrusor após todos os tipos de sling. A principal limitação do estudo é a obrigatoriedade de excluir as mulheres que não urinaram ou que o fizeram à custa de manobras de valsalva, o que poderia ser um sinal de obstrução vesical.

Conclusão: A aplicação do nomograma de Schäfer nesta população de mulheres incontinentes, sem prolapso do compartimento anterior,

sugere que o TVT é o único sling com um efeito obstrutivo a longo prazo, provavelmente devido à diferente angulação da uretra com este tipo de procedimento. Todos os slings demonstraram um efeito negativo na contractilidade do detrusor. A causa desta constatação é desconhecida e serão necessários mais estudos para confirmar este efeito a longo prazo.

Poster 20

APLICAÇÃO DO NOMOGRAMA DE SCHÄFER NA MULHER COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Filipa Passos¹, Inês Reis¹, Ana Coelho¹, Margarida Bernardino¹, Ana Luísa Ribeiroinho¹, Alexandre Valentim-Lourenço¹, Luís Abranches Monteiro²

¹Unidade de Uroginecologia, Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução, Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

²Departamento de Urologia, Hospital Curry Cabral, Lisboa, Portugal

Introdução: A obstrução infra-vesical feminina é uma entidade controversa mal definida. Não existem curvas normais de pressão-fluxo definidas para a mulher. Groutz e Blaivas desenharam um nomograma para as mulheres com obstrução infra-vesical que não se correlacionava com a clínica, resultando numa prevalência demasiado elevada de mulheres obstruídas¹. O nomograma de Schäfer combina a taxa de fluxo máximo (Qmax) e a pressão do detrusor no fluxo máximo (Pdet-Qmax) para determinar a obstrução vesical². Parece correlacionar-se melhor com a obstrução clínica mas foi construído utilizando parâmetros urodinâmicos de uma população masculina. Provavelmente, pode ser aplicado também na mulher.

Os objectivos do nosso estudo foram: 1) definir o padrão de distribuição da resistência uretral e da contractilidade do detrusor com base no estudo urodinâmico (EUD), numa população de mulheres incontinentes sem prolapso urogenital, e 2) avaliar esta distribuição de acordo com o tipo de incontinência urinária (esforço vs mista).

Material e métodos: Realizámos um estudo retrospectivo observacional de todas as mulheres sem prolapso do compartimento anterior submetidas a cirurgia de correcção da incontinência urinária (*transobturador vaginal tape* – TVT-O, *tension-free vaginal tape* – TVT or TVT-

Secur), entre Janeiro de 2004 e Novembro de 2008. O EUD fez parte da avaliação pré-operatória de todas as mulheres.

Os critérios de exclusão foram: contracções abdominais durante a micção superiores a 10 cm H₂O, ausência de micção no EUD or exteriorização do catéter durante o exame.

As doentes foram divididas em dois grupos. O grupo A incluiu as mulheres com incontinência de esforço definida como perdas com a tosse, espirro ou exercício. O grupo B incluiu as mulheres com incontinência mista, definida pela presença de sintomas de esforço e de urgência.

A resistência uretral e contractilidade do detrusor foram analisadas utilizando o nomograma de Schäfer, tendo-se definido uma resistência uretral grau 0 como ausência de obstrução, grau 1-2 como obstrução ligeira, grau 3-4 como obstrução moderada e grau 5-6 como obstrução grave. A contractilidade do detrusor foi dividida em 6 graus: VW (*very weak*), W- (*weak* menos), W+ (*weak* mais), N- (*normal* menos), N+ (*normal* mais) and ST (*strong*). A análise estatística foi realizada utilizando a última versão do SPSS (*PASW Statistics* 18). As variáveis categóricas foram analisadas através do teste de Mann-Whitney; as variáveis contínuas com o teste t-Student. Um valor de p <0.05 foi considerado estatisticamente significativo.

Resultados: Das 195 mulheres submetidas à colocação de *sling*, foram excluídas 27 (23 por contracções abdominais superiores a 10 cm H₂O, duas por ausência de micção e duas por exteriorização do catéter durante o exame). Um total de 168 mulheres foram estudadas – grupo A (n=72), grupo B (n=96). Os dois grupos eram homogéneos nas diferentes variáveis demográficas analisadas.

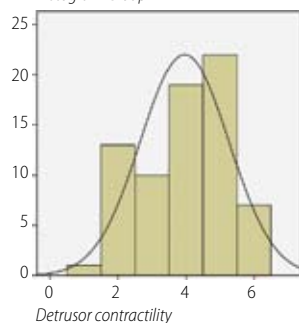
Resultados: Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos na distribuição da resistência uretral e da contractilidade do detrusor. O mesmo se verificou numa análise de subgrupos entre as mulheres não obstruídas e as obstruídas (resistência 0 vs 1-4) ou em subgrupos de contractilidade (VW/W- vs W+/N- vs N+/ST). A principal

Tabela 1. Características demográficas

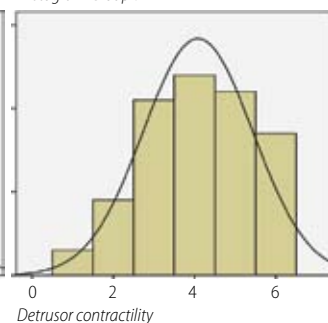
		Grupo A (n=72)	Grupo B (n=96)	P
Raça caucasiana	n (%)	70 (97.2)	95 (98.9)	NS
IMC (kg/m ²)	mediana [min-máx]	29.5 [21.5-38.9]	30.3 [21.6-40.7]	NS
Idade (anos)	mediana [min- máx]	55.0 [39-78]	58.0 [33-78]	NS
Antecedentes de parto vaginal	n (%)	71 (98.6)	90 (93.8)	NS
Postmenopausal	n (%)	35 (48.6)	59 (61.5)	NS

