

VI CONGRESSO NACIONAL DA APNUG

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE NEURO-UROLOGIA E URO-GINECOLOGIA

30 e 31 de Janeiro de 2009
Hotel Meliá Ria, Aveiro



Programa científico



VI CONGRESSO NACIONAL DA APNUG

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE NEURO-UROLOGIA E URO-GINECOLOGIA

ORGANIZAÇÃO

Corpos Gerentes da Associação Portuguesa de Neuro-Urologia e Uro-Ginecologia

PRESIDENTE DO CONGRESSO

Paulo Dinis

COMISSÃO ORGANIZADORA

Presidente: Liana Negrão

Filomena Ramos | João Pimentel | Lília Martins | Nuno Maia | Pedro Nunes

COMISSÃO CIENTÍFICA

Alexandre Lourenço | Ana Formiga | Bercina Candoso | Camilo Esteves | Frederico Carmo Reis | Luís Abranches Monteiro | Luís Andrade Moniz | Luís Xambre | Maria da Paz Carvalho | Paulo Dinis

COMISSÃO DE HONRA

Francisco Cruz | Francisco Rolo | Henrique de Carvalho | Jorge Lains | Júlio Leite | Luís Pisco | Paulo Vale | Teresa Mascarenhas

ORADORES

Aida Duarte | Alberto Simplício | Alexandre Lourenço | Ana Formiga | Ana Garret | Ana Luísa Ribeirinho | Ana Tropa | Arnaldo Figueiredo | Avelino Fraga | Belmiro Parada | Bercina Candoso | Camilo Esteves | Carlos Guimarães | Carlos Silva | Conceição Aparício | Costa Andrade | David Waltregny | Eduardo Bataller Sánchez | Fernanda Filipe | Fernando Cirurgião | Fernando Martins | Filipa Faria | Filipe Almeida | Francisco Cruz | Francisco Falcão | Francisco Rolo | Frederico Carmo Reis | Glória Batista | João Marcelino | João Pimentel | João Silva | José Damasceno Costa | Judite Neves | Júlio Leite | Liana Negrão | Lília Martins | Luís Abranches Monteiro | Luís Andrade Moniz | Maria João Andrade | Maria da Paz Carvalho | Mário João Gomes | Miguel Ramos | Nuno Maia | Oriol Porta | Paulo Dinis | Paulo Temido | Paulo Vale | Pedro Correia da Silva | Pedro Martins | Ramon Usandizaga | Rui Faria | Rui Sousa | Serafim de Carvalho | Sofia Correia | Susana Coutinho | Teresa Mascarenhas | Vitória Rodrigues | Vaz Santos

JÚRI DE COMUNICAÇÕES LIVRES E POSTERS

Alexandre Lourenço, Ana Formiga, Bercina Candoso, Paulo Dinis

VI CONGRESSO NACIONAL DA APNUG

30/01/09/Sexta-feira

08.00h Abertura do Secretariado

09.00h Mesa-Redonda

AVALIAÇÃO CLÍNICA DAS DISFUNÇÕES DO PAVIMENTO PÉLVICO

Moderadores: Luís Andrade Moniz, Avelino Fraga e Pedro Correia da Silva

09.00h **Classificações anátomo-clínicas**

Susana Coutinho

09.15h **Escalas de avaliação de sintomas e da qualidade de vida**

Ana Luísa Ribeirinho

09.30h **Avaliação clínica e exames complementares de diagnóstico**

Luís Abranches Monteiro

09.45h **Discussão**

10.00h Mesa-Redonda

INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA

Tratamento cirúrgico – Indicações e limitações dos *Mini-Slings*

Moderadores: Carlos Guimarães e Conceição Aparício

10.00h **TVT Secur**

Oriol Porta

10.10h **MiniArc**

José Damasceno Costa

10.20h **ContaSure Needleless System**

Ramon Usandizaga

10.30h **Follow-up da cirurgia de correcção da IUE**

João Silva

10.45h **Discussão**

11.00h Pausa Café

11.30h SESSÃO OFICIAL DE ABERTURA

11.45h COMUNICAÇÕES LIVRES Sala A

11.45h Mesa-Redonda

INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA

Moderadores: Francisco Rolo e Ana Tropa

11.45h **Cirurgia pélvica e incontinência urinária masculina**

Arnaldo Figueiredo

12.00h **Abordagem diagnóstica**

Paulo Temido

12.15h **Terapêutica cirúrgica – Estado da arte**

Nuno Maia

12.30h **Discussão**

12.45h Conferência

PRÓTESES PÉLVICAS MINIMAMENTE INVASIVAS: ELEVATE®

Presidente: Carlos Silva

Conferencista: Eduardo Bataller Sánchez

13.15h Almoço

15.00h **COMUNICAÇÕES LIVRES Sala A**

15.00h Mesa-Redonda

ACTUALIDADES SOBRE A ABORDAGEM DE INFECÇÕES URINÁRIAS DE REPETIÇÃO

Moderadores: Mário João Gomes, Alberto Simplício e Francisco Falcão

15.00h **Prevalência de estirpes de *Escherichia coli* resistentes às fluorquinolonas em Portugal**

Vitória Rodrigues

15.15h **Fatores de virulência bacteriana e antibióticos na infecção urinária**

Aida Duarte

15.30h **Profilaxia das infecções urinárias de repetição**

Fernando Cirurgião

15.45h **Discussão**

16.00h Conferência

TREATMENT OF STRESS URINARY INCONTINENCE: WHAT WE HAVE ACHIEVED AND FUTURE TRENDS

Presidente: Paulo Dinis

Conferencista: David Waltregny

16.30h Pausa Café

17.00h **CURSO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MEDICINA FAMILIAR Sala A**

Maria da Paz Carvalho, Filipa Faria, Paulo Dinis, Alexandre Lourenço e Luís Abranches Monteiro

17.00h Mesa-Redonda

DISFUNÇÕES VÉSICO-ESFINCTERIANAS EM DOENTES COM PATOLOGIA NEUROLÓGICA

Moderadores: Paulo Vale e Fernanda Filipe

17.00h **Patologia do Sistema Nervoso Central**

Lília Martins

17.15h **Patologia do Sistema Nervoso Periférico**

Maria João Andrade

17.30h **Discussão**

17.45h Mesa-Redonda

SEXUALIDADE E FERTILIDADE NOS TRAUMATIZADOS VÉRTEBRO-MEDULARES

Moderadores: Fernando Martins, Serafim de Carvalho e Miguel Ramos

17.45h **Aspectos clínicos**

Glória Batista

18.00h **Modelo *Plissit* na reabilitação da sexualidade**

Ana Garret

18.15h **Abordagem terapêutica**

Belmiro Parada

18.30h **Discussão**

18.45h ENCERRAMENTO DE TRABALHOS

19.00h ASSEMBLEIA GERAL DA APNUG

31/01/09/Sábado

08.00h Abertura do Secretariado

09.00h COMUNICAÇÕES LIVRES Sala A

09.00h Mesa-Redonda

PROLAPSO UROGENITAL

Moderadores: Camilo Esteves, Vaz Santos e Ana Formiga

09.00h **Futuro da cirurgia convencional**

João Marcelino

09.15h **Prevenção e resolução de complicações relacionadas com o uso de redes**

Alexandre Lourenço

09.30h **Estratégias na abordagem cirúrgica dos prolapso urogenitais**

Bercina Candoso

09.45h **Discussão**

10.00h Conferência

PREVALÊNCIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA E HIPERACTIVIDADE VESICAL EM PORTUGAL

Presidente: Maria da Paz Carvalho

Conferencista: Sofia Correia

10.30h Pausa Café

11.00h Mesa-Redonda

ASPECTOS ÉTICO-JURÍDICOS RELATIVOS AO USO DE NOVOS DISPOSITIVOS E IMPLANTES

Moderadores: Francisco Cruz e Liana Negrão

11.00h **Visão da Bioética**

Filipe Almeida

11.15h **Visão do Jurista**

Costa Andrade

11.30h **Visão do INFARMED**

Judite Neves

11.45h **Discussão**

12.00h Mesa-Redonda

DISFUNÇÕES DO PAVIMENTO PÉLVICO: PAPEL DA GRAVIDEZ E PARTO

Moderadores: Rui Faria e Júlio Leite

12.00h **Traumatismo obstétrico e incontinência urinária: Aspectos investigacionais**

Teresa Mascarenhas

12.15h **Fatores de risco e prevenção das disfunções do pavimento pélvico**

Pedro Martins

12.30h **Diagnóstico e reparação das lesões obstétricas do esfíncter anal:
Quando e como?**

João Pimentel

12.45h **Discussão**

13.00h PONTOS-CHAVE DO CONGRESSO

Frederico Carmo Reis

13.30h ENTREGA DE PRÉMIOS E ENCERRAMENTO DO CONGRESSO ENTREGA DE CERTIFICADOS

15.00h CURSO PÓS-CONGRESSO

URODINÂMICA Sala A

Luís Abranches Monteiro, Miguel Ramos e Rui Sousa

Resumos de Comunicações livres

Incontinência urinária

Sala A / Sexta-feira, 30. Jan. 11:45h

Comunicação Livre 1

LESÕES UROLÓGICAS DA CIRURGIA GINECOLÓGICA – 5 ANOS DE EXPERIÊNCIA DO C.H.V.N.GAIA/ESPINHO E.P.E.

Mariana Novais Veiga; Luís Xambre; Camilo Esteves
C.H. Vila Nova de Gaia

Introdução: O aparelho urinário inferior está naturalmente em risco durante toda a cirurgia pélvica em geral, mas a proximidade com o útero e vagina tornam-no muito mais vulnerável na cirurgia ginecológica.

Objectivos: Descrever e analisar as lesões urológicas mais frequentes da cirurgia ginecológica efectuada no nosso Hospital num período de 5 anos.

Material e Métodos: Foi efectuado um estudo retrospectivo de Janeiro 2004 a Dezembro 2008 com base na revisão dos registos cirúrgicos e dos processos clínicos. Foram registados os seguintes parâmetros: idade, paridade, cirurgias anteriores, indicação cirúrgica, cirurgia realizada, lesão iatrogénica, timing do diagnóstico (intra-operatório ou pós-operatório) e cirurgia de reconstrução das complicações tardias. **Resultados:** Encontramos 26 doentes com lesões iatrogénicas do aparelho urinário. A mais frequente foi a laceração da bexiga. O diagnóstico foi intra-operatório na maioria dos casos. As complicações tardias das lesões foram a fistula uretero-vaginal (2 casos) e fistula vesico-vaginal (4 casos).

Discussão/ Conclusões: O aspecto mais importante no prognóstico das lesões do aparelho urinário é o diagnóstico precoce durante a cirurgia. Segundo a literatura, cerca de 2/3 das lesões do uréter não são reconhecidas intra-operatoriamente. A dissecação cuidadosa e identificação visual do ureter continuam a ser a melhor forma de detectar as lesões do aparelho urinário.

Comunicação Livre 2

AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO APÓS CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA PARA A INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO

Manso P.; Silva C.; Carnide C.; Aparício C.; Catarino J.; Negrão L.
Sector de Uroginecologia do Serviço de Ginecologia da Maternidade Bissaya-Barreto, Centro Hospitalar de Coimbra, Portugal

Introdução: A incontinência urinária de esforço (IUE) é prevalente nas mulheres. A cirurgia minimamente invasiva (CMI) com próteses sintéticas suburetrais tem elevada taxa de cura, com impacto significativo na qualidade de vida (QV).

Objectivo: Avaliar o impacto da CMI na QV das doentes com IUE.

Material e Métodos: Estudaram-se doentes com IUE submetidas a CMI em 2007. Critérios de inclusão: IUE documentada em estudo urodinâmico.

