



Associação  
Portuguesa  
de Urologia

**CENTRO DE CONGRESSOS  
ALFÂNDEGA DO PORTO  
22/23/24 SETEMBRO**

**APU 2017**

**CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA**

**PROGRAMA CIENTÍFICO**

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

Estimados Colegas e Amigos,

Como sabem coube-nos a honra de organizar o Congresso da Associação Portuguesa de Urologia, que culmina com o mandato de uma Direção da APU que desenvolveu um trabalho excecional.

O Congresso decorre no dias 22 a 24 de Setembro, sendo que no dia 21 ocorrerão Cursos Pré-Congresso que serão realizados no CHUP / ICBAS, para além de uma importante reunião de intercâmbio entre Internos de Portugal e Espanha, num muito desejado estreitar de relações científico-culturais que se tem vindo a concretizar.

O Congresso decorre no Centro de Congressos da Alfândega do Porto, considerado um dos melhores Centros de Congressos da Europa, localizado no coração do centro histórico da cidade, banhado pelo Douro e de onde partiram as naus para epopeias por ordem do Infante D. Henrique, nascido nesta Cidade.

As conferências e os temas estarão a cargo da Urologia Nacional, com alguns convidados e amigos estrangeiros, abordando as últimas novidades e avanços tecnológicos e científicos.

Esta Cidade, revitalizada, cheia de vida, cheia de energia, eleita pela terceira vez melhor destino turístico da Europa, com uma tradição milenar, onde se cruzaram civilizações que determinaram muitos dos destinos de um Portugal moderno, que tem como um dos seus expoentes máximos uma Universidade produtiva e na vanguarda da ciência.

Os tripeiros, acolhedores e orgulhosos, estão à vossa espera com o melhor que temos para oferecer: cultura e amizade. Sempre com um bom copo do nosso Vinho do Porto!

Sejam bem-vindos!



*Avelino Fraga*

# COMISSÃO ORGANIZADORA

**Presidente do Congresso** Arnaldo Figueiredo

**Presidente da Comissão Organizadora** Avelino Fraga

André Pinto

Armando Reis

Catarina Tavares

Daniel Oliveira Reis

Diogo Carneiro

Diogo Gil Sousa

Frederico Teves

João Ferreira Cabral

João Queiroz

Jorge Correia

José Soares

La Fuente de Carvalho

Manuel Oliveira

Miguel Ramos

Nuno Azevedo

Nuno Louro

Paulo Príncipe

Severino Ribeiro

Vítor Cavadas

# COMISSÃO CIENTÍFICA APU

**Presidente** Hélder Monteiro

Belmiro Parada

Carlos Silva

Estevão Lima

Francisco Rolo

Luís Abranches Monteiro

Palma dos Reis

Pedro Vendeira

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## CONVIDADOS NACIONAIS

André Silva	José Dias	Nuno Tomada
Arnaldo Figueiredo	José Gomes	Paulo Correia-de-Sá
Avelino Fraga	José Maria La Fuente de Carvalho	Paulo Príncipe
Belmiro Parada	José Pedro Cadilhe	Pedro Bargão Santos
Bruno Pereira	José Preza Fernandes	Pedro Monteiro
Cardoso Oliveira	José Soares	Pedro Moreira
Carlos Rabaça	Lorenzo Marconi	Pedro Nunes
Estevão Lima	Luís Abranches Monteiro	Pedro Vendeira
Ferdinando Pereira	Luís Campos Pinheiro	Ricardo Ribeiro
Fernando Vila	Luís Ferráz	Rui Borges
Francisco Botelho	Manuel Castanheira Oliveira	Rui Carneiro
Francisco Cruz	Manuel Mendes Silva	Rui Henrique
Frederico Ferronha	Manuel Teixeira Gomes	Rui Nogueira
Frederico Teves	Miguel Cabrita	Rui Sousa
Garção Nunes	Miguel Guimarães	Rui Versos
Helena Donato	Miguel Ramos	Soraia Rodrigues
Isaac Braga	Nelson Menezes	Tito Leitão
João Cabral	Nuno Louro	Tomé Lopes
Jorge Fonseca		Vítor Cavadas
Jorge Oliveira		