	Grupo A	Grupo B
Contractilidade do detrusor	N (%)	N (%)
VW	1 (1.4)	3 (3.1)
W -	13 (18.1)	9 (9.4)
W +	10 (13.9)	21 (21.9)
N -	19 (26.4)	24 (25)
N +	22 (30.6)	22 (22.9)
ST	7 (9.7)	17 (17.7)
Total	72 (100)	96 (100)

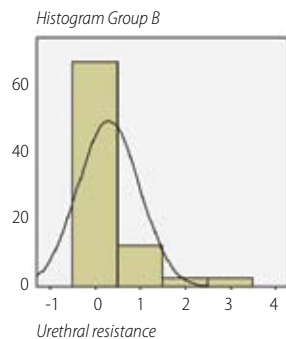
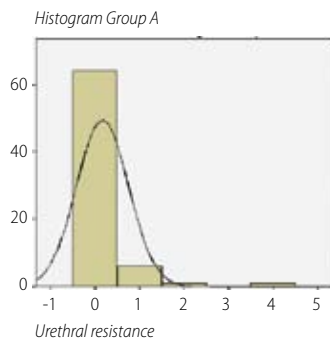
Histogram Group A



Histogram Group B



	Grupo A	Grupo B
Resistência uretral	N (%)	N (%)
0	64 (88,9)	76 (79,2)
1	6 (8,3)	14 (14,6)
2	1 (1,4)	3 (3,1)
3	0	3 (3,1)
4	1 (1,4)	0
5	0	0
6	0	0
Total	72 (100)	96 (100)



limitação do estudo é a obrigatoriedade de excluir as mulheres que não urinaram ou que o fizeram à custa de manobras de valsalva, o que poderia ser um sinal de obstrução vesical.

Conclusões: A aplicação do nomograma de Schäfer nesta população de mulheres incontinentes, sem prolapso do compartimento anterior, sugere que o valor normal da resistência uretral é 0. Quanto à contractilidade do detrusor, os valores mais frequentes foram o N- e o N+ nas mulheres com incontinência de esforço e o W+, W- e N+ nas mulheres com incontinência mista. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os dois tipos de incontinência no que se refere à resistência uretral e à contractilidade do detrusor.

¹ Akikwalaa T, Fleischman N, Nitti V. Comparison of Diagnostic Criteria for Female Bladder Outlet Obstruction. *J Urol* 2006; 176:2093-2097.

² Rosario D J, Woo H, Chapple C. Definition of Normality of Pressure-Flow Parameters Based on Observations in Asymptomatic Men. *Neurourology Uroyn* 2008;27:388-394.

Poster 21

OBSTRUÇÃO INFRA-VESICAL APÓS TÉCNICA DE SLING EM MULHERES COM PROLAPSO DO COMPARTIMENTO ANTERIOR

Inês Reis¹, Filipa Passos¹, Ana Coelho¹, Margarida Bernardino¹, Ana Luísa Ribeiro¹, Alexandre Valentim-Lourenço¹, Luís Abranches Monteiro²

¹Unidade de Uroginecologia, Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução, Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

²Departamento de Urologia, Hospital Curry Cabral, Lisboa, Portugal

Introdução: A obstrução infra-vesical a longo prazo após cirurgia de correção de incontinência urinária constitui uma preocupação entre os clínicos, podendo não se associar a sintomas de esvaziamento.¹ Têm sido desenvolvidos nomogramas com o objectivo de avaliar a ocorrência desta entidade.

Objectivo: O objectivo deste trabalho foi avaliar o efeito a longo prazo das técnicas de sling pubovaginal na resistência uretral (RU), enquanto parâmetro de obstrução infra-vesical, em mulheres com incontinência urinária e prolapso do compartimento anterior.

Material e métodos: Desenvolvemos um estudo retrospectivo observacional incluindo mulheres com prolapso do compartimento anterior (grau 3 ou superior de acordo com a classificação POP), submetidas a sling pubovaginal para correção de incontinência urinária, entre Janeiro de 2004 e Novembro de 2008.

Constituíram critérios de exclusão: impossibilidade de acesso aos exames urodinâmicos (EUD) pré- e pós-operatórios, contribuição de contracção abdominal para a micção superior 10 cm H₂O, incapacidade de urinar para o estudo de pressão-fluxo ou situações de exteriorização do cateter durante o EUD.

Aplicando o nomograma de Schäfer² comparámos a RU e a contractilidade do detrusor (CD) em dois momentos distintos: previamente à cirurgia e 1 ano após a cirurgia. A resistência uretral foi graduada como 0 na ausência de obstrução, como 1-2 para obstrução ligeira, como 3-4 para obstrução moderada e como 5-6 para obstrução grave. A contractilidade do detrusor foi classificada em 6 graus: VW (very weak), W- (weak menos), W+ (weak mais), N- (normal menos), N+ (normal mais) e ST (strong).

A análise estatística foi efectuada através do software PASW Statistics 18. Foram aplicados os testes t de Student e Wilcoxon de acordo com o tipo de variável. Foram considerados estatisticamente significativos valores de P < 0,05.

Resultados: Das 179 doentes submetidas a sling pubovaginal foram excluídas 104 por não apresentarem EUD pré- ou pós-operatório disponível, 26 por contribuição de contracção abdominal para a micção superior a 10 cm H₂O, 4 incapazes de urinar para o estudo de pressão-fluxo e 4 por exteriorização do cateter durante o EUD. Foram analisados 41 casos. O EUD pós-operatório foi realizado em média 13 meses (desvio padrão 6,5) após a cirurgia. Em trinta e três casos foi aplicado *transobturador vaginal tape* (TVT-O), em 4 *tension-free vaginal tape* (TVT) e em 4 *TVT-Secur* (TVT-S). Das 41 mulheres, 38 foram simultaneamente submetidas a correção de prolapso do compartimento anterior com Prolift® (30), Avaulta® (2), Pelvic® (4) ou colposacropexia com rede sintética (2).