Avaliaram-se variáveis clínicas e demográficas, antecedentes obstétricos e patológicos, cirurgia associada e morbilidade pós-operatória. Considerou-se cura na ausência de sintomas de IUE e de fuga urinária ao exame objectivo.

Avaliou-se QV com questionário ICIQ-SF (score 0-21) um mês antes e

doze meses pós-cirurgia.

Analisaram-se dados com SPSSv.16.0.

Estudo aprovado pela Direcção Clínica, com consentimento informado das pacientes.

Resultados: Estudaram-se 116 mulheres, tendo sido realizados 90 TVT-O e 26 TOT. Taxa de cura global - 96,6% (TVT-O:98,9% e TOT:88,5%).

Nos casos de cura houve melhoria na QV (descida média:15), ao contrário daqueles com insucesso cirúrgico (descida média:2; $p<0,05$). O grupo com TVT-O apresentou melhoria na QV superior (descida média:15) ao grupo com TOT (descida média:13) - $p<0,05$.

Apenas a diminuição da clínica de IUE apresentou correlação com a melhoria da QV ($p<0,05$).

A morbilidade pós-cirúrgica não interferiu com a melhoria da QV nos casos de sucesso terapêutico ($p=0,194$).

Discussão e Conclusão: A QV melhora com a correcção da IUE após CMI. O grupo que efectuou TVT-O apresenta melhor QV possivelmente pela maior taxa de cura. A morbilidade cirúrgica não altera a QV se houver eliminação da IUE.

Comunicação Livre 3

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA INCONTINENCIA URINARIA FEMININA DE ESFORÇO: ESTUDO RETROSPECTIVO DE 4 ANOS...

Fátima Pinto; Sandra Soares; Imaculada; Marcília Teixeira;
Manuela Montalvão

Drª Bercina Cadoso: Responsável pelo Centro de Uroginecologia e do Pavimento pélvico da Unidade Maternidade de Júlio Dinis - Centro Hospitalar do Porto

A incontinência urinária de esforço (IUE) afecta cerca de 20% da população feminina, tendo um impacto significativo na qualidade de vida.

O objectivo deste estudo é documentar a experiência inicial de 4 anos da área de Uroginecologia da Maternidade de Júlio Dinis no tratamento da IUE, num total de 456 utentes, submetidas a este procedimento entre Março de 2004 e Março de 2008, através de consulta dos processos clínicos, referentes aos dados demográficos, antecedentes pessoais, estudos urodinâmicos, complicações associadas e *follow-up*, bem como factores que influenciam negativamente o resultado cirúrgico.

A média de idades da nossa população foi de 52,6 anos (SD =10,1); Mediana = 52; (Min=27; Max=83), sendo 71,5% multiparas e 47,6% pós-menopáusicas. A IUE pura foi diagnosticada em 72,4% das doentes e 6,5% efectuaram correcção de prolapso genital concomitante. Não foram registadas complicações intraoperatórias. Após a cirurgia, perderam-se para *follow-up* 38 doentes. Das restantes 418 doentes, 399 (95,5%) ficaram curadas da IUE, e 19 (4,5%) mantiveram queixas de IUE. Foram registados 9 casos (2,1%) de extrosão de rede. Nove doentes (2,1%) foram reoperadas, 6 (1,4%) por extrosão de rede 2 (0,5%) por manterem IUE e 1 por retenção urinária aguda. Em 4 doentes surge IUU de novo. A média de *follow up* foi de 10 meses.

Este estudo confirma que as técnicas de aplicação de redes sem tensão por via vaginal se têm afirmado cada vez mais no tratamento desta patologia, pela facilidade e rapidez de execução, bons resultados cirúrgicos e reduzida taxa de complicações. A experiência adquirida nesta área e evidenciada pelos resultados obtidos, comprova a importância da introdução desta subespecialidade no programa formativo da Ginecologia.

Comunicação Livre 4

ANÁLISE COMPARATIVA DO DESEMPENHO DO SERVIÇO NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO COM REDE TRANSUBURTORADA

Sandra Soares; Fátima Pinto; Imaculada; Marcília Teixeira; Manuela Montalvão

Dr^a Bercina Caudoso: Responsável pelo Centro de Uroginecologia e do Pavimento pélvico da Unidade Maternidade de Júlio Dinis - Centro Hospitalar do Porto

O tratamento cirúrgico mini-invasivo da incontinência urinária feminina (IUE) com próteses suburetrais aplicadas por via transobturadora é consensualmente aceite na actualidade.

O objectivo deste trabalho foi avaliar a curva de aprendizagem da técnica utilizada, a relação entre os resultados obtidos e o impacto da evolução do material utilizado ao longo do tempo, na melhoria dos resultados cirúrgicos.

Foi efectuado um estudo retrospectivo de 456 doentes com diagnóstico de IUE submetidas a este procedimento entre Março de 2004 e Março de 2008, através de uma análise comparativa dos 2 primeiros anos com os 2 últimos, onde foi determinada a taxa de complicações intra-operatórias, pós operatórias imediatas e tardias, cura e recidiva.

No 2º período verificou-se um acréscimo de 63,6% (n= 283) de cirurgias, relativamente ao 1º em que se efectuaram 173. A média de idade e percentagem de mulheres pós-menopáusicas foi idêntica entre os grupos sendo de 51,5 e 53 anos e 46,2 e 48,4% de doentes para o 1º e 2º períodos, respectivamente. Os tratamentos realizados incluíram 80,9% e 67,5% de mulheres com queixas de IUE pura e realização concomitante de correcções do pavimento pélvico em 5,8 e 7,0% para o 1º e 2º período. No peroperatório não se verificaram complicações em ambos grupos.

O período de *follow-up* foi em média de 11,6 e 9,5 meses. Neste período, registaram-se para o 1º e 2º grupo respectivamente, uma taxa de cura de 97,7% e 94,6%, extrosões em 3,5% e 1.06 %, taxa de reintervenção de 3,5 e 1,06%.

A experiência e a evolução dos materiais poderão justificar a menor taxa de extrosões e reintervenções. Verificou-se, no entanto, menor taxa de cura no grupo de doentes tratadas nos últimos 2 anos, o que poderá estar relacionado com o facto do 1º grupo apresentar maior % de mulheres com IUE pura.

Comunicação Livre 5

IMPACTO DA IDADE NA EFICÁCIA DA CIRURGIA DE CORRECÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO

Márcia Rodrigues; Carla Silva; André Catarino; Conceição Aparício; Liana Negrão

Maternidade Bissaya-Barreto – Centro Hospitalar de Coimbra

Introdução: A incontinência urinária de esforço (IUE) é a forma mais frequente de incontinência, diminuindo consideravelmente a qualidade de vida e a auto-estima de muitas mulheres. Com o aumento da idade, verifica-se um aumento da prevalência da incontinência urinária de urgência (IUU) e de patologia associadas, pelo que a eficácia das cirurgias de correcção de IUE poderá ser influenciada pela idade das mulheres.

Objectivos: Avaliar a eficácia e a segurança do *TVT-O* na correcção da incontinência urinária de esforço em mulheres mais velhas.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo descritivo de 329 mulheres submetidas a cirurgia de correcção de IUE com *TVT-O*, entre 2004 e 2006. A amostra foi dividida em dois grupos: mulheres com idade ≥ 50

anos e mulheres com idade < 50 anos. Após caracterização da amostra foram avaliados diversos parâmetros relativos à cirurgia efectuada e aos resultados a curto e médio prazo. O tratamento de dados foi efectuado com o programa SPSS 15.0 for Windows.

Resultados: As taxas de cura/melhoria/manutenção do mesmo estado clínico para a IUE foram de 84,3%/ 13,8%/ 1,8% vs 96%/ 3%/ 1% aos 3 meses (n=317)[$p < 0,05$], 75,5%/ 21%/ 3,5% vs 88,2%/ 10,3%/ 1,5% aos 12 meses (n=211)[pNS]; e 81,2%/17,2%/1,6% vs 86,7%/10%/3,3%[pNS] aos 24 meses (n=94).

A IUU de novo foi verificada em 12,4% vs 12%[pNS].

Conclusões: Apesar de a eficácia desta técnica ser ligeiramente inferior no grupo das mulheres mais velhas, a longo prazo esta diferença não foi significativamente inferior. A sua utilização neste grupo de mulheres justifica-se pela reduzida morbilidade da cirurgia e baixa taxa de insucesso a longo prazo.

Comunicação Livre 6

TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO COM SLING SUBURETRAL MINIARC

Marta Fernandes¹, Pedro Dias², Rita Pinto¹, Paulo Rebelo², José Damasceno e Costa¹

¹Serviço de Ginecologia, Hospital S. Teotónio, E.P.E.; ²Serviço de Urologia, Hospital S. Teotónio, E.P.E.

Introdução: O desenvolvimento de *slings* suburetrais revolucionou o tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço. Desde a sua introdução há sensivelmente 12 anos, o *TVT (tension-free vaginal tape)* transformou-se na técnica "gold standard" sendo um dos procedimentos cirúrgicos mais utilizados para o tratamento da continência a nível mundial. Estudos recentes apontam para que a técnica TOT (transobturador tape) tenha a mesma eficácia. O sling suburetral *MiniArc* é inspirado nesta técnica, é minimamente invasivo e foi recentemente introduzido no mercado.

Objectivos: Avaliar a segurança e eficácia do sling suburetral *MiniArc*.

Material e Métodos: O kit de procedimento é estéril e composto por uma peça de malha de monofilamento de polipropileno com pontas auto-fixantes integradas de polipropileno e um passador de agulha curvo em aço inoxidável. A técnica cirúrgica utilizada foi a indicada pelas instruções de utilização da AMS.

Estudo retrospectivo de 93 pacientes tratadas com sling suburetral *MiniArc*, de Janeiro a Novembro de 2008, pelos serviços de Ginecologia e Urologia do Hospital São Teotónio E.P.E.. Os dados a analisar são: a idade, IMC, tipo de incontinência urinária, antecedentes pessoais, procedimentos associados, técnica anestésica, duração da intervenção e do internamento, complicações intra e pós-operatórias, resultados objectivos, complicações a longo prazo, recorrências, aparecimento de IUU de novo e o teste ICIQ-SF antes e após a cirurgia. O tratamento da informação é realizado com o programa de análise de dado SPSS.

Comunicação Livre 7

EXPERIÊNCIA PRELIMINAR COM MINI-ARC™ NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO FEMININA (IUE)

Rui Oliveira; Pedro Silva; Francisco Botelho; Francisco Cruz; Paulo Dinis

Hospital de São João, Serviço de Urologia, Porto

Introdução: O *Mini-Arc™* é uma rede sintética para tratamento da IUE, com extremidades em âncora, auto-fixantes, colocada através de uma única incisão vaginal, reduzindo o trajecto intracorporal da fita, poden-

do reduzir a iatrogenia.

Objectivos: Descrever a experiência preliminar com esta prótese.

Material e Métodos: Colocamos Mini-Arc™ em 43 mulheres com IUE urodinâmica (50 anos±10.6, pensos por dia 2.8±2.7, índice massa corporal 29Kg/m²±4.7, *Valsalva Leak Point Pressure* (VLPP) 104cmH20±34.4 e partos vaginais 2.3±2.0), sob sedação (81%) ou raqui-anestesia (19%). Realizamos uma incisão vaginal (1,5cm), 1cm posterior ao meato uretral e ancoramos a prótese aos músculos obturadores internos, após dissecação para-uretral. Avaliamos o sucesso, dor (0-10, escala visual), complicações, queixas urinárias inferiores (LUTS), qualidade de vida (*King's Health - KHQ*) e urofluxometria (Qmáx).