## CONVIDADOS INTERNACIONAIS

Archimedes Nardozza Júnior

Daniel Perez-Fentes

David Castro-Diaz

Hendrick Van Poppel

Igor Vaz

James N´Dow

Jean de la Rosette

José Manuel Cózar

Pilar Laguna

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

**21 SET | QUINTA-FEIRA**

## **CURSOS PRÉ-CONGRESSO**

### **INICIAÇÃO ÀS BIÓPSIAS DA PRÓSTATA DE FUSÃO**

**LOCAL:** Centro Simulação ICBAS/Universidade Porto e Bloco operatório CICA (Cirurgia Ambulatório)

**Organização:** Frederico Teves, Manuel Teixeira Gomes

**08.30** - Apresentação

**08.45** - Princípios da RMN Próstata Multiparamétrica

**09.15** - Indicações para Biópsia Próstata de fusão

**10.15** - Casos Clínicos / Interpretação imagens RMN Próstata

**11.00** - Café

**11.30** - Biópsias Próstata Fusão (prática)

**14.00** - Encerramento

**21 SET | QUINTA-FEIRA**

## **CURSOS PRÉ-CONGRESSO**

### **CADÁVER TRAINING**

*Treino cirúrgico em cadáver na Incontinência Urinária pós Prostatectomia e na Disfunção Erétil*

**LOCAL:** CHUP/Hosp. Sto. António e Instituto Nacional de Medicina Legal - Delegação do Norte

**COORDENADORES:** Rui Versos, José Preza Fernandes

**OBJETIVO:** Curso teórico-prático de treino cirúrgico na implantação de material protésico na incontinência urinária masculina e na disfunção erétil

**09.00h** - Boas vindas e introdução (Auditório da Delegação Norte do INML ou HGSA)

**09.15h** - Anatomia pélvica masculina (Auditório da Delegação Norte do INML ou HGSA)

**09.45h** - Treino cirúrgico em cadáver (Sala de autópsias da Delegação Norte do INML)

**12.30h** - Almoço

**14.00h** - Treino cirúrgico em cadáver

**16.00h** - Encerramento

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## 21 SET | QUINTA-FEIRA

### CURSOS PRÉ-CONGRESSO

#### LAPAROSCOPIA RENAL

**LOCAL:** Laboratório de Anatomia do ICBAS

**COORDENADORES:** Miguel Silva Ramos, Jorge Fonseca, Rui Borges e Tito Leitão

**09.00** - Abertura

**09.00** - Nefrectomia por laparoscopia passo a passo - vídeos - Jorge Fonseca

**09.15** - Nefrectomia por retroperitoneoscopia - passo a passo - vídeos - Rui Borges

**09.30** - Nefrectomia parcial passo a passo - vídeos - Miguel Silva Ramos

**09.45** - Ureteropieloplastia passo a passo - vídeos - Tito Leitão

**10.00** - Novas tecnologias: Thunderbit e portas de acesso único - Miguel Silva Ramos

**10.15** - Café

**10.30 - 13.30** - Treino em modelo animal

**13.30 - 14.30** - Almoço

**14.30 - 17.30** - Treino em modelo animal

Entrega de certificados

**16.30 - 19.30** - REUNIÃO IBÉRICA DOS INTERNOS DE UROLOGIA

Auditório das Caves Cálem em Vila Nova de Gaia

**19.30** - Jantar dos Internos de Urologia

Caves Cálem (Vila Nova de Gaia)

## 22 SET | SEXTA-FEIRA

- 07.30 *ABERTURA DO SECRETARIADO*
- 08.00 - 10.00 **CARTAZES**  
Moderadores: José Dias, Nelson Menezes, Ferdinando Pereira
- 10.00 - 11.00 **SIMPÓSIO IBÉRICO APU / AEU (ASS. ESPANHOLA DE UROLOGIA)**  
Moderadores: José Manuel Cózar (ESPANHA) e Garção Nunes
- 10.00 **Biomarcadores nas disfunções miccionais. Que futuro?**  
Francisco Cruz
- 10.15 **Quebra cabeças: bexiga hiperactiva e hipocrátíl**  
David Castro-Diaz (ESPANHA)
- 10.30 **Estenose da uretra após cirurgia da próstata**  
Paulo Príncipe
- 10.45 **Discussão**
- 11.00 - 11.30 *Café*
- 11.30 - 12.30 **MESA-REDONDA: ANDROLOGIA**  
Moderadores: Pedro Vendeira e Luís Ferráz
- 11.30 **Peyronie com curvatura maior que 90° - abordagem**  
Nuno Tomada
- 11.45 **Hipogonadismo e cancro da próstata**  
Nuno Louro
- 12.00 **Fertilidade no doente oncológico**  
Bruno Pereira
- 12.15 **Discussão**
- 12.30 - 13.15 **SIMPÓSIO JABA-RECORDATI**
- 13.15 - 14.30 *Almoço*