Discussão/Conclusões: Não se encontrou uma diferença estatisticamente significativa na resistência uretral antes e após cirurgia, mesmo quando analisando esta variável em duas classes – sem obstrução (UR=0) e com obstrução (UR=1 – 4). A nossa análise demonstrou uma diminuição significativa da CD após cirurgia com sling. A principal limitação deste estudo consistiu na exclusão de mulheres que não urinaram ou que revelaram contribuição excessiva da manobra de valsalva para a micção, o que pode ser indicativo de obstrução infra-vesical.

O nomograma de Schäfer nesta população de mulheres incontinentes com prolapso do compartimento anterior, revelou que os slings pubovaginais podem deteriorar a contractilidade do detrusor mas não afectam a resistência uretral. A coexistência de prolapso do compartimento anterior pode ter algum efeito na ocorrência de obstrução in-

Tabela 1. Variáveis demográficas

Raça Caucasiana	n (%)	41 (100)
IMC (kg/m ²)	mediana [min-max]	27 [23-37]
Idade (anos)	mediana [min- max]	64 [46-80]
Mulheres com partos vaginais	n (%)	40 (97.6)
Mulheres pós-menopausa	n (%)	36 (87.8)

Tabelas 2 e 3. Resistência uretral antes e após a cirurgia (n=41)

		RU após cirurgia			
		0	1	2	Total
RU prévia à cirurgia	0	21	9	0	30
	1	7	3	1	11
	Total	28	12	1	41

	Pré-operatória	Pós-operatória
Resistência Uretral	N (%)	N (%)
0	30 (73.2)	28 (68.3)
1	11 (26.8)	12 (29.3)
2	0 (0)	1 (2.4)
Total	41 (100)	41 (100)

Tabela 4 e 5. Contractilidade do detrusor antes e após a cirurgia (n=41)

		CD após cirurgia						Total
		VW	W -	W +	N -	N +	ST	
CD prévia à cirurgia	VW	1	1	0	0	0	2	1
	W -	0	2	1	2	1	6	0
	W +	2	2	6	0	1	11	2
	N -	0	2	3	5	1	11	0
	N +	1	1	4	1	2	9	1
	ST	0	0	1	0	1	2	0
	Total	4	8	15	8	6	41	4

	Pré-operatória	Pós-operatória
Contractilidade do Detrusor	N (%)	N (%)
VW	2 (4.9)	4 (9,8)
W -	6 (14.6)	8 (19,5)
W +	11 (26.8)	15 (36,6)
N -	11 (26.8)	8 (19,5)
N +	9 (22.0)	6 (14,6)
ST	2 (4.9)	0 (0)
Total	41 (100)	41 (100)

fra-vesical em mulheres incontinentes. A sua correção pode justificar a ausência de acréscimo na resistência uretral após *sling* pubovaginal concomitante.

Bibliografia: 1.Toledo L, Korkes F, Romero F. Bladder outlet obstruction after pubovaginal fascial *sling*. *Int Urogynecol J* 2009; 20:201–205. 2. Schäfer W. Analysis of bladder-outlet function with the linearized passive urethral resistance relation, linPURR, and a disease-specific approach for grading obstruction: from complex to simple. *World J Urol* 1995;13:47–58.

Poster 22

DISTRIBUIÇÃO NORMAL DA RESISTÊNCIA URETRAL E CONTRACTILIDADE DO DETRUSOR EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA E PROLAPSO UROGENITAL

Inês Reis¹, Filipa Passos¹, Ana Coelho¹, Margarida Bernardino¹, Ana Luísa Ribeiro¹, Alexandre Valentim-Lourenço¹, Luís Abranches Monteiro²

¹Unidade de Uroginecologia, Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução, Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

²Departamento de Urologia, Hospital Curry Cabral, Lisboa, Portugal

Introdução: Os estudos de pressão-fluxo constituem um instrumento essencial na avaliação e conhecimento da função do tracto urinário de saída. A presença de prolapso do compartimento anterior pode condicionar os parâmetros urodinâmicos nas mulheres com incontinência. Têm sido desenvolvidos nomogramas com o objectivo de identificar uma micção obstruída e uma contractilidade do detrusor diminuída. O nomograma de Schäfer, que combina a pressão máxima de fluxo (Qmax) e a pressão do detrusor no pico máximo de fluxo (PdetQmax), demonstrou uma boa correlação com a obstrução clínica. Embora a sua construção tenha por base uma população masculina, poderá ser aplicável a populações femininas.

Objectivos: Constituíram objectivos deste estudo: 1) definir o padrão de distribuição da resistência uretral e contractilidade do detrusor utilizando uma curva de pressão-fluxo, numa população de mulheres com incontinência urinária e concomitante prolapso do compartimento anterior e 2) compará-lo com a distribuição em mulheres sem prolapso de órgão pélvico.

Material e Métodos: Conduzimos um estudo retrospectivo observacional incluindo mulheres submetidas a correção de incontinência urinária com *sling* (*transobturador vaginal tape –TVT-O, tension-free vaginal tape –TVT ouTVT-Secur –TVT-S*) entre Janeiro de 2004 e Novembro de 2008. Foi realizado em todos os casos estudo urodinâmico

(EUD) pré-operatório.

Constituíram critérios de exclusão: contribuição de contração abdominal para a micção superior 10 cm H₂O, incapacidade para urinar para o estudo de pressão-fluxo e exteriorização do cateter durante o EUD.

Definiram-se 2 grupos de doentes. - grupo A sem prolapso de órgão pélvico e grupo B com prolapso do compartimento anterior (Grau 3 ou superior de acordo com a classificação POPQ).

Procedeu-se à análise da resistência uretral e contractilidade do detrusor previamente à cirurgia, aplicando o nomograma de Schäfer. A resistência uretral foi graduada como 0 na ausência de obstrução, como 1-2 para obstrução ligeira, como 3-4 para obstrução moderada e como 5-6 para obstrução grave. A contractilidade do detrusor foi classificada em 6 graus: *VW* (*very weak*), *W-* (*weak menos*), *W+* (*weak mais*), *N-* (*normal menos*), *N+* (*normal mais*) and *ST* (*strong*).