Resultados: O tempo cirúrgico foi 8 minutos (±3.6). A dor (primeiras 24 horas) foi 0.9±0.8, referida à vagina. Com 5 meses de *follow-up* médio, 40 doentes estão curadas (93%), 2 melhoradas (5%) e há uma falência (2%). As doentes com VLPP<60 cm H20 encontram-se curadas (n=6). Verificou-se uma melhoria significativa no KHQ. Observamos uma redução, significativa, no Qmáx pós-operatório (28.0±5.7 para 21.9±9.6). Não houve retenção urinária, hematúria ou hematomas visíveis. Cinco doentes (12%) referiram LUTS de novo, controladas medicamente.

Discussão/Conclusões: O Mini-Arc™ é seguro e praticamente indolor. A taxa de sucesso é semelhante às técnicas conhecidas, com *follow-up* idêntico. O Mini-Arc™ mostrou-se eficaz em mulheres com deficiência intrínseca do esfíncter. É necessário realizar estudos comparativos e com maior *follow-up* para definir o papel desta técnica no tratamento da IUE.

Comunicação Livre 8

INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO - FACTORES DE RISCO PARA SUCESSO CIRÚRGICO

Paulo Conceição; Ricardo Leão; Luís Sousa; Paulo Azinhas; Bruno Pereira; Ricardo Borges; Paulo Temido; Edson Retroz; Fernando Sobral

Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.

Objectivo: Avaliar a influência de determinadas condicionantes clínicas no resultado cirúrgico do tratamento da Incontinência Urinária de Esforço.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo das doentes com IUE submetidas a tratamento cirúrgico entre Janeiro/2001 e Junho/2008.

Resultados: Identificadas 148 doentes, com idade média de 59,9±11 anos. Clinicamente, 61,1% das doentes apresentavam IUE genuína. A obesidade, obstipação e patologia psiquiátrica medicada eram as patologias associadas mais frequentes. Cerca de 28% destas doentes tiveram partos traumáticos ou instrumentados. No exame objectivo salientava-se o prolapso do compartimento pélvico anterior (73,5%). As Provas de Boney e de Ulmsten foram positivas na totalidade dos casos. A maioria das doentes foi submetida a estudo urodinâmico (72%), cistografia (49%) e ecografia pélvica (21%). As técnicas mais utilizadas foram *TVT* retropúbico e *TVT-O* in-out. A duração média do internamento cifrou-se em 2,2 dias. Após um seguimento médio de 14,5±12,1 meses, a taxa de cura e de melhoria foi de 55% e 32%, respectivamente. As complicações foram raras. O tempo de evolução da doença, a existência de patologia psiquiátrica, bronquite crónica, obstipação e o índice de massa corporal elevado correlacionou-se, com significação estatística, com uma resposta desfavorável à cirurgia.

Conclusões: A terapêutica cirúrgica da Incontinência Urinária de esforço com a colocação de fitas sem tensão por via vaginal, tem-se afirmado como o tratamento de eleição desta patologia. A facilidade e rapidez de execução, o curto período de internamento, o bom resultado cirúrgico e as reduzidas taxas de complicações são factores importantes na escolha desta terapêutica. No entanto, existem factores que

influenciam negativamente o resultado cirúrgico e devem ser levados em linha de conta no prognóstico destes doentes.

Comunicação Livre 9

INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO FEMININA: RESULTADOS DAS FITAS SUB-URETRAIS NOS HUC

Eufrásio P; Dinis H; Moreira P; Patrão R; Bollini S; Parada B; Nunes P; Rolo F; Mota A

Serviço de Urologia e Transplantação Renal; Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A utilização de fitas sub-uretrais tornou-se o procedimento cirúrgico de eleição para o tratamento da incontinência urinária de esforço feminina. Com a generalização desta cirurgia, temos assistido à introdução de novas variantes técnicas, incluindo procedimentos transobturadores. Não está claro, porém, se alguma destas será significativamente melhor.

Objectivo: Avaliar os resultados (eficácia e segurança) da colocação de fitas sub-uretrais para o tratamento da incontinência urinária de esforço feminina aos 3 e 5 anos, e compará-los para as técnicas mais utilizadas.

Materiais e Métodos: Foram revistos de forma retrospectiva 183 pacientes com incontinência urinária de esforço feminina que foram submetidas a correção cirúrgica da mesma, com colocação de fita sub-uretral, entre Janeiro de 2002 e Dezembro de 2007. Analisámos os dados demográficos, o tipo de incontinência, os antecedentes ginecológicos e obstétricos, o tipo de fita utilizada, as complicações, resultados imediatos e resultados aos 3 e 5 anos (perdas, nº de pensos e grau de satisfação), através da consulta de processos clínicos e de contacto telefónico.

Resultados: O tempo médio de seguimento foi de 38,52 meses. A idade média foi de 57 anos. A incontinência urinária era de esforço em 80,4% das pacientes e mista em 19,6%. Estava presente urgência miccional em 24,2% das doentes e uma história ginecológica potencialmente precipitante em 44%. Apresentavam prolapso urogenital anterior 31,9% das pacientes. As técnicas utilizadas foram: *TOT*: 47,1%, *TVT-O*: 44,4% e *TVT*: 5,9%.

Quanto às complicações imediatas, 4,7% tiveram quadro de retenção urinária, 1,3% tiveram hemorragia e num caso houve perfuração vesical, não houve episódios infecciosos identificados. Os resultados imediatos são satisfatórios, com continência presente em 70,3% e melhoria das perdas em 24,3%. Os resultados globais a médio e longo prazo são: perdas insignificantes em 57,8%; sem necessidade de penso diário em 62,2% e paciente satisfeita ou muito satisfeita em 89,1% dos casos. Surgiu urgência de novo em 15,6% da amostra. Analisando especificamente os dois tipos de técnicas mais utilizadas, não encontramos diferenças estatisticamente significativas relativamente às complicações, aos resultados imediatos (continência), aos resultados a médio e longo prazo (perdas, nº de pensos utilizados e grau de satisfação), nem à presença de urgência de novo. Também não encontramos diferenças quando analisámos os mesmos resultados em função do tempo da cirurgia (< 3 anos e ≥ 5 anos).

Conclusões: A correção da incontinência urinária feminina com fitas sub-uretrais é segura e eficaz, com boas taxas de melhoria clínica e baixas taxas de complicações. Os resultados aos 3 e 5 anos são sobreponíveis aos resultados imediatos, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre *TVT-O* e *TOT* relativamente aos mesmos resultados a curto, médio e longo prazos.

Prolapso pélvico

Sala A / Sexta-feira, 30. Jan. 15:00h

Comunicação Livre 10

FACTORES DE RISCO NA RECIDIVA DO PROLAPSO PÉLVICO - AVALIAÇÃO 5 ANOS APÓS CIRURGIA

Manso P.; Pereira N.; Silva C.; Aparício C.; Catarino J.; Negrão L. Sector de Uroginecologia do Serviço de Ginecologia da Maternidade Bissaya-Barreto, Centro Hospitalar de Coimbra, Portugal

Introdução: O prolapso pélvico (PP) é uma patologia com elevada prevalência nas mulheres, tendo na maioria dos casos indicação para tratamento cirúrgico. Os resultados das cirurgias reconstrutivas pélvicas apresentam um declínio a longo prazo, sendo as recidivas mais frequentes a nível do compartimento anterior.

Objectivo: Determinar factores associados à recidiva do PP.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo relativo a mulheres submetidas a cirurgia para correcção do PP em 2003.

A classificação do PP utilizada foi a de Baden-Walker e analisaram-se os dados com SPSS v.16.0.

Resultados: Estudaram-se 53 mulheres (idade média na cirurgia: 63 anos). O compartimento mais atingido foi o anterior (93,8%). A cirurgia mais frequente foi a histerectomia vaginal com colpoplastias anterior e posterior (52,8%).

Houve recidiva em 30,2% (sintomáticas em 18,8%). O compartimento anterior foi o mais atingido (81,2%), classificado no grau 3 em 43,8%. Idade jovem e mais de um compartimento lesado relacionaram-se com recidiva ($p < 0,05$). Não foram encontradas outras relações com significado estatístico.

Discussão e Conclusão: A cirurgia do PP associa-se a elevada recidiva anatómica, sendo o compartimento anterior o mais atingido. Apesar de elevada, a recidiva anatómica apresenta baixa correlação com a recidiva sintomática.

Idade jovem e mais de um compartimento alterado no momento da cirurgia são factores de risco de recidiva. O IMC elevado não mostrou associação significativa com recidiva.

A explicação pode residir na deficiente qualidade dos tecidos de sustentação pélvica e/ou numa lesão neurológica, muscular ou fascial major que levam ao PP precoce e a uma elevada taxa de recidiva pós-cirúrgica.

Comunicação Livre 11

CORRECÇÃO DE PROLAPSOS UROGENITAIS POR VIA VAGINAL. RESULTADOS E COMPLICAÇÕES

Ana Rita Pinto; Raquel Maciel; Marcília Teixeira; Manuela Montalvão; Bercina Cando

Unidade Maternidade de Júlio Dinis - Centro Hospitalar do Porto

Introdução: Aproximadamente 1 em cada 10 mulheres virão a apresentar algum grau de prolapso ao longo da sua vida e a cirurgia correctiva tradicional apresenta uma taxa de sucesso de 65% com 30% de recorrências. Nos últimos anos tem aumentado o interesse no uso de redes sintéticas ou biológicas, uma vez que parecem reduzir o risco de recorrência e implicam uma cirurgia minimamente invasiva. O objectivo deste estudo foi avaliar a eficácia e as complicações a médio prazo dos diferentes tipos de materiais.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo que incluiu 146 mulheres com patologia do pavimento pélvico submetidas a cirurgia correctiva desde Março de 2005 até Outubro de 2008. Em todas foram aplicadas aleatoriamente redes de polipropileno monofilamentar (P) ou revesti-

das a colagénio (C), por via transobturadora e/ou isquio-rectal.

Resultados: A idade média da população foi de 61,9 ($\pm 9,8$) anos, a paridade média foi 3,0 $\pm 2,1$, 94,4% tinham partos por via vaginal e 85,6% estavam na menopausa. 53,4% tinham sido submetidos previamente a cirurgia pélvica e 39 a cirurgias de correcção de prolapsos. Oitenta por cento foram efectuadas com P e 11,5% com C. Durante o primeiro ano pós-operatório foram registadas complicações/efeitos laterais em 30,8%, verificando-se extroção da rede em 6,8% dos casos, todos com P.

Conclusão: Maior parte das mulheres estavam na menopausa e multiparidade e parto vaginal foram factores determinantes para a ocorrência de prolapso. Ocorreram complicações/efeitos laterais em cerca de 1/3 das doentes, verificando-se que os casos de extroção estavam todos relacionados com P.

Comunicação Livre 12

RESPOSTA INFLAMATÓRIA APÓS REDE DE POLIPROPILENO VS COLAGÉNEO PARA TRATAMENTO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO

Ana Rita Pinto; Marcília Teixeira; Umbelina Ramos; Manuela Montalvão; Bercina Cando

Unidade Maternidade de Júlio Dinis - Centro Hospitalar do Porto

Introdução: Nos últimos anos a utilização de *slings* vaginais para o tratamento da incontinência urinária de esforço (IUE) tem evoluído na procura de novos materiais. As redes de colagénio (C) parecem ser promissoras, sugerindo menor resposta inflamatória local do hospedeiro, diminuindo complicações associadas às redes de polipropileno (P). O objectivo do trabalho foi avaliar a resposta inflamatória sistémica imediata e local tardia a redes trans-obturadoras de P ou C.

Material e Métodos: Após consentimento informado, 42 doentes, foram randomizadas aleatoriamente para tratamento cirúrgico de IUE com rede P ou C.