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## 22 SET | SEXTA-FEIRA

- 14.30 - 15.15 **SIMPÓSIO BAYER**
- 15.15 - 16.15 **MESA-REDONDA: INOVAÇÃO EM UROLOGIA**  
Moderadores: La Fuente de Carvalho e Luís Campos Pinheiro
- 15.15 **Urologia personalizada**  
Ricardo Ribeiro
- 15.30 **Sistema purinérgico no aparelho urinário baixo**  
Paulo Correia-de-Sá
- 15.45 **Cirurgia robótica vs 3D – Será a robótica uma necessidade?**  
Pilar Laguna (HOLANDA)
- 16.00 **Discussão**
- 16.15 - 16.45 *Café*
- 16.45 - 17.45 **VÍDEOS**  
Moderadores: Soraia Rodrigues, Cardoso Oliveira e Pedro Cadilhe
- 17.45 - 18.45 **SIMPÓSIO LUSÓFONO**  
Moderadores: Mendes Silva e Pedro Nunes
- 17.45 **Anomalias do desenvolvimento sexual em adultos**  
Igor Vaz (MOÇAMBIQUE)
- 18.00 **Reposição de testosterona e carcinoma da próstata**  
Archimedes Nardoza Junior (BRASIL)
- 18.15 - 18.45 **Conferência: Revista Acta Urológica Portuguesa**  
Apresentador: Belmiro Parada  
Conferencista: Helena Donato
- 18.45 - 19.00 **Assembleia Geral e Eleitoral da ALU (Associação Lusófona de Urologia)**

## 22 SET | SEXTA-FEIRA

19.00 - 19.15 **SESSÃO DE ABERTURA**

19.15 Conferência: Alfândega do Porto e a Epopeia dos Descobrimentos  
Joel Cleto (Historiador)

20.30 **JANTAR DOS PALESTRANTES**

Restaurante Hotel The Yeatman (Vila Nova de Gaia)

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## 23 SET | SÁBADO

8.00 *ABERTURA DO SECRETARIADO*

8.00 - 9.45 **CARTAZES**

Moderadores: Fernando Vila, Miguel Cabrita e Rui Nogueira

9.45 - 11.00 **MESA-REDONDA: ATUALIZAÇÃO EM NEOPLASIA  
UROTELIO/BEXIGA**

Moderadores: Jorge Oliveira e Rui Sousa

9.45 **Resseção trans-uretral de bexiga – Podemos fazer melhor?**  
Pedro Bargão

10.00 **Neoplasia não músculo-invasiva de alto risco – Qual a melhor  
abordagem terapêutica?**  
Manuel Oliveira

10.15 **Estado da arte: imunoterapia – Em que ponto estamos?**  
Belmiro Parada

10.30 **Cistectomia – Um procedimento para todos os centros?**  
Estevão Lima

10.45 **Discussão**

11.00 - 11.30 *Café*

11.30 - 12.30 **MESA-REDONDA: LITÍASE**

Moderadores: Vítor Cavadas e Daniel Pérez-Fentes (GALIZA)