A análise estatística foi efectuada através do software *PASW Statistics 18*.

Foram considerados estatisticamente significativos valores de $P < 0.05$. Resultados: Das 296 doentes submetidas a cirurgia de correcção de incontinência urinária com *sling*, 47 foram excluídas (39 por pressão abdominal superior a 10 cm H₂O, 4 incapazes de urinar para o estudo de pressão-fluxo e 4 por exteriorização do cateter durante o exame). Foram analisados um total de 249 casos – grupo A (n=174), grupo B (n=75). Os grupos eram homogêneos no que concerne à distribuição da raça e parto vaginal prévio mas heterogêneos no que se refere à idade, índice de massa corporal (IMC) e status pós-menopausa.

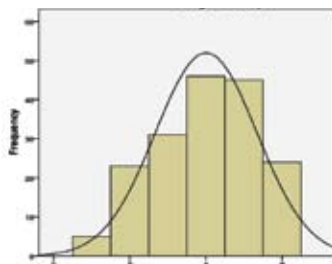
Discussão/Conclusões: A maioria das mulheres com prolapso do compartimento anterior apresentaram uma resistência uretral grau 0 e uma contractilidade do detrusor *W+*/*N-*. Conforme expectável, no grupo B a contractilidade do detrusor foi significativamente menor e a resistência uretral significativamente superior, relativamente ao grupo A.

Tabela 1 – Variáveis demográficas

	Grupo A (n=174)	Grupo B (n=75)	P
Caucasiana n (%)	171 (98.2)	75 (100.0)	NS
IMC (kg/m ²) mediana [min-max]	30 [21.5-40.7]	27 [23.1-36.9]	P < 0,05
Idade (anos) mediana [min- max]	56.0 [33-78]	65.5 [45-80]	P < 0,05
Mulheres com partos vaginais n (%)	167 (95.9)	72 (96.0)	NS
Mulheres pós-menopausa n (%)	96 (55.2)	65 (86.7)	P < 0,05

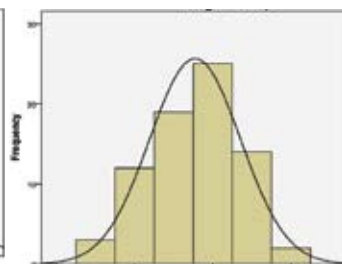
	Grupo A	Grupo B
Contractilidade do Detrusor	N (%)	N (%)
VW	5 (2.9)	3 (4.0)
W -	23 (13.2)	12 (16.0)
W +	31 (17.8)	19 (25.3)
N -	46 (26.4)	25 (33.3)
N +	45 (25.9)	14 (18.7)
ST	24 (13.8)	2 (2.7)
Total	174 (100)	75 (100)

Histogram Group A



Detrusor contractility

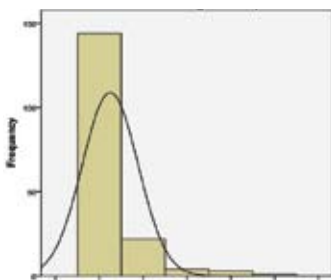
Histogram Group B



Detrusor contractility

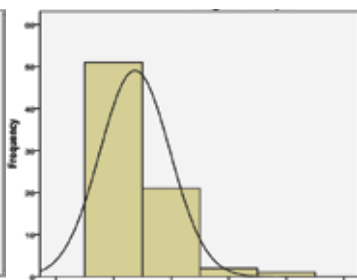
	Grupo A	Grupo B
Resistência Uretral	N (%)	N (%)
0	144 (82.8)	51 (68.0)
1	22 (12.6)	21 (28.0)
2	4 (2.3)	2 (2.7)
3	3 (1.7)	1 (1.3)
4	1 (0.6)	0
5	0	0
6	0	0
Total	174 (100)	75 (100)

Histogram Group A



Urethral resistance

Histogram Group B



Urethral resistance

A principal limitação deste estudo consistiu na exclusão de mulheres que não urinaram ou que revelaram contribuição excessiva da manobra de Valsalva para a micção, o que pode ser indicativo de obstrução do tracto de saída.

Aplicando o nomograma de Schäfer's, as mulheres incontinentes com prolapso do compartimento anterior revelaram uma contractilidade significativamente inferior e uma resistência uretral significativamente superior relativamente às mulheres sem prolapso. Esta diferença pode significar que a presença de prolapso do compartimento anterior não só contribui para a obstrução do tracto de saída como afecta a contractilidade do detrusor.

(1) Rosario D J, Woo H, Chapple C. Definition of Normality of Pressure-Flow Parameters Based on Observations in Asymptomatic Men. *Neurourology Urolyn* 2008;27:388-394.

POSTER 23

EXPERIÊNCIA INICIAL COM USO DE PRÓTESES NA CORRECÇÃO DE PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS

Gisela Fornelos, Maryjo Branquinho, Geraldina Castro, Conceição Aparício, André Catarino, Liana Negrão

Serviço de Ginecologia - Maternidade Bissaya Barreto - Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.

Introdução: A utilização de próteses no tratamento do prolapso de órgãos pélvicos (POP) é uma prática cada vez mais frequente, no entanto o seu uso permanece controverso.

Objetivos: Avaliação do resultado da utilização de próteses no tratamento de POP.

Material e Métodos: Análise retrospectiva dos casos de correcção de POP com recurso a próteses. Foram avaliadas as taxas de sucesso e complicações dos procedimentos.

Resultados: Entre 2005 a 2009 foram efectuados 64 procedimentos cirúrgicos com recurso a próteses em 61 mulheres.

Todas as mulheres tinham prolapso grau 2 ou superior. Vinte e três mulheres tinham recidiva após cirurgias de correcção de prolapso, três das quais com utilização de prótese em cirurgia prévia.

Foram efectuadas 21 cirurgias com prótese vaginal anterior, 13 com prótese vaginal posterior, 6 com prótese vaginal anterior e posterior e 24 correcções pela técnica de D'Affiero.