A todas foi efectuada colheita de sangue para proteína C reactiva (PCR) e glóbulos brancos (GB) na véspera e 24 horas após a cirurgia. Noventa dias após a cirurgia foi efectuada uma biópsia para-uretral para avaliação de marcadores inflamatórios e resposta do colagénio locais. **Resultados:** Não houve diferença na idade entre os grupos. Após cirurgia não houve diferenças nos níveis médios de PCR e GB entre grupos. A subida média de PCR (1,2mg/dL vs 0,8mg/dL, $p = 0,26$) e GB ($0,84 \times 10^3/\mu\text{L}$ vs $0,06 \times 10^3/\mu\text{L}$, $p = 0,06$) foi superior no grupo C. Não se verificaram diferenças na neovascularização, organização, composição e quantidade de colagénio entre os 2 grupos.

O rank médio para a resposta mononuclear foi superior no grupo P.

Conclusão: A resposta inflamatória sistémica foi equivalente em ambos os grupos, embora o grupo C tivesse uma resposta mais acentuada. A resposta inflamatória local aos 90 dias foi superior no grupo P. Não se verificou melhoria na resposta de colagénio do hospedeiro com redes C.

Comunicação Livre 13

PROLAPSOS UROGENITAIS E COMPARTIMENTOS. RISCO DE RECIDIVA

AR Pinto; R Maciel; M Teixeira; M Montalvão; B Cando

Unidade Maternidade de Júlio Dinis - Centro Hospitalar do Porto

Introdução: Cerca de 10% das mulheres virão a apresentar prolapsos urogenitais ao longo da vida e a cirurgia correctiva tradicional é a mais frequentemente utilizada, apesar de apresentar uma elevada taxa de recorrência (30%). Nos últimos anos têm sido investigados materiais sintéticos ou biológicos que parecem reduzir o risco de recidiva de prolapso. O objectivo deste estudo foi relacionar o compartimento

corrigido com o risco de recidiva e de complicações a médio prazo. Material e Métodos: Estudo retrospectivo que incluiu 131 mulheres com prolapso do compartimento anterior (PCA) e/ou posterior (PCP), corrigidos aleatoriamente com recurso a redes sintéticas (RS) ou biológicas (RB), entre Março de 2005 e Outubro de 2008.

Resultados: Sessenta e três por cento das mulheres apresentavam PCA, 24,4% PCP e 13,0% ambos. Foram utilizadas RS em 87,8% (64,3% PCA, 23,5% PCP e 12,2% ambos) e RB em 11,5% das mulheres (53,3% PCA, 33,3% PCP e 13,3% ambos). Os efeitos laterais/complicações a curto e médio prazo ocorreram em 34,1%, 21,9% e 35,4% das doentes com PCA, PCP e ambos, respectivamente ($p=0,14$). Sete das correcções de PCA, nenhuma de PCP e 3 de ambos recidivaram antes do fim do primeiro ano pós-operatório; 1, nenhuma e 2 respectivamente após o primeiro ano.

Conclusão: As doentes submetidas a correcção de PCA mostraram maior tendência para recidiva, que decorreu principalmente ao longo do primeiro ano pós-operatório. O tipo de rede utilizado não pareceu ter influência no resultado final, em relação ao compartimento corrigido.

Comunicação Livre 14

COLPOSACROPEXIA – EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE GINECOLOGIA DA MATERNIDADE BISSAYA-BARRETO

C. Silva; M. Branquinho; M. Rodrigues; P. Manso; L. Negrão; C. Aparício; A. Catarino

Maternidade Bissaya-Barreto – Centro Hospitalar de Coimbra

Introdução: o tratamento cirúrgico do prolapso de órgãos pélvicos tem por objectivos aliviar a sintomatologia e restaurar a anatomia normal. Em relação ao prolapso da cúpula vaginal, existem dados na literatura que comprovam a eficácia da colposacropexia, sobretudo quando são utilizadas redes sintéticas.

Objectivo: avaliar a eficácia a longo prazo da colposacropexia e sua relação com o material utilizado na suspensão, com as complicações intra e pós-operatórias e com as características clínicas das doentes.

Material e Métodos: estudo retrospectivo de 104 processos relativos a mulheres submetidas a colposacropexia entre 1987 e 2007. Foram excluídos 22 casos por ausência de *follow-up* e/ou dados incompletos. Resultados: a idade média das doentes era de 61 anos. Clinicamente apresentavam: prolapso da cúpula vaginal (77) e prolapso urogenital total (5). Em 48 casos foi efectuado um procedimento cirúrgico complementar, para correcção de defeitos de outros compartimentos (22) e/ou de incontinência urinária de esforço (38).

O material utilizado para a suspensão consistiu em fio de sutura não absorvível, rede absorvível ou rede não absorvível. Não se registaram complicações intra ou pós-operatórias significativas.

O tempo médio de *follow-up* foi de 50,8 meses. Ocorreram 12 (14,6%) recidivas de prolapso da cúpula vaginal, sendo o tempo médio de *follow-up* até à recidiva de 11 meses. A taxa de recidivas variou em função do material utilizado na suspensão, sendo de 40% para a rede absorvível, 32% para o fio não reabsorvível e 4,2% para a rede não reabsorvível.

Conclusão: a colposacropexia é uma técnica eficaz no tratamento do prolapso da cúpula vaginal, sendo a eficácia da técnica influenciada pelo material utilizado.

Comunicação Livre 15

PROLAPSO DA CÚPULA VAGINAL – CORRECÇÃO CIRÚRGICA POR SACROCOLPOPEXIA

Cátia Rodrigues; Margarida Bernardino; Ana Luísa Ribeiro; Alexandre Lourenço

Departamento Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução do Hospital de Santa Maria

Introdução: O prolapso da cúpula vaginal pós histerectomia tem uma incidência que varia entre 0,5 e 2%. Surge 5 a 10 anos após histerectomia e deve-se quer à perda do suporte apical quer à lesão iatrogénica das estruturas pélvicas de suporte. As técnicas de correcção mais comuns incluem a sacrocolpopexia, a fixação sacroespinhosa e mais recentemente a correcção com prótese transvaginal.

Objectivo: Avaliação anatómica dos resultados da sacrocolpopexia, no tratamento do prolapso da cúpula vaginal pós histerectomia.

Material e Métodos: Avaliação retrospectiva dos casos de prolapso da cúpula vaginal submetidos a sacrocolpopexia no serviço de Ginecologia do Hospital de Santa Maria entre Abril 2003 e Outubro de 2007. A avaliação anatómica foi realizada de acordo com a classificação internacional POP-Q, realizada 12 meses após a cirurgia.

Resultados: Foram avaliados 20 casos. A maioria dos prolapsos verificados ocorreu após histerectomia (65% abdominal; 35% vaginal; 10% assistida laparoscopicamente). A média das idades das doentes à data da cirurgia foi de 62 anos (variando entre 47 e 76). 15 doentes apresentavam cistocele, 11 tinham rectocele associado; 4 doentes tinham queixas de incontinência urinária de esforço associadas. A técnica de correcção cirúrgica do prolapso da cúpula foi a sacrocolpopexia com interposição de rede (22% Pelvicoll®; 78% Pelvitex®). A via de abordagem foi laparoscópica em 35% das doentes. Obteve-se em média uma melhoria de 11,6cm, na avaliação final do ponto C; a média pré operatória foi de 4,1cm (min -4, máx +8); a média pós operatória foi de -7,5cm (min +3, máx -11), de acordo com a classificação POP-Q. Como complicações, registou-se 1 caso de laceração da veia ilíaca esquerda, diagnosticada e corrigida durante a cirurgia, não se registaram casos de erosão. Ocorreu 1 recidiva de prolapso apical 3 meses após cirurgia com interposição de rede por via laparoscópica.

Conclusão: A sacrocolpopexia é um procedimento eficaz no tratamento do prolapso da cúpula vaginal pós histerectomia, com um bom resultado anatómico.

Comunicação Livre 16

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PROLAPSOS GENITAIS COM REDES

Pedro Rocha; Adriana Franco; João Mendes; Luísa Azevedo; António Fonseca

Serviço de Ginecologia, Hospital Fernando Fonseca, Amadora

Introdução: A utilização de próteses com redes sintéticas no tratamento cirúrgico de prolapsos genitais é uma opção cada vez mais frequente.

Objectivo: Avaliação da eficácia e complicações de cirurgias de correcção de defeitos do pavimento pélvico com utilização de redes de polipropileno.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo de 33 casos de cirurgia de correcção de defeitos do pavimento pélvico com próteses de rede, no período de Janeiro de 2006 a Dezembro de 2007. Foi efectuada a caracterização demográfica da amostra e a revisão das indicações cirúrgicas, tipo de prótese utilizada, duração da cirurgia, tempo de internamento, complicações intra e pós-operatórias e seguimento pós-operatório.

Resultados: A idade média das doentes foi de 61,8 anos, multiparas na sua totalidade, sendo 31 pós-menopáusicas (94%). Em 5 casos (15%) era referida incontinência urinária concomitante. Antecedentes de histerectomia eram referidos em 12 casos (36%): abdominal em 9 casos e vaginal em 3 casos (um com colporrafias anterior e posterior). Clinicamente os prolapsos foram classificados segundo a classificação de Baden-Walker. A maioria das indicações cirúrgicas incluiu defeitos do compartimento anterior e da cúpula vaginal. Foram utilizadas próteses

anteriores em 21 casos (63,6%), anteriores e posteriores em 6 casos (18,2%) e posteriores em 6 casos (18,2%). A duração média da cirurgia foi de 87,4 minutos. O tempo de internamento médio foi 5,6 dias. As complicações registadas foram dois casos de infecção do tracto urinário, um caso de abscesso glúteo, um caso de hematoma pararectal com anemia e um caso de vulvo-vaginite. Na maioria dos casos o resultado anatómico foi considerado bom ou ótimo. Referimos 5 casos de extrusões parciais e um caso de excisão alargada / remoção por dispareunia. Houve uma recidiva de prolapso do compartimento anterior e três casos com prolapso "de novo".

Discussão/Conclusões – A experiência com este tipo de cirurgia revelou uma elevada eficácia e morbidade considerada reduzida. O seguimento a longo prazo destas doentes é no entanto fundamental. A avaliação da função sexual deve ser tida em conta na selecção das pacientes, assim como o desempenho sexual no *follow-up* pós-operatório.

Comunicação Livre 17 **PRÓTESE POLIPROPILENO VS COLAGÉNIO NA CORRECÇÃO DO CISTOCELO – A NOSSA EXPERIÊNCIA**

Santo S; Henriques A; Patrício L; Bernardino M; Ribeirinho AL; Lourenço A.

Departamento de Obstetria, Ginecologia e Medicina da Reprodução; Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital Santa Maria

Objectivo: Comparar a taxa de eficácia anatómica da correcção de cistocele com próteses de polipropileno e de colagénio aos 12 meses de pós-operatório, recorrendo à classificação POP-Q (*prolapse organ pelvic quantification*).

Material e Métodos: A quantificação do prolapso foi efectuada segundo o sistema POP-Q, de acordo com a classificação da sociedade internacional de incontinência.

A avaliação dos desfechos cirúrgicos aos 12 meses de pós-operatório foi efectuada segundo a proposta de Weber (2001) que os estratifica em: ótimo (ambos os pontos Aa e Ba no grau 0/-3), satisfatório (ambos os pontos Aa e Ba no grau I/-2), insatisfatório ou falência: qualquer dos pontos Aa e Ba no grau II/ >-1.

Resultados: Foram avaliadas 135 mulheres submetidas a correcção de cistocele (78 com prótese de polipropileno e 57 com prótese de colagénio).