11.30 **Avaliação metabólica na litíase recidivante**  
Pedro Moreira

11.45 **Técnicas de desintegração de cálculos com Laser**  
João Cabral

12.00 **Como melhorar os resultados em cirurgia percutânea**  
Pedro Monteiro

12.15 **Discussão**

## 23 SET | SÁBADO

- 12.30 - 13.15 **SIMPÓSIO ASTELLAS**
- 13.15 - 14.30 *Almoço*
- 14.30 - 15.15 **SIMPÓSIO FERRING**
- 15.15 - 16.00 **MESA EAU (EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY)**  
Moderadores: Arnaldo Figueiredo e Avelino Fraga
- 15.15 Linhas de orientação. Qual o impacto na prática clínica?  
James N'Dow (ESCÓCIA)
- 15.35 Nefrectomia radical ou parcial. Como decidir?  
Hendrick Van Poppel (BÉLGICA)
- 16.00 - 16.45 **MESA-REDONDA: NEOPLASIA RENAL**  
Moderadores: Miguel Ramos e Rui Carneiro
- 16.00 Como otimizar os resultados funcionais na nefrectomia parcial?  
Lorenzo Marconi
- 16.15 Tratamento da neoplasia renal metastizada. O que há de novo?  
André Silva
- 16.30 Discussão
- 16.45 - 17.15 *Café*
- 17.15 - 18.00 **Colégio de Urologia**  
Apresentação do programa de formação específica de Urologia
- 18.00 - 19.00 **ASSEMBLEIA GERAL E ELEITORAL DA APU**
- 20.30 **JANTAR DO CONGRESSO**  
CUP - Clube Universitário do Porto (R.Campo Alegre, 877)  
Entrega da Bolsa de Investigação APU/JABA RECORDATI

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## 24 SET | DOMINGO

- 7.00 Corrida da Próstata
- 8.00 *ABERTURA DO SECRETARIADO*
- 8.00 - 10.00 **VÍDEOS E CARTAZES**  
Moderadores: Frederico Ferronha, Carlos Rabaça e José Gomes
- 10.00 *Café*
- 10.30 - 12.00 **MESA-REDONDA: CANCRO DA PRÓSTATA**  
Moderadores: José Soares, Tomé Lopes
- 10.30 Biomarcadores – importância na decisão clínica  
Rui Henrique
- 10.45 Avanços na Imagiologia: do diagnóstico ao tratamento  
Manuel Teixeira Gomes
- 11.00 Cancro da próstata oligometastático – tratamento local?  
Francisco Botelho
- 11.15 Tratamento do cancro metastizado hormono-sensível  
Isaac Braga
- 11.30 Margens positivas pós-prostatectomia radical – que fazer?  
Tito Leitão
- 11.45 Discussão
- 12.00 **CONFERÊNCIA - ESTADO DA ARTE: CIRURGIA  
MINIMAMENTE INVASIVA NA HBP**  
Orador: Jean de La Rosette (Holanda)  
Moderadores: Miguel Guimarães e Luís Abranches Monteiro
- 12.30 **ENCERRAMENTO**  
Entrega de Prémios Astellas aos Melhores Cartazes  
Entrega de Prémios Pfizer aos Melhores Vídeos

# SIMPÓSIOS



## "Ejaculação Prematura - do problema às novas abordagens terapêuticas"

### PALESTRANTES

Pedro Vendeira

Nuno Tomada



## Bayer

## Xofigo® na Era da precisão

### MODERADOR

Jorge Oliveira – IPO Porto

### A multidisciplinaridade no OSSO

Gabriela Sousa – Presidente SPO

### Xofigo: Mitos e Verdades

Carlos Rabaça – IPO Coimbra

### Convidados à discussão:

Belmiro Parada – CHUC e José Dias – CHLN



## "Bexiga Hiperativa: para além da Bexiga"

### MODERADOR

Luís Abranches Monteiro, Urologista

### PALESTRANTES

Miguel Ramos, Urologista e Maria João Sá, Medicina Geral e Familiar

# FERRING

## O que é que o Antagonista da GnRH acrescenta?

### O PRESENTE PAPEL DA ADT

Jorge Oliveira - IPO Porto

### TERAPEUTICA ANDROGÉNIO-SUPRESSORA: O QUE É QUE O ANTAGONISTA DA GNRH ACRESCENTA?

Francisco Pina - Hospital São João

## APRESENTAÇÃO CARTAZES E VÍDEOS

24 SET | 8.00 - 10.00

### CARTAZES

#### C001

**LATITUDE, A PHASE 3 DOUBLE-BLIND, RANDOMIZED TRIAL OF ANDROGEN DEPRIVATION THERAPY (ADT) WITH ABIRATERONE ACETATE (AA) PLUS PREDNISONE (P) OR PLACEBOS (PBOS) IN NEWLY DIAGNOSED HIGH-RISK METASTATIC HORMONE-NAÏVE PROSTATE CANCER (MHNPC) PATIENTS (PTS)**