Os procedimentos com maior taxa de recidiva foram a técnica de D'Affiero e as correcções com prótese anterior e posterior em prolapso completos da cúpula vaginal.

Não houve complicações maior e a erosão da parede vaginal pela prótese foi a complicação mais comum, afectando 13 mulheres.

Conclusões: O uso de próteses na correcção de POP recorrente ou severa é um procedimento simples e seguro que está associado a baixa taxa de falha e baixa morbilidade.

A avaliação dos resultados funcionais e do impacto sobre os sintomas e qualidade de vida da mulher após uma correcção de POP com prótese para além dos resultados anatómicos deverão ser o foco de futuras avaliações.

POSTER 24

FISIOTERAPIA E INCONTINÊNCIA FECAL – ESTUDO RETROSPECTIVO DE 2 ANOS

Gisela Marisa Branco Afonso

Serviço de Medicina Física e Reabilitação, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital Pulido Valente

Relevância: A Incontinência Fecal (I.F.) acarreta um estigma social com enormes repercussões na qualidade de vida de cada pessoa. Afecta 5% da população em geral e cerca de 50% dos idosos institucionalizados.

Tendo em conta a dimensão e repercussão da IF e conhecendo os seus factores de risco é importante apostar na sua prevenção e aprofundar o seu tratamento. A reabilitação do pavimento pélvico faz parte da abordagem conservadora. É uma intervenção não-invasiva, segura, barata e que não impede futuras acções. Também pode ser um tratamento adjuvante à cirurgia para optimização dos resultados. AMOSTRA- De Setembro de 2006 a Setembro de 2008 foram tratados no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital Pulido Valente 20 doentes (16 mulheres, 4 homens) com diagnóstico de incontinência fecal, com média de idades de 61 anos.

Material e Métodos: A amostra foi sujeita a uma avaliação pré e pós tratamento de reabilitação do pavimento pélvico, em que constava a avaliação da força muscular do pavimento pélvico através do toque rectal (escala de Oxford), a avaliação a qualidade de vida relacionada com as perdas através de um questionário adaptado para as perdas de fezes e avaliação subjectiva a melhoria do número de perdas. Um questionário de caracterização da amostra foi também utilizado.

O tratamento variava consoante o doente tendo sido usado o método de consciencialização do pavimento pélvico, o fortalecimento manual, a electroestimulação e o *biofeedback*.

Discussão/Resultados: Foi usado o S.P.S.S. para cruzamento simples dos dados, de modo a verificar possíveis relações entre os dados pessoais e de tratamento de cada paciente. Em média conseguimos uma melhoria de 2 para 4 graus de força muscular, antes e depois do tratamento respectivamente. Na qualidade de vida atinge-se uma média de 0,9 valores de melhoria na escala Ditrovie. Quanto à melhoria subjectiva de perdas 75% da amostra apresentou melhoria.

Conclusão: A intervenção da Fisioterapia em uterentes com IF tem bons resultados, neste estudo temos 75% da amostra tratada com melhorias quer na qualidade de vida, quer na força muscular. Foi um resultado positivo que pode encorajar mais estudos nesta área tão pouco explorada.

POSTER 25

PROLAPSO DA CÚPULA PÓS-HISTERECTOMIA-ONZE ANOS DE EXPERIÊNCIA NUM CENTRO ESPECIALIZADO

Paula Ambrósio, Neuza Mendes, Cláudia Rijo, Alexandra Cordeiro, Amália Martins

Serviço de Ginecologia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

Introdução: O prolapso da cúpula é uma complicação frequente da histerectomia. Estima-se que o prolapso da cúpula ocupe um lugar cada vez mais importante na cirurgia do pavimento pélvico e o conhecimento e aplicação individualizada das opções terapêuticas são cruciais para uma resposta eficaz.

Objectivo: Análise dos prolapso da cúpula pós histerectomia submetidos a cirurgia no Serviço de Ginecologia da MAC entre 1999 e 2009. Caracterização da população e identificação de factores de risco para recidiva/falha terapêutica. Comparação das diferentes técnicas cirúrgicas na eficácia e satisfação das doentes.

Material e métodos: Análise retrospectiva de 195 registos clínicos. Foi utilizada a classificação de Baden. A análise estatística foi feita com recurso ao SPSS 18.0 (Chicago, Lda).

Resultados: Todas as doentes eram múltiparas, com uma idade média na altura do diagnóstico de 63 anos. O IMC médio foi 27, e 42% das doentes tinham obstipação crónica. A principal indicação da histerectomia foi POP. A abordagem cirúrgica mais frequente foi a vaginal. As complicações pós-operatórias mais frequentes foram retenção urinária e síndrome febril. A taxa global de recidiva foi de 14%, com predomínio na via vaginal. A maior taxa de sucesso verificou-se com a colpocele (91% de eficácia).

Conclusões: Os nossos resultados estão em consonância com os publicados na literatura. A taxa de recidiva manteve-se estável independentemente das técnicas utilizadas. Os principais factores de risco para recidiva/falha terapêutica foram cirurgia prévia por POP e obesidade. O uso de próteses nos casos seleccionados pareceu-nos promissor embora nesta série não se tenha provado a sua eficácia comparativa.

POSTER 26

LACERAÇÕES PERINEAIS DO 4º GRAU E DISFUNÇÃO DO PAVIMENTO PÉLVICO

L. Guedes-Martins, R. Maciel, B. Candoso

Serviço de Ginecologia/Obstetria da Unidade Maternidade Júlio Dinis – Centro Hospitalar do Porto E.P.E.