A idade média foi, respectivamente, de 63,4 / 62,8, a maioria das mulheres eram de raça branca (97,4% / 96,5%), o índice de massa corporal médio foi de 27,1 / 27,7 kg/m² e foram efectuadas cirurgias de correcção de incontinência urinária em 26 / 4 casos, nos grupos do polipropileno e do colagénio. A tabela 1 apresenta a distribuição da população avaliada por grau de prolapso e as tabelas 2 e 3 os desfechos cirúrgicos.

Conclusão: O grupo de mulheres submetidas a correcção com polipropileno apresentou uma taxa superior de resultados óptimos/ satisfatórios (64,1%) comparativamente ao grupo de correcção com colagénio (57,6%). Em praticamente todos os casos, exceptuando cinco (2 (2,6%) no grupo do polipropileno e 3 (5,3%) no de colagénio), assistiu-se a melhoria do grau de prolapso aos 12 meses de pós-operatório.

Comunicação Livre 18

MASSA DO SEPTO RECTOVAGINAL NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE RECTOCELO – CASO CLÍNICO

Cátia Rodrigues; Susana Santo; Margarida Bernardino; Ana Luísa Ribeirinho; Alexandre Lourenço

Departamento Obstetria, Ginecologia e Medicina da Reprodução do Hospital de Santa Maria

Introdução: O diagnóstico diferencial da patologia do compartimento posterior do pavimento pélvico inclui as massas rectais e do septo recto-vaginal, sendo as mais frequentes lipomas e fibromas.

Caso clínico: Mulher de 54 anos de idade, G11 P7 (7 partos eutócicos, 3 IVG, 1 gravidez ectópica tubária), com antecedentes de histerectomia total e anectomia aos 50 anos de idade por útero miomatoso, referenciada à consulta de Uroginecologia pelo médico assistente, por rectocele. À observação constatou-se abaulamento da parede posterior da vagina. O toque rectal mostrou ausência de abaulamento rectal, e a presença de uma massa sólida, de consistência elástica, com cerca de 4cm de maior diâmetro no septo recto-vaginal que não provocava alterações da mucosa, confirmado por anuscopia. A ecografia pélvica revelou uma formação nodular na parede posterior da vagina, predominantemente quística, não pura, com cerca de 3,5cm. Na RMN, a lesão revelou-se sólida, sugestiva de fibroma infra-vesical.

A doente foi submetida a excisão do nódulo do septo recto-vaginal por via vaginal. O estudo anatomo-patológico revelou um fibroleiomioma.

Discussão: O exame objectivo do prolapso posterior é fundamental na realização do diagnóstico diferencial com as massas do septo recto-vaginal. Neste caso, o resultado dos exames complementares de diagnóstico permitiram uma abordagem cirúrgica programada, minimizando os riscos de lesão iatrogénica.

Comunicação Livre 19

RECONSTRUÇÃO DO CORPO DO PERÍNEO NA MULHER – CASO CLÍNICO

Santo S¹, Bernardino M¹, Ribeirinho AL¹, Lourenço A¹, Ferreira D².

¹Departamento de Obstetria, Ginecologia e Medicina da Reprodução;

²Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital Santa Maria

Introdução: O corpo perineal é uma estrutura fibromuscular, localizada entre o intróito vaginal e o ânus. É um ponto de inserção de músculos do pavimento pélvico e de componentes dos mecanismos de continência urinária e fecal. Mede habitualmente entre 3 e 5 cm. Os traumatismos obstétricos são a causa mais frequente de lesão do mesmo.

Caso clínico: Mulher de 59 anos, G3P1, com destruição do corpo do períneo após um parto eutócico. Fizera no passado duas cirurgias plásticas com plicatura dos levantadores do ânus e interposição de retalhos cutâneos no corpo perineal. A doente referia queixas de incontinência para fezes moles/ líquidas, infecções urinárias de repetição e disfunção sexual. Ao exame objectivo apresentava ausência de corpo perineal não associada a outros defeitos do pavimento pélvico. Não eram identificáveis estruturas fibromusculares nomeadamente os músculos levantadores do ânus nem o esfíncter anal externo. Foi efectuada uma reconstrução cirúrgica complexa do corpo perineal (com três retalhos profundos fibromusculares, nos planos do septo recto-

vaginal, do corpo perineal e do esfíncter circular anal, e um retalho cutâneo em duplo Y).

Seis meses após cirurgia, a doente apresenta um corpo do períneo com 40mm, com restabelecimento da continência fecal e melhoria da actividade sexual.

Comentários: O reconhecimento das lacerações decorrentes do parto e a imediata correcção cirúrgica das mesmas é fundamental na manutenção da estrutura e função do pavimento pélvico.

Comunicação Livre 20

TRATAMENTO DA HIPERACTIVIDADE VESICAL COM TOXINA BOTULÍNICA EM DOENTES TRAUMATIZADOS VERTEBROMEDULARES

Nogueira V.; Vila F.; Osório L.; Sabell F.; Cavadas V.; Oliveira M.; Teves F.; Branco F.; Ramos M.; LaFuente Carvalho J.; Marcelo F. Serviço de Urologia, Hospital Geral de Santo António, Porto

Introdução: O tratamento da hiperactividade vesical nos doentes com traumatismos vertebromedulares é um desafio clínico. Os autores relatam a experiência no tratamento desses doentes com toxina botulínica tipo A nos últimos 4,5 anos.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, com revisão da história clínica, tratamento e resposta ao mesmo em doentes com bexiga hiperactiva e traumatismo vertebromedular, no Serviço de Urologia do HGSA desde Janeiro 2005. A aplicação intravesical da toxina botulínica foi realizada sob anestesia no Bloco Operatório (300 U de Botox® ou 1000 U de Dysport®), em 30 locais extra-trigonais. Posteriormente realizada avaliação da qualidade de vida após o tratamento)

Resultados: Foram incluídos 18 doentes, com idade compreendidas entre os 16 e os 59 anos (média de 38,4 anos) e com seguimento médio de 19,8 meses. Durante o *follow-up*, todos os doentes referiram melhoria clínica, com diminuição do número de episódios de incontinência. Não estão relatadas complicações do procedimento. Todos os doentes se manifestaram satisfeitos com a aplicação da toxina.

Conclusões: O tratamento intravesical com toxina botulínica tipo A parece ser eficaz nos doentes traumatizados vertebromedulares com bexiga hiperactiva refractária. A manutenção do efeito é duradoura, sendo possível a repetição do procedimento se houver redução da eficácia. Assume-se como degrau terapêutico intermédio na bexiga hiperactiva, entre os tratamentos orais e os procedimentos cirúrgicos mais invasivos.

Comunicação Livre 21

POSSIBILIDADES DE PATERNIDADE APÓS UMA LESÃO MEDULAR

Maria João Andrade¹; Joana Calejo Jorge¹; Carla Leal²; Joaquina Silva³; Paulo Viana³; Mário Sousa³

¹Unidade Lesões Medulares. Serviço de Fisiatria do Hospital Geral de Santo António; ²Centro Obstétrico e Ginecológico de Espinho; ³Centro de Genética de Reprodução Prof. Alberto Barros

Após uma lesão medular a capacidade de paternidade fica severamente reduzida pela baixa taxa de ejaculação e pela má qualidade do esperma. Para a maioria dos homens para ou tetraplégicos a possibilidade de concretizar o sonho de ser pai passa obrigatoriamente por um programa de reprodução assistida. O maior obstáculo continua a ser a obtenção de esperma.

A Unidade de Lesões Medulares do Serviço de Fisiatria do Hospital de Santo António procurou, desde 1993, responder a esta necessidade. Iniciamos nessa altura a recolha de esperma por electroejaculação sendo o programa de reprodução da responsabilidade da equipe do Prof. Alberto Barros. Em 2004, passamos a dispor do apoio da equipe

de reprodução assistida do Centro Obstétrico e Ginecológico de Espinho sendo nessa altura já viável a colheita de esperma por vibração.

A mulher foi desde sempre estudada pela consulta de infertilidade do Serviço de Ginecologia do nosso Hospital.

No dia 1 de Janeiro de 1997, nasceu a primeira criança filha de um paraplégico. O esperma foi colhido a fresco por electroejaculação e utilizado por injeção intracitoplasmática. Desde essa data mais 10 crianças nasceram por esse método, na maioria dos casos com esperma criopreservado.

Neste trabalho apresentamos 49 doentes submetidos a colheitas de esperma, algumas só com a finalidade de estudo e criopreservação, e as técnicas de reprodução utilizadas.

Também em Portugal é possível ser pai após uma lesão neurológica.

Comunicação Livre 22

PAPEL DO ESTUDO URODINÂMICO NAS LESÕES MEDULARES

Maria João Andrade; Ana Trepa; Rui Vaz; Joana Calejo Jorge Unidade Lesões Medulares. Serviço de Fisiatria do Hospital Geral de Santo António

Classicamente o estudo das bexigas neurogénicas nas Lesões Medulares é recomendado após a fase de choque medular. Por pensar que o Estudo Urodinâmico é fundamental mesmo nesta fase, os autores fizeram um estudo retrospectivo dos doentes internados entre 2001 e 2008 no Serviço de Fisiatria do Hospital Geral de Santo António (a maior parte deles em fase aguda), correlacionando o tipo e o nível de lesão medular com o comportamento vesical, clínico e urodinâmico.

Foram seleccionados os doentes com lesão medular não evolutiva, seguidos quer na fase aguda, quer posteriormente em consulta de *follow-up*. Estudaram-se 43 doentes, excluindo-se os que possuíam outras patologias, que pudessem interferir com o comportamento vesico-esfíncteriano, tais como diabetes mellitus.

Verificamos que mesmo em lesões em fase de choque medular 1 doente tinha baixa compliance e 2 doentes hiperactividade do detrusor. Comprova-se que o Estudo Urodinâmico é um instrumento fundamental no estudo de bexigas neurogénicas nas lesões medulares, mesmo em fase de choque.

Comunicação Livre 23

PAPEL DO ATP NUM MODELO IN VIVO DE HIPERACTIVIDADE VESICAL INDUZIDA POR ÁCIDO ACÉTICO

N. Silva¹; D. Monteiro¹; J. Marinhas¹; M. Faria¹; M. Duarte-Araújo¹; M. Silva-Ramos²; P. Correia-de-Sá¹

¹ICBAS / UMB - Universidade do Porto, ²Serviço Urologia, CHP – HGSA. A fisiopatologia dos síndromes associados à hiperactividade vesical é desconhecida. Sabe-se, no entanto, que o tracto urinário inferior é rico em receptores purinérgicos activados pelo ATP e purinas derivadas libertadas pelo urotélio, células mioepiteliais e terminações nervosas em resposta a estímulos mecânicos ou químicos. Neste trabalho investigou-se a libertação de ATP a partir do urotélio e os efeitos desta purina num modelo in vivo de bexiga hiperactiva induzida pela infusão intravesical de ácido acético (AA, 0,2-1% v/v).

As experiências foram realizadas em ratos machos da estirpe Wistar anestesiados com uretano. Foi monitorizada continuamente a pressão intravesical e a actividade eléctrica do nervo pélvico. O doseamento de ATP foi efectuado por bioluminescência (ensaio Luciferin/Luciferase).