A disfunção do pavimento pélvico feminino com sintomas como incontinência urinária, anal e sintomas de prolapso causam desconforto maior. As lesões do esfíncter anal por causa obstétrica (*OASIS – Obstetric anal sphincter injuries*) têm recebido atenção crescente durante as últimas 2 décadas. A incidência de *OASIS* varia entre 0.36% dos partos vaginais na Finlândia a 6% noutros países ocidentais. Apresenta-se uma série de 5 casos clínicos ocorridos na Maternidade Júlio Dinis entre 2005 e 2009 em que ocorreu laceração perineal do 4º grau após parto vaginal (hospital público com 4000 partos/ano). Em todos os casos foi efectuada episiotomia médio-lateral esquerda e o peso médio dos recém nascidos foi 3238g (3010-3510g). Das 5 parturientes, 3 eram primigestas. A idade gestacional média no momento do parto foi de 39 semanas (37-41 semanas). O tempo médio estimado em trabalho de parto foi de 9 horas (7-11h). Dos 5 partos, um foi eutócico, 3 com o apoio de ventosa obstétrica (Kiviwi) e um efectuado por fórceps (Simpson®). O tempo médio decorrido após o parto foi 34,2 meses. À data corrente, 1 doente refere incontinência urinária e anal e todas apresentam dispareunia e diminuição da libido. Não se observou desenvolvimento de prolapso em qualquer um dos casos descritos. Apesar do tamanho limitado da amostra verificou-se uma incidência significativa de sintomas relativos a *OASIS* na série de casos em estudo.

POSTER 27

ESTUDO COMPARATIVO DE DOIS TIPOS DE “SLINGS SUB-URETRAIS NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO - EXPERIENCIA DOS ÚLTIMOS DOIS ANOS

Cátia Morgado Gameiro, Mariana Torgal, Cristina Vilhena, Joana Faria, Águeda Vieira, Vítor Gonçalves, Hélio Retto.

Departamento de uroginecologia, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução: Incontinência urinária de esforço é causa frequente de incontinência urinária nas mulheres. Durante os últimos anos, inúmeras técnicas foram desenvolvidas para tratamento desta patologia. A colocação de *slings sub-uretrais* têm ganho popularidade dada a sua boa taxa de cura, baixa morbidade, tempos cirúrgicos e de internamento reduzidos. O objectivo deste trabalho é comparar 2 tipos diferentes de *slings*, sub-uretal e transobturador (Aris®) e sub-uretral (Needleless®), colocados no nosso serviço nos últimos 2 anos.

Material e Métodos: Trabalho retrospectivo baseado em 83 doentes com incontinência urinária de esforço submetidas a colocação de *sling* sub-uretral para correcção dessa patologia. As doentes foram divididas em dois grupos de acordo com o *sling* colocado - Grupo A (Aris®), Grupo B (Needleless®). Excluímos todos os casos acompanhados por outra cirurgia no mesmo tempo operatório. Comparámos variáveis demográficas, tempo cirúrgico e tempo de internamento, morbidade

intra-operatória, pós-operatória imediata e durante o follow-up em consulta.

Resultados: Foram colocados 21 *slings* Aris® e 21 *slings* Needleless®. A idade média foi de 53 anos no grupo A e de 57 anos no grupo B. O tempo cirúrgico médio para o grupo A foi de 17 min em comparação com o grupo B que foi de 13 min; o tempo médio de internamento foi de 2,75 dias para o grupo A e de 2,15 dias para o grupo B. Não se descrevem complicações intra-operatória no grupo A, tendo ocorrido 1 caso de laceração vesical no grupo B. No pós-operatório imediato relata-se apenas um caso de retenção urinária no grupo A. Descrevem-se 3 casos de erosão da fita no Grupo B e nenhum caso no grupo A.

Discussão: Os dados existentes relativos à avaliação dos *Slings Sub-Uretrais* no que respeita a segurança, follow-up e complicações são reduzidos; sendo habitualmente as últimas subestimadas. Na nossa amostra, destaca-se uma taxa de erosão de 14% com o *sling Needleless®*, superior ao que encontramos na literatura. Não podemos no entanto deixar de salientar o tamanho reduzido da nossa amostra, pelo que deverão ser realizados no futuro mais estudos semelhantes.

POSTER 28

PROLAPSO UROGENITAL E ESTUDO URODINÂMICO

Cátia Morgado Gameiro, Cristina Vilhena, Mariana Torgal, Águeda Vieira, Vítor Gonçalves, Hélio Retto

Departamento de uroginecologia, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução: As alterações da dinâmica pélvica responsáveis pelo prolapso dos órgãos genitais podem contribuir para o desenvolvimento de uma incontinência urinária. Na investigação de um prolapso urogenital faz parte do nosso protocolo a realização de estudo urodinâmico na pesquisa e avaliação de incontinência urinária (IU). O objectivo deste trabalho é avaliar os estudos urodinâmicos realizados por prolapso urogenital, a concordância com eventuais queixas de incontinência urinária e em última análise com o tratamento instituído, tipo de cirurgia, e resultados, entre Junho 2008 e Junho de 2009.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de todos os estudos urodinâmicos realizados por prolapso urogenital. Foram avaliadas as doentes com queixas de incontinência urinária associada aos prolapsos e os resultados respectivos dos estudos urodinâmicos. Nas doentes submetidas a cirurgia no nosso hospital, avaliou-se o tipo de cirurgia efectuada e os resultados após cirurgia.

Resultados: Durante o período compreendido entre Junho de 2008 e Junho de 2009, foram realizados 70 estudos urodinâmicos por prolapso urogenital. Quarenta e três por cento dos casos foram realizados por prolapso completo e 57% foram por prolapso incompleto; 68% destes por cistocele isolado. Do total de prolapsos, apenas 30 mulheres (43%) apresentavam queixas de IU, 77% das quais com queixas sugestivas de IU Esforço (IUE). Nas mulheres com queixas de IU, o estudo urodinâmico detectou 43% de casos de IUE isolada, 43% de exames normais, 10% de instabilidade vesical e 3% de IU Mista. Em doentes sem queixas de IU foram detectadas 10% de casos de IUE isolada oculta, 13% de instabilidade vesical e 2,5% de IUM. Das mulheres analisadas, 38% foram submetidas a cirurgia no nosso hospital. Das mulheres com queixas e estudo urodinâmico positivo para IUE, duas foram recentemente operadas e uma encontra-se sem queixas ao fim de 11 meses. Das mulheres com queixas de IU e exame urodinâmico negativo para IUE, 5 foram operadas no nosso hospital, tendo feito apenas correcção do prolapso. Destas apenas uma manteve queixas de IUE.