A infusão de AA (0,2-1% v/v) aumentou a frequência miccional (67 a 81%) e reduziu o limiar de pressão (PTH, 58 a 85%) capaz de desencadear um reflexo miccional. A concentração de ATP na urina aumentou significativamente ($P < 0,05$) na presença de AA (0,2%, $297 \pm 25\%$, $n = 3$

vs 52±7%, n=5 no controlo). A hiperactividade vesical induzida pelo AA (0.2%) foi reproduzida inibindo a actividade da ecto-ATPase com ARL67156 (200 µM) ou activando receptores P2X₁ e P2X₃ com α,β-metilenoATP (30 µM). O antagonista P2, PPADS, aplicado tanto por via intravesical (30 µM) como intravenosa (17 µmol/Kg), preveniu a hiperactividade induzida pelo AA (0.2%) e reduziu a amplitude das contracções da bexiga. Contrariamente, o antagonista selectivo dos receptores P2Y₁, MRS2179 (1 µmol/Kg, i.v.), aumentou a frequência miccional induzida pelo AA (0.2%), mas não alterou a amplitude das contracções.

Os resultados mostram que o ATP libertado a partir do urotélio desempenha um papel importante neste modelo in vivo de hiperactividade da bexiga devida à infusão de AA. Os efeitos do ATP devem-se à activação de diferentes subtipos de receptores P2 localizados nos aferentes sensitivos (P2X_{2/3} excitatórios e P2Y₁ inibitórios) e no músculo liso (P2X₁).

Trabalho financiado pela FCT, Assoc. Port. Urologia e Univ. Porto / Caixa Geral de Depósitos.

Comunicação Livre 24 INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA TRATADA COM ESFÍNCTER ARTIFICIAL AMS 800

S. Bollini; Francisco Rolo; P. Eufrásio; R Patrão; P. Moreira; H. Dinis; P. Nunes; A. Mota

Serviço de Urologia e Transplantação Renal, Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: O tratamento mais eficaz da incontinência urinária masculina por insuficiência esfinteriana é a colocação de um esfíncter urinário artificial (EUA). A primeira prótese esfinteriana foi introduzida por Scott et al. em 1983. Desde então o esfíncter foi objecto de aperfeiçoamentos e o actual esfíncter AMS 800 constitui uma referência para o tratamento das incontinências moderadas ou graves qualquer que seja a sua etiologia. A incontinência urinária pós prostatectomia radical constitui desde há alguns anos a sua principal etiologia. Foram surgindo outras técnicas, contudo estão indicadas nas incontinências ligeiras, quando ainda existe uma actividade esfinteriana parcial e uma boa mobilidade da uretra posterior.

Material e Métodos: Entre 1997 e 2007, foram colocados 26 EUAs no Serviço de Urologia e Transplantação Renal dos HUC. A média de idades dos doentes foi de 60,23 anos (21 - 78). As causas de incontinência foram: 69,2% pós-prostatectomia radical; 15,4% pós-RTU – próstata; 7,7% após fractura da bacia e em 7,7% bexiga neurogénica. O grau de incontinência pré-cirúrgico era severo em 96,2% dos casos. O intervalo médio entre o diagnóstico e a cirurgia foi de 34,42 meses (12-79).

Resultados: O seguimento médio foi de 76,12 meses (12-165). O tempo médio de internamento foi de 5,87 dias (3-21). Foi avaliado o grau de satisfação aos 30 dias, 3 meses e 1 ano. A eficácia avaliada foi de: 76,9% curados; 3,8% melhorados e 19,2% insatisfeitos. Ocorreu falência mecânica do esfíncter em 11,5%. Houve complicações em 38,5% dos casos (infecção da ferida; infecção do esfíncter; erosão da uretra; migração da bomba; migração do balão e avaria da bomba). Em 38,5% dos casos foi necessária revisão cirúrgica. A remoção do esfíncter ocorreu em 15,4% dos casos. Houve necessidade de cirurgias associadas em 7,7% dos doentes (enterocistoplastias de aumento). Num doente colocado novo esfíncter.

Conclusão: A chave do sucesso no tratamento da incontinência urinária masculina passa por uma selecção cuidadosa dos doentes. Perante uma incontinência urinária masculina moderada ou grave por insuficiência esfinteriana, a colocação de um esfíncter artificial constitui a primeira opção terapêutica. O grau de satisfação dos doentes é muito

bom, associando-se contudo a um elevado grau de complicações, com necessidade de revisão ou remoção numa percentagem significativa dos casos.

Comunicação Livre 25 TOXINA BOTULÍNICA TIPO A NA BEXIGA HIPERACTIVA A NOSSA EXPERIÊNCIA

Patrão R; Eufrásio P; Bollini S; Moreira P; Dinis H; Nunes P; Roseiro A; Rolo F; Mota A

Serviço de Urologia e Transplantação Renal, Hospitais da Universidade de Coimbra

Objectivos: Avaliar a eficácia e tolerância da utilização da toxina botulínica tipo A em doentes com hiperactividade vesical.

Doentes e Métodos: Estudo retrospectivo, recorrendo a análise de processos clínicos e entrevistas telefónicas a 16 doentes com hiperactividade vesical a quem foram realizadas injeções intravesicais de toxina botulínica tipo A. A idade média dos doentes foi de 51 anos (limites: 17 e 78 anos), sendo 69% do sexo feminino e 31% masculino; 38% apresentavam patologia neurológica conhecida – 4 TVM, 1 TCE e 1 Esclerose Múltipla.

Todos os doentes foram submetidos a estudo urodinâmico antes do procedimento que comprovou a hiperactividade vesical.

A quantidade de toxina administrada foi de 100U em 28,6% dos doentes, 200U em 50% e 300U em 21,4%.

Antes da proposta deste procedimento, 13 doentes (81%) foram medicados com vários anti-colinérgicos sem sucesso, em dois casos estes fármacos estavam contra-indicados e num caso houve intolerância à sua administração.

Resultados: Ocorreu melhoria significativa após o tratamento em todos os doentes, com diminuição ou ausência dos episódios de urgência e incontinência de urgência.

No grupo de doentes com patologia neurológica associada, todos referem franca melhoria, com aumento do intervalo entre auto-algiações e apenas um refere episódios ocasionais de incontinência.

Entre os doentes com hiperactividade vesical idiopática, todos tiveram resposta positiva, com diminuição dos episódios de urgência e sem incontinência. Uma doente necessitou de efectuar auto-algiações no primeiro mês pós-terapêutica.

A duração média do efeito foi de 8,3 meses, com mínimo de 4 e máximo de 13 meses.

Não se encontrou relação clara entre o número de unidades e a eficácia/duração.

Quando inquiridos a comparar com anti-colinérgicos (excluídos os doentes com contra-indicação/intolerância), 100% preferiram o tratamento com toxina botulínica.

Não foi identificado nenhum efeito adverso grave.

Conclusão: A administração de toxina botulínica tipo A, nos doentes com hiperactividade vesical referida aos tratamentos convencionais ou nos quais estes são contra-indicados, associada ou não a patologia neurológica, constitui uma opção terapêutica segura e eficaz, com benefício mantido por um período de tempo considerável.

Poster 1

PREVALÊNCIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA DURANTE A GRAVIDEZ E APÓS O PARTO NUM SERVIÇO DE GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA: PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO

Nuñez Heunice¹; Dick Marylin²; Ramos Filomena²; Ferreira Isabel²

1 MGF- CS Águeda; 2 Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Aveiro

Palavras-Chave: *Pregnancy, Urinary incontinence.*

Objectivos: Conhecer a prevalência de incontinência urinária durante a gravidez e após o parto no Serviço de Ginecologia/Obstetrícia do Hospital de Aveiro.

Introdução: A incontinência urinária (IU) é uma patologia que afecta um elevado número de mulheres, com importante impacto na qualidade de vida. A prevalência aumenta com o envelhecimento da população. Menos de 50% das mulheres afectadas procuram tratamento. Na Europa a prevalência varia entre 10-40%. Sendo a incontinência urinária de esforço a mais prevalente com 50%. O papel da gravidez em si mesmo esta associada a IU, mas, esta relação não esta claramente documentada. Contudo, o parto é um factor de risco para IU.

Material e Métodos: Pesquisa em *pubmed*, biomedcentral e outros. Estudo descritivo, transversal e observacional. População alvo, mulheres grávidas a partir do 3º trimestre e três meses após o parto, seguidas no serviço de Obstetrícia do hospital de Aveiro de Janeiro – Abril de 2009. Serão consultados processos clínicos e estudadas as variáveis: idade, IMC, escolaridade, profissão, estado civil, antecedentes de IU, antecedentes patológicos ou cirúrgicos, antecedentes obstétricos, IU na gravidez actual. Os dados serão registados em Microsoft Office Excel® 2007 e tratados no SPSS versão 15.0 for Windows®.

Conclusão: Na sociedade actual a procura de qualidade de vida é cada vez maior. Romper com o tabu sobre IU é o primeiro passo na abordagem deste problema de saúde pública.

Poster 2

CORRECÇÃO POSTERIOR DE RECTOCELO E TÉCNICA DE LONGO - CASO CLÍNICO

Araújo C.; Bernardino M.; Ribeirinho A.; Valentim Lourenço A

Introdução: A associação de rectocele e prolapso da mucosa rectal é rara. A correcção de rectocele utilizando as próteses de colagénio é uma técnica simples e eficaz. A técnica de Longo, que utiliza um dispositivo mecânico para anopexia/hemorroidectomia, realiza a correcção do prolapso da mucosa rectal efectuando uma excisão circunferencial com encurtamento da mucosa rectal supra-hemorroidária. O objectivo deste trabalho consiste em descrever um caso clínico onde estas duas técnicas foram efectuadas no mesmo tempo operatório.

Caso clínico: Mulher de 73 anos, com história de obstipação crónica, referenciada ao nosso departamento por rectocele grau III (Classificação de POP-Q) associado a prolapso da mucosa anal. O rectocele foi corrigido utilizando uma prótese de colagénio (Pelvicol®) e a correcção do prolapso anal foi efectuada utilizando a técnica de Longo. A técnica cirúrgica consistiu na dissecação da mucosa rectal, seguida de estiramento da mucosa anal e suspensão dos pilares hemorroidários à sua posição anatómica original utilizando um dispositivo mecânico.

Por fim, procedeu-se à sutura da prótese de colagénio ao septo recto-vaginal com fio de sutura monofilamento não absorvível.

Comentários: A coexistência destas duas patologias requer a abordagem de uma equipa multidisciplinar que inclua um ginecologista e um cirurgião geral. A técnica de Longo é um procedimento simples para cirurgiões gerais. A escolha da prótese de colagénio, em oposição a uma prótese sintética, é justificada pelo menor risco de infecção, erosão e obstipação associados às próteses de colagénio.

Poster 3

SLING TRANSOBTURADOR: EXPERIÊNCIA DE 62 CASOS

Anabela Melo; Fernanda Costa; Lurdes Mota; Conceição Marques

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa – Unidade Padre Américo

Introdução: A Incontinência Urinária de Esforço (IUE) afecta 10 a 20% das mulheres da população geral, com grande repercussão na sua qualidade de vida. Descrito pela 1ª vez em 1998 por Nickel e introduzido em 2001 por Delorme, o sling transobturador outside-inside (TOT) tornou-se um procedimento eficaz e com uso crescente no tratamento cirúrgico desta patologia.

Objectivo: Avaliar a segurança e eficácia do TOT no tratamento da IUE. Material e métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos de 62 pacientes submetidas a TOT. Foram avaliados os seguintes parâmetros: idade, paridade, estado de menopausa, patologias associadas, cirurgia ginecológica prévia, indicação operatória, cirurgia concomitante e complicações intra e pós-operatórias. As pacientes foram clinicamente reavaliadas 3 a 6 meses após a cirurgia e consideradas curadas (sem episódios de perda involuntária de urina e stress teste negativo), melhoradas (diminuição da frequência de episódios de perda e stress teste negativo ou sem episódios de perda com stress teste positivo) ou mantendo o mesmo estado.

Resultados: A idade média das pacientes foi de 54 anos (38-81), 27 (44%) eram multiparas e 33 (53%) pós-menopáusicas (idade média de menopausa= 48 anos, média de anos em menopausa=8). As patologias associadas mais frequentes foram a hipertensão arterial (n=21), depressão (n=11), obesidade (n=6), diabetes mellitus (n=5) e asma (n=3). Trinta pacientes (48%) tinham antecedentes de cirurgia ginecológica: histerectomia abdominal (n=17), intervenções sobre os anexos (n=7), histerectomia vaginal (n=3), colpoplastia anterior e posterior (n=3), cesariana (n=2), curetagem uterina (n=2) e colposacropeixia (n=1). A principal indicação cirúrgica foi a IUE (n=49), apenas em doze pacientes (19%) a cirurgia foi realizada por IU mista com predomínio de esforço; em 20 casos (32%) foi realizada simultaneamente cirurgia de correcção de prolapso genital. Verificamos um caso de lesão intra-operatória da uretra terminal. Na reavaliação pós-operatória foi diagnosticada uma fístula da uretra e uma recidiva de prolapso da cúpula vaginal. A maioria das pacientes foram consideradas curadas (81,6%;40 em 49), 10,2% (n=5) melhoradas, uma paciente mantinha o mesmo estado e três (6,1%) referiram urgência miccional.

Conclusão: Apesar de terem surgido novas técnicas, o TOT permanece um procedimento rápido, seguro e eficaz para o tratamento da IUE. Os nossos resultados estão de acordo com outros referidos na literatura que apontam um taxa de cura de 80 a 96% e baixa incidência de complicações.

Poster 4

MINI-SLINGS – EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE GINECOLOGIA DO HOSPITAL INFANTE DOM PEDRO

Sónia Gonçalves; Rita Abreu; Marilyn Dick; Filomena Ramos; Isabel Ferreira

Serviço de Ginecologia; Hospital Infante Dom Pedro; Aveiro

Introdução: Recentemente foram desenvolvidas técnicas de cirurgia minimamente invasiva, *Mini-slings*, para correcção da incontinência urinária de esforço (IUE), que consistem na aplicação de uma prótese suburetral que evita que o espaço retro-púbico, quer o buraco obturador, reduzindo assim a possibilidade de complicações operatórias. Exigem apenas uma incisão vaginal, o que oferece a possibilidade de serem realizadas com anestesia local.

Objectivos: Avaliação a curto prazo dos resultados e complicações da cirurgia de correcção da IUE com a colocação de prótese TVT®-Secur e *MiniArc*®.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo de 54 doentes submetidas às referidas técnicas, no Hospital Infante D. Pedro, no período compreendido entre Dezembro de 2006 e Dezembro de 2008.

Resultados: A média etária foi de 54,6 anos. 48,1% das doentes tinham IUE e 51,9% tinham IU mista com predomínio de esforço. 28 doentes foram submetidas a *TVT-Secur*® e 26 a *MiniArc*®.

Em 5 doentes submetidas a *TVT-Secur*® e em 21 doentes submetidas a *MiniArc*®, a técnica foi realizada com anestesia local, não se registando queixas algícas. Em nenhum dos grupos ocorreram complicações peri-operatórias. Ocorreu apenas 1 caso de retenção urinária no pós-operatório. Na avaliação precoce, verificou-se cura em 70% dos casos, em 16% houve apenas melhoria e em 14% ocorreu falha da técnica. Conclusões: Os *Mini-slings* são procedimentos simples, seguros e eficazes no tratamento da IUE, salientando-se a vantagem de serem executáveis sob anestesia local. Contudo, há necessidade de prolongar o tempo de *follow-up* para confirmação dos resultados a longo prazo.

Poster 5

TRANSOBTURADOR VAGINAL TAPE INSIDE-OUT NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO: EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE GINECOLOGIA DO HOSPITAL INFANTE D. PEDRO / AVEIRO

Sandra Lemos; Rita Abreu; Sónia Gonçalves; Isabel Ferreira; Filomena Ramos

Serviço de Ginecologia; Hospital Infante Dom Pedro; Aveiro

Objectivos: Avaliar a eficácia da cirurgia *TVT-O* no tratamento da incontinência urinária de esforço e suas complicações intra e pós-operatórias.

Material e métodos: Análise retrospectiva de 120 casos de incontinência urinária, cujo tratamento foi efectuado através de *TVT-O*, no Serviço de Ginecologia do Hospital Infante D. Pedro, entre os anos de 2004 e 2007. Esta análise foi efectuada através da revisão dos processos clínicos e também da realização de um questionário a todas as doentes, as quais foram convocadas para consulta, com vista à avaliação de parâmetros clínicos e urodinâmicos, cirurgias associadas, complicações intra e pós-operatórias, taxas de cura e grau de satisfação com o tratamento. Na maioria dos casos o ajuste da fita de *TVT-O* foi realizado com stress test.

Resultados: A idade média deste grupo de doentes à data da cirurgia foi de 56 anos, variando entre os 32 e os 86 anos. Quanto ao tipo de incontinência urinária, 55 doentes (46%) apresentavam incontinência urinária mista. Para além da *TVT-O*, 25 doentes foram submetidas si-

multaneamente a outro tipo de cirurgia, sendo a histerectomia abdominal a mais frequente. Em relação às complicações intra-operatórias, foram registados 4 casos de laceração vaginal. No que se refere às complicações pós-operatórias, ocorreram 2 casos de retenção urinária e 3 casos de extrusão da fita. Quanto à taxa de cura, cerca de 1 ano após a cirurgia, 83,3% das doentes apresentavam-se curadas, 9,2% referiam melhoria e em 7,5% ocorreu falha do tratamento.

Conclusões: Neste grupo de doentes submetidas a *TVT-O* verificou-se uma elevada taxa de curabilidade da incontinência urinária de esforço, com uma baixa ocorrência de complicações.

Poster 6

TENSION-FREE TRANSOBTURADOR TAPE (OUTSIDE-INSIDE) NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO, EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE GINECOLOGIA DO HOSPITAL INFANTE D. PEDRO

Abreu R.; Gonçalves S.; Ferreira I.; Ramos F.

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

Introdução: A introdução de técnicas minimamente invasivas veio revolucionar o tratamento cirúrgico da IUE. A abordagem trans-obturadora torna-a mais segura, com menor risco de complicações intra-operatórias.

Objectivos: Avaliar a eficácia da TOT na correcção da incontinência urinária de esforço.

Material e Métodos: Avaliação retrospectiva de 91 doentes submetidas a TOT no período compreendido entre 2004 e 2008. Foram avaliados os processos clínicos e todas as doentes foram convocadas e submetidas a questionário, procurando completar dados e avaliar situação actual.

Resultados: A média de idade de doentes foi de 51,4 anos (34-74). Clinicamente 65% das doentes apresentava incontinência urinária de esforço isolada e 35% apresentava incontinência urinária mista. Não houve complicações peri ou pós operatórias imediatas registadas. Ocorreu extrusão de rede em duas doentes (2%) e laceração vesical em apenas uma (1%). Aos três meses de *follow-up* a taxa de cura foi de 88%. Ao ano, verificou-se uma taxa de cura de 85%. Nas doentes com incontinência urinária mista (n=32), 78% das doentes referiram desaparecimento das suas queixas. Nenhuma doente referiu sintomas sugestivos de urgência de novo. Cerca de 3,3% das doentes necessitaram de nova intervenção para correcção da IUE.

Discussão: Este procedimento revelou-se apresentar uma elevada taxa de cura associada a uma reduzida morbilidade. Desta forma a TOT constitui uma opção válida no tratamento da IUE.

Poster 7

INCONTINÊNCIA FECAL TRATADA POR COLPOPERINEOPLASTIA – CASO CLÍNICO

Sónia Gonçalves; Rita Abreu; Isabel Ferreira; Filomena Ramos

Serviço de Ginecologia; Hospital Infante Dom Pedro; Aveiro

A incontinência fecal é a incapacidade de controlar o esfíncter anal ou de adiar a evacuação, até uma ocasião conveniente ou socialmente aceitável, resultando em perda involuntária de gases ou fezes, líquidas ou sólidas.

Esta situação tem uma enorme repercussão na qualidade de vida destes doentes, afectando a sua vida pessoal, familiar e profissional, comportando grandes custos económicos e sociais.

Afecta doentes de todas as idades, de ambos os sexos, cerca de 2% da população adulta.

As patologias envolvidas são diversas. Os autores apresentam um Caso Clínico de uma doente de 72 anos que desde há 3 anos apresentava

perda de fezes, precedida de percepção, apesar da tentativa activa para as reter. Fez-se a avaliação clínica da doente e realização de exames complementares procurando a causa da incontinência.

A doente apenas apresentava um rectocolo.

Foi submetida a cirurgia correctora, tendo ficado completamente curada da perda de fezes.

Os autores fazem posteriormente uma reflexão teórica acerca do caso clínico, sua patologia e tratamento.

Poster 8

TENSION-FREE VAGINAL TAPE NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO - EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE GINECOLOGIA DO HOSPITAL INFANTE D. PEDRO / AVEIRO

Adriana Cruz; Sónia Gonçalves; Rita Abreu; Isabel Ferreira; Filomena Ramos

Serviço de Ginecologia; Hospital Infante Dom Pedro; Aveiro

Introdução: A cirurgia de *Tension-free Vaginal Tape (TVT)* para o tratamento da incontinência urinária feminina foi introduzida em 1995, consistindo na passagem de um sling pubovaginal a nível da porção média da uretra.

Objectivos: Os autores propuseram-se avaliar a eficácia da técnica de *TVT* na correcção da incontinência urinária de esforço, assim como as suas complicações, intra e pós-operatórias.

Materiais e Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos referentes a 103 doentes submetidas a *TVT*, no Serviço de Ginecologia do Hospital Infante D. Pedro, entre 2002 e 2004. Foram avaliados vários parâmetros, destacando-se: cirurgias associadas, idade, duração da incontinência, gravidade da incontinência, complicações intra e pós-operatórias e resultados da cirurgia (taxa de cura/melhoria/falha).

Resultados: A maioria das doentes não teve cirurgias associadas (98%). A idade média das doentes foi de 55 anos. As doentes referiam incontinência com duração inferior a 5 anos em 33% dos casos. A maioria das doentes apresentava IUE de grau 2 de Stamey (62,1%). A complicação peri-operatória mais frequente foi a perfuração vesical (2,9%) e a complicação pós-operatória mais frequente foi a retenção urinária (3,8%). Na avaliação aos 3 meses a taxa de cura foi de 91,26% e aos 24 meses foi de 61,1%.

Discussão/Conclusões: Os dados colhidos demonstram elevadas taxas de cura e segurança da *TVT* no tratamento da incontinência urinária.

Poster 9

TUBERCULOSE PÉLVICA – CASO CLÍNICO

Adriana Cruz; Marilyn Quandt; Rita Abreu; Isabel Ferreira; Maria Filomena Ramos

Serviço de Ginecologia; Hospital Infante Dom Pedro; Aveiro

Introdução: A tuberculose atinge mais de 8 milhões de novos casos em todo o mundo, anualmente.

A apresentação extra-peritoneal é pouco frequente nos países desenvolvidos.

A tuberculose pélvica e da cavidade peritoneal pode mimetizar um processo de neoplasia ovárica e carcinomatose peritoneal.

Caso Clínico: Os autores apresentam um caso clínico de tuberculose pélvica tratado no Hospital Infante D. Pedro / Aveiro (HIP).

O caso ocorreu numa mulher de 24 anos, natural de S. Tomé e Príncipe, internada por algias abdomino-pélicas, vómitos e diarreia. Referia história de quisto anexial desde há 4 anos.