Discussão: Este trabalho reforça a importância de realizar estudo urodinâmico no estudo pré-operatório do prolapso urogenital, para avaliação e diagnóstico de eventual IU associada.

POSTER 29

ESTUDOS URODINÂMICOS- CASUÍSTICA DE UM ANO

Cristina Vilhena, Cátia Morgado Gameiro, Mariana Torgal, Águeda Vieira, Vítor Gonçalves, Hélio Retto

Departamento de uroginecologia, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução: O estudo urodinâmico é um exame que permite objectivar os diferentes tipos de Incontinência Urinária (IU) e de fornecer informações importantes para orientar o tratamento correcto a realizar perante diversas situações. Este exame é realizado no nosso serviço para avaliação de doentes com queixas uroginécologicas, desde o ano de 2007. O objectivo deste trabalho é fazer a casuística de todos os exames urodinâmicos realizados no serviço entre Junho de 2008 e Junho de 2009.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo de todos os estudos urodinâmicos realizados no nosso serviço entre Junho de 2008 e Junho de 2009. Foram analisadas as seguintes variáveis: idade, indicação e resultados.

Resultados: Durante o período analisado, foram realizados 142 estudos urodinâmicos. A idade média das utentes foi de 63 anos (min=31; Max=85). A indicação mais frequente foi a IU, em 51 % dos casos, seguida de prolapso urogenital incompleto em 28% dos casos e prolapso urogenital completo em 21% casos. No grupo com queixas de IU, 53% apresentavam queixas de IU de esforço (IUE), 43% IU mista (IUM) e 4% IU urgência. No grupo de mulheres com queixas de IUE, apenas 29% apresentaram estudo compatível com IUE, sendo que 29% apresentavam estudo completamente normal. No grupo de mulheres com queixas compatíveis IUM, 32% apresentou no estudo urodinâmico alterações compatíveis com IUE isolada, 23% apresentava estudo normal e apenas 13% com alterações compatíveis com IUM.

Discussão: Este trabalho salienta as diferenças entre as queixas de incontinência urinária e os resultados obtidos no estudo urodinâmico. Reforça a sua relevância para o diagnóstico de incontinência urinária e contribui assim para a escolha do tratamento mais adequado.

POSTER 30

NOMOGRAMA DE FLUXO LIVRE DO HOMEM PORTUGUÊS

Domingues N.¹, Fidalgo N.¹, Melo M.², Santos C.², Pires M.³ e Sousa R.⁴

1 – Interno da Especialidade de Urologia do Hospital Militar Principal (HMP); 2 - Assistente Hospitalar de Urologia do HMP; 3 - Assistente Hospitalar Graduado de Urologia do HMP; 4 – Director do Serviço de Urologia do HMP

Introdução: A urofluxometria é o exame de eleição para o estudo dos sintomas do aparelho urinário inferior no homem. A sua interpretação é baseada nos nomogramas actualmente existentes que representam amostras limitadas. O presente estudo destina-se a avaliar o padrão de fluxo livre em homens saudáveis e gerar nomogramas adaptados à população portuguesa.

Objectivos: Através da realização de fluxo livre obter as variáveis de Fluxo Máximo (Qmax), Fluxo Médio (Qmed), Tempo até Qmax (TQmax) e o Volume Urinado (V). A partir dos valores obtidos de Qmax, Qmed e TQmax, determinar as curvas de percentil (P5, P10, P25, P50, P75, P85 e P95) consoante o volume urinado e gerar um nomograma.

Material e Métodos: Foram investigados 201 homens saudáveis com idades compreendidas entre os 18 e 30 anos inclusive. Para o efeito, realizaram um fluxo livre de forma não condicionada, após a exclusão de sintomatologia e história urológica. Foram incluídos apenas os fluxos com volumes urinados entre os 150 e 600cc.

Resultados: Foram obtidos 201 fluxos livres válidos, o Qmax médio foi de $29,9 \pm 9,3$ cc/s (12 a 71), o Qmed médio de $13,8 \pm 3,7$ cc (6 a 28), o TQmax médio de $7,5 \pm 4,2$ s (1 a 26) e o V médio urinado de $287,6 \pm 104,3$ ml (151 a 590).

Conclusão: A partir dos dados obtidos foi possível gerar um nomograma de fluxo livre adaptado à população masculina portuguesa. Tendo este estudo sido realizado em homens saudáveis, assumindo que a resistência uretral é próxima de zero, este nomograma é também uma forma de avaliar a capacidade contráctil do detrusor.

POSTER 31

INCONTINÊNCIA DE GIGGLE

A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Machado Santos, J. ⁽¹⁾; Mira Coelho, M. ⁽²⁾

⁽¹⁾ Interna de Formação Específica; ⁽²⁾ Assistente Hospitalar Graduada do Hospital de Braga

A consulta de Reabilitação Uroginecológica do Hospital de Braga, é uma consulta à qual recorrem situações de alteração do controlo vesico-esfincteriano. Nesta consulta foi observada uma criança com queixas de perda urinária exclusivamente com o riso, cuja clínica sugeria uma Incontinência de *Giggle* (IG). Segundo a *International Children's Continence Society* (ICCS), a IG é um síndrome raro no qual o esvaziamento completo da bexiga ocorre durante ou imediatamente após o riso. Nesta condição parece existir uma descoordenação de causa central associada ao riso, havendo várias hipóteses fisiopatológicas propostas. Os exames auxiliares de diagnóstico são normais. Foi feita uma revisão bibliográfica do tema nas principais bases de dados científicas. Trata-se de uma patologia com definição recente, de etiologia desconhecida. Os estudos são escassos e todos com um pequeno número de doentes, o que torna difícil definir a opção terapêutica. Esta é habitualmente dirigida à resolução da perda em si ou entidade fisiopatológica proposta, visando diminuir a facilitação do reflexo de micção, com recurso a fármacos de acção anti-muscarínica ou com efeito ao nível do SNC, associados ou não a outras técnicas terapêuticas comportamentais. Os dados existentes não permitem estabelecer qual a terapêutica de eleição. Neste caso clínico associou-se oxibutina e imipramina a *biofeedback*. O estudo está limitado pelo pouco tempo de evolução decorrido desde o início da terapêutica, havendo no entanto resultados favoráveis até ao momento. São necessários mais estudos na tentativa de definir qual a etiologia da IG, bem como um tratamento específico para a sua resolução.