A ecografia endo-vaginal mostrou formações quísticas anexiais bilaterais, a maior com 94 mm, de estrutura. Foi submetida a laparotomia exploradora, com realização de anexectomia esquerda, biópsia do ovário

direito, colheita de líquido ascítico e biópsias peritoneais, por tumor pélvico bilateral e carcinomatose peritoneal.

Quinze dias após a alta recorreu ao Serviço de Urgência de Ginecologia por algias abdomino-pélicas agravadas e febre. Dado o estudo histológico ser sugestivo de anexite granulomatosa específica, foi internada no Serviço de Infecção para tratamento anti-bacilar.

Comentários: A tuberculose com apresentação pélvica e peritoneal pode levar ao aparecimento de massas pélicas e simular um processo de carcinomatose peritoneal, sendo o diagnóstico dado frequentemente apenas pelo estudo histológico. O tratamento é médico, mas as doentes são, muitas vezes, submetidas a cirurgias pélicas extensas por suspeição de carcinoma do ovário. Apenas um elevado grau de suspeição clínica indicará a realização de biópsia, guiada por imagiologia ou por laparoscopia, possibilitando o diagnóstico correcto sem cirurgias potencialmente mutiladoras.

Poster 10

RESULTADOS DE CIRURGIA DO PROLAPSO GENITAL COM PRÓTESE TRANSVAGINAL DE POLIPROPILENO – SISTEMA PROLIFT™

Susana Coutinho; Susana Oliveira; Ricardo Mira

Serviço de Ginecologia/Obstetria, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central E.P.E.

O aumento do prolapso genital e a alta taxa de recorrência após cirurgia primária de correcção, fizeram surgir novas técnicas com próteses. O objectivo foi avaliar a experiência com o sistema Prolift™, que alia uma técnica cirúrgica padronizada ao uso de implantes de polipropileno pela vagina.

Estudo retrospectivo de 45 doentes operadas de 2006 até 30/09/08, com idade média de 66.8 anos (entre 48 e 85) e seguimento médio de 19.4 meses (entre 3 e 35.5). Os graus de prolapso eram (POP-Q): grau II – 10, grau III – 31 e grau IV – 4. A prótese total (anterior e posterior) foi usada em 22 casos, a anterior em 21 e a posterior em 2. Em 18 casos foi também corrigida incontinência urinária de esforço (IUE) (40%), e em 14 associadas outras técnicas de correcção noutra compartimento (31.1%). 11 (24.4%) tinham antecedentes de cirurgia de prolapso e 12 (26.7%) eram histerectomizadas. Como complicações há a referir 3 casos de hematomas (6.7%), um deles necessitando transfusão; 3 de infecção genito-urinária, 2 de retenção urinária transitória e um de coxalgia (nestes 6 casos foi colocado *TVT-O™* por IUE). Constatou-se exteriorização da prótese na área da cicatriz em 4 casos (8.9%), dois deles tratados medicamente, os outros dois com resutura sob anestesia local. Surgiu IUE em 7 casos (15.5%), 3 de grau I em e 4 de grau II. A correcção do prolapso foi obtida satisfatoriamente em 37 dos 45 casos (82.2%), com as falências seguintes: recidiva de igual ou de menor grau em 3; prolapso “de novo” (em área não corrigida na cirurgia) em 2; alongamento hipertrófico do colo em 3. Destes 8 casos, 4 foram reoperados (8.9% de reintervenção por prolapso).

O seguimento posterior destas pacientes é necessário para confirmar os resultados satisfatórios obtidos.

Poster 11

EROSÃO DE REDES SINTÉTICAS NA CIRURGIA RECONSTRUTIVA DE PROLAPSOS PÉLVICOS – COMO ABORDAR?

C. Abreu; B. Vides; T. Ramos; D. Cunha; P. Cabrita; J. Pena

Serviço de Ginecologia do Hospital de S. Marcos - Braga

Introdução: O uso de redes sintéticas na cirurgia reconstrutiva pélvica tem vindo a aumentar, visto as técnicas cirúrgicas tradicionais estarem associadas a taxas de recorrência insatisfatórias. A morbidade pós-

operatória mais temida é a erosão vaginal.

Objectivos: Avaliar a incidência desta complicação pós-operatória, factores de risco e clínica associados, conduta terapêutica adoptada e resultados obtidos.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de 36 pacientes com prolapso pélvicos (grau \geq II) submetidas a cirurgia reconstrutiva pélvica com uso de redes sintéticas, entre Novembro/2004 e Dezembro/2006. Vários parâmetros foram avaliados entre os quais: tipo de rede, clínica e factores de risco, complicações, orientação terapêutica e resultados.

Resultados: A idade média foi de 59,2 anos (33-82 anos). As redes utilizadas foram Swing® (41), IVS® (3) e Gynecare Prolift® (5). Efectuou-se uso combinado de redes em 13 casos. A taxa de sucesso constatada foi 91,7% num *follow-up* médio de 19 (3-36) meses. Registaram-se 3 casos (8,3%) de erosão de rede posterior Rectoswing®, ocorridos aos 16, 20 e 26 meses após cirurgia. A apresentação clínica mais comum foi infecção vaginal. A conduta conservadora (administração de estrogénios tópicos) efectuada em apenas 1 paciente não foi bem sucedida. Todos os casos foram resolucioneados com êxito através da exérese cirúrgica total das redes e antibioterapia.

Conclusão: A incidência de erosão vaginal coincide com a descrita na literatura. Esta potencial complicação pode ser tratada com sucesso. Os materiais sintéticos providenciam uma alternativa de razoável custo/eficácia para a cirurgia reconstrutiva pélvica.

Poster 12

DIVERTÍCULO DA URETRA

Carla Soares; Mafalda Melo; Raúl Rodrigues; João Marcelino; Francisco Martins; Tomé Lopes

Centro Hospitalar Lisboa-Norte; Serviço de Urologia

Introdução: Tratando-se de uma patologia relativamente rara, o diagnóstico do divertículo da uretra requer um elevado índice de suspeita. A sua incidência é de 0,6-6%, ocorrendo habitualmente entre a 3^a-6^a décadas de vida. Causa frequentemente sintomas de armazenamento vesical, disparêunia, gotejamento terminal e infecções urinárias de repetição. O tratamento consiste na excisão cirúrgica do divertículo.

Material e Métodos: Mulher, 54 anos de idade, com quadro clínico de disparêunia e corrimento vaginal acastanhado desde há 2 anos. Ao exame ginecológico objectivou-se massa palpável suburetral. A RMN pélvica mostrou a existência de um divertículo da uretra com um cálculo no seu interior.

Os autores apresentam um cartaz no qual expõem passo-a-passo o tratamento cirúrgico desta condição patológica.

Resultados: O intra-operatório e o pós-operatório decorreu sem intercorrências. A paciente encontra-se assintomática.

Conclusões: A hipótese diagnóstica de divertículo da uretra deve ser colocada perante um quadro clínico de sintomas de armazenamento vesical, disparêunia, uretrorreia. Diagnostica-se através do exame ginecológico, uretrografia de pressão positiva e RMN. O tratamento é cirúrgico e consiste na identificação e encerramento do óstio e encerramento por planos do divertículo.

Poster 13

INCONTINÊNCIA URINÁRIA PERMANENTE – CASO CLÍNICO

Patrício A.; Almeida S.; Maia N.; Lourenço J.

Serviço de Urologia, Hospital Infante D. Pedro - Aveiro

Introdução: Apresentamos o caso de uma doente orientada aos 17 anos de idade para o nosso Serviço com a indicação de incontinência urinária ligeira, desde a infância.

Material e métodos: A doente referia perdas ligeiras contínuas desde sempre, sem outras queixas urológicas. Não tinha sido realizado exame

ginecológico. Apresentava os seguintes exames complementares de diagnóstico: ecografia reno-vesical, estudo urodinâmico e urografia endovenosa, todos sem alterações.

Foi realizada uma cistoscopia para pesquisa de fístula que não revelou anomalias vesicais, assim como exame ginecológico que evidenciou perdas urinárias a nível da cúpula vaginal, sem no entanto se conseguir identificar a causa. Foi pedida tomografia axial computadorizada do aparelho urinário que demonstrou uma duplicidade pielo-uretérica do rim esquerdo.

Perante esta nova evidência foram realenados cuidadosamente os exames efectuados previamente, estando de facto presente na urografia um segundo ureter à esquerda, tenuamente opacificado nos filmes tardios. Face à fraca captação do contraste pelo pólo inferior do rim esquerdo, evidência de hemi-rim hipofuncionante, surgiu uma nova discussão terapêutica. Foi decidido efectuar reimplantação uretérica com técnica anti-refluxiva, excluindo a hemi-nefroureterectomia esquerda, optando-se assim por uma técnica poupadora da função renal.

Conclusão: Apresentamos este caso onde a história clínica e um cuidadoso exame objectivo foram determinantes, face aos exames complementares de diagnóstico, que numa primeira leitura confundiram o diagnóstico e atrasaram o encaminhamento terapêutico.

Poster 14

ESFINCTEROTOMIA NA LESÃO MEDULAR: A PROPOSITO DE UM CASO CLÍNICO

Mafalda Bártolo*; Sílvia Magalhães**; Maria da Paz Carvalho***; Filipa Faria***; Rogério Gouveia****

* Interna de MFR do Centro Hospitalar de Coimbra; ** Interna de MFR do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA); *** Assistente Hospitalar Graduada de MFR do CMRA; **** Consultor de Neuro-Urologia do CMRA

Serviço de Lesões Vértebro-Medulares; Director: Filipa Faria
Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

A reeducação da bexiga neurogénica na lesão medular visa, entre outros objectivos, a obtenção de um ciclo miccional com baixas pressões endovesicais, sendo a caterização intermitente (CI) o procedimento de escolha para o esvaziamento vesical.

A esfinterotomia transuretral (ETU) é uma alternativa terapêutica de última linha na dissinergia vesico-esfinteriana com hidronefrose, refluxo vesico-ureteral (RVU), disreflexia autonómica (DA) e infecções do tracto urinário (ITU) recorrentes. As complicações associadas à ETU a curto e longo prazo, assim como o desenvolvimento de alternativas terapêuticas, têm relegado esta técnica.

Os autores apresentam o caso clínico de um doente do sexo masculino, de 48 anos, com sequelas de fractura de D2 e D3 e quadro de paraplegia ASIA A nível neurológico D3 com 30 anos de evolução. Na alta hospitalar do CMRA, efectuava manobras por estimulação supra-púbica e Crede para esvaziamento vesical, tendo sido seguido irregularmente neste Centro. Em 1997, por apresentar RVU grau IV e hidronefrose bilateral foi proposta alteração do treino vesical, com instituição de CI e terapêutica anti-colinérgica, que o doente recusou. Entre 1998 e 2005, foi submetido a três ETU noutra Instituição, com melhoria clínica e imagiológica temporária.

Em 2008, por ITU frequentes e sintomas sugestivos de DA, foi efectuada reavaliação urológica e observação por Urologista do CMRA, tendo indicação para ETU alargada.

Actualmente apresenta melhoria clínica significativa, objectivada por avaliação urodinâmica. Embora esta alternativa não seja de primeira linha, o acompanhamento da lesão medular crónica no nosso Serviço coloca desafios invulgares na Reabilitação Neuro-Urológica.

VI CONGRESSO NACIONAL DA APNUG

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE NEURO-UROLOGIA E URO-GINECOLOGIA

30 e 31 de Janeiro de 2009 Hotel Meliá Ria, Aveiro

PATROCÍNIOS

			
			
			
			
			

SECRETARIADO CIENTÍFICO

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 | W: www.apurologia.pt

SECRETARIADO

AGÊNCIA DE VIAGENS OFICIAL DO CONGRESSO



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



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