POSTER 32

INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR FÍSTULA URETERO-VAGINAL PÓS-HISTERECTOMIA ABDOMINAL

Catarina Gameiro*, Raquel Salústio**, Sofia Lopes*, Hugo Pardal*, Eusébio Porto**, JP Patena Forte*. Director do Serviço de Urologia: Dr. VH Vaz Santos

* Serviço de Urologia; ** Serviço de Cirurgia 1, Centro Hospitalar de Lisboa – Zona Central

Introdução: A disfunção de novo do pavimento pélvico após cirurgia ginecológica é uma complicação, precoce ou tardia, que compreende múltiplas patologias e formas de apresentação, desde prolapso de órgãos pélvicos a incontinência urinária ou infecções urinárias de repetição, cujo tratamento e investigação se suportam na adequada vigilância pós-operatória.

Material e Métodos: Descreve-se o caso de uma doente de 56 anos de idade, a quem é feita histerectomia abdominal por fibromioma uterino condicionando dor pélvica, menometrorragias e anemia. A cirurgia e o pós-operatório não implicaram intercorrências inabituais. Cerca de dez dias após desalgaliação, posteriormente à alta, tem quadro de incontinência urinária persistente, sem esforços e sem imperiosidade

associada; mantém micções espontâneas de volume normal. A doente é re-argaliada mas mantém perdas urinárias importantes, com necessidade de uso de fralda. Procede-se a estudo imagiológico e laboratorial, por suspeita de fistula vesico-vaginal. São feitas cistoscopia, uretrocistografia retrógrada e urografia endovenosa (UEV), não havendo alterações a relatar além de má definição do trajecto do uretero direito distal, na UEV.

A doente foi reoperada, verificando-se estenose completa do uretero terminal direito, sem dilatação pielo-calicial ou do uretero, pelo que foi feita reimplantação e cateterização ureteral.

No pós-operatório e primeiros 10 meses de follow-up não houve intercorrências, foi extraído stent ureteral e a doente está assintomática.

Discussão e Conclusões: Trata-se de um caso com forma de apresentação e provável mecanismo fisiopatológico subjacente incomuns, presumindo-se, após correcção cirúrgica e reavaliação da evolução clínica, que o quadro seria atribuível a laceração ou laqueação incompleta do uretero com laceração simultânea da cúpula vaginal, e posterior formação de fistula uretero-vaginal, que conduziu às manifestações clínicas descritas. A suspeita diagnóstica aquando da cirurgia pélvica e imediata reparação do traumatismo iatrogénico é a abordagem ideal para o tratamento definitivo de qualquer traumatismo ureteral, que pode ser feito, no caso do uretero distal, por reimplantação directa na bexiga e cateterização com stent ureteral.

Bibliografia: N. Djakovic, E. Plas, L. Martínez-Piñero, Th. Lynch, Y. Mor, R.A. Santucci, E. Serafetinidis, L.N. Turkeri, M. Hohenfellner. EAU Guidelines on Urological Trauma. 2010. 31-35. Onkar Singh, Shilpi Singh Gupta, Raj Kumar Mathur. Urogenital Fistulas in Women: 5-year Experience at a Single Center. Urol J. 2010. 7:35-9. Nam C Yu, Steven S. Raman, Monica Patel, Zoran Barbaric. Fistulas of the Genitourinary Tract: A Radiologic Review. RadioGraphics. 2004. 24, 1331-1352. 1

VII CONGRESSO NACIONAL DA APNUG

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE NEURO-UROLOGIA E URO-GINECOLOGIA

PATROCÍNIOS

 <p>AMS Solutions for Life</p>	 <p>ANGELINI</p>	 <p>astellas Leading Light for Life</p>	 <p>IBARD</p>
 <p>endowave</p>	 <p>FERRING PRODUTOS FARMACÉUTICOS</p>	 <p>gsk GlaxoSmithKline</p>	 <p>IPSEN Innovation for patient care</p>
 <p>ISUS Instituto de Urologia e Urologia</p>	 <p>Janssen A Johnson & Johnson Company</p>	 <p>JMV produtos Anapilatares</p>	 <p>Gynecare WELLSFARGO WELLSFARGO WELLSFARGO</p>
 <p>Palex Luso Palex LusoPalex.Lis@protonmail.it</p>	 <p>Pfizer</p>	 <p>PORGES Coloplast division</p>	 <p>ROTTAPHARM MADAUS Innovation for Life</p>
 <p>Teleflex MEDICAL</p>	 <p>unifa Grupo Ferrer</p>		

SECRETARIADO CIENTÍFICO

A/C Rogéria Sinigali

Sede da APNUG: R. Nova do Almada, 95 - 3º A. 1200-288 Lisboa, Portugal
T: +351 21 324 35 90 | F: +351 21 324 35 99 | E: apurologia@mail.telepac.pt

SECRETARIADO

ad
medic

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3. 1000-027 Lisboa.
T: +351 21 842 97 10 | F: +351 21 842 97 19
E: joana.marques@admedic.pt
W: www.admedic.pt

Organização e Secretariado de Eventos

AGÊNCIA DE VIAGENS OFICIAL DO CONGRESSO

ad
Tours

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3. 1000-027 Lisboa
T: +351 21 841 89 50 | F: +351 21 841 89 59
E: paula.cordeiro@admedictours.pt
W: www.admedictours.pt
Alvará Nº 1270/2005