JOSÉ MANUEL PALMA DOS REIS<sup>1</sup>\*, KARIM FIZAZI FIZAZI<sup>2</sup>, KIM CHI<sup>3</sup>, MARY B. TODD<sup>4</sup>, YOUNG C. PARK<sup>5</sup>, THIAN KHEDH<sup>6</sup>, PETER DE PORRE<sup>7</sup>, ANDREW PROTHEROE<sup>8</sup>, SUSAN FEYERABEND<sup>9</sup>, DINGWEI YE<sup>10</sup>, MUSTAFA ÖZGÜROĞLU<sup>11</sup>, BORIS Y. ALEKSEEV<sup>12</sup>, ALFREDO RODRIGUEZ-ANTOLIN<sup>13</sup>, NOBUAKI MATSUBARA<sup>14</sup>, LUIS FEIN<sup>15</sup>, NAMPHUONG TRAN<sup>16</sup>

1 - Hospital de Santa Maria; 2 - Gustave Roussy; 3 - BC Cancer Agency; 4 - Janssen Global Services; 5 - Janssen Research & Development; 6 - Oxford University Hospitals Foundation NHS Trust Headington Oxford OX3; 7 - Studienrissen Urologie Steinengrabenstr; 8 - Fudan University Shanghai Cancer Center; 9 - Cerrahpaşa Medical Faculty; 10 - P.A. Hertszen Moscow Cancer Research Institute Moscow; 11 - 12 de Octubre University Hospital; 12 - National Cancer Center Hospital; 13 - Instituto de Oncología de Rosario Córdoba; 14 - anssen Research & Development.

#### BACKGROUND

Pts with newly diagnosed mHNPC, particularly with high-risk characteristics, have a poor prognosis. ADT+docetaxel showed improved outcomes in mHNPC, but many pts are not candidates for docetaxel and may benefit from alternative therapy. AA+P is indicated for metastatic castration-resistant prostate cancer pts. LATITUDE evaluates clinical benefit of early intervention with AA+P added to ADT in newly diagnosed, high-risk mHNPC pts.

#### METHODS

1199 pts with newly diagnosed ( $\leq 3$  mos prior to randomization) mHNPC (ECOG PS 0-2) with  $\geq 2$  of 3 risk factors (Gleason  $\geq 8$ ,  $\geq 3$  bone lesions, measurable visceral metastases) were randomized 1:1 to ADT+AA (1 g QD) + P (5 mg QD) or ADT+PBOS of AA and P. Co-primary end points were overall survival (OS) and radiographic progression-free survival (rPFS). One rPFS (~565 events), 2 interim, and 1 final OS analyses (~426, ~554, and ~852 events) were planned.

#### RESULTS

At this first interim analysis (median follow-up of 30.4 mos; 406 deaths [48%]; 593 rPFS events), OS, rPFS, and all secondary end points significantly favored ADT+AA+P (Table). The IDMC

unanimously recommended unblinding the study and crossing pts to ADT+AA+P.

	ADT+ AA+P (n=597)	ADT+ PBOS (n=602)	HR (95% CI)	p Value
<b>Co-primary end points</b>				
OS	NR	34.7	0.62 (0.51-0.76)	< 0.0001
rPFS	33.0	14.8	0.47 (0.39-0.55)	
<b>Secondary end points</b>				
Time to:				
Pain progression	NR	16.6	0.70 (0.58-0.83)	< 0.0001
PSA progression	33.2	7.4	0.30 (0.26-0.35)	
Symptomatic skeletal-related event	NR	NR	0.70 (0.54-0.92)	0.0086
Symptomatic skeletal-related event	NR	NR	0.70 (0.54-0.92)	0.0086
Chemotherapy	NR	38.9	0.44 (0.35-0.56)	< 0.0001
Subsequent PC therapy	NR	21.6	0.42 (0.35-0.50)	
NR, not reached.				

Grade 3/4 adverse events (ADT+AA+P vs ADT+PBOS) (%): hypertension (20.3 vs 10.0); hypokalemia (10.4 vs 1.3); increased ALT (5.5 vs 1.3) or AST (4.4 vs 1.5).

#### CONCLUSIONS

Early use of AA+P added to ADT in pts with high-risk mHNPC yielded significantly improved OS, rPFS, and all secondary end points vs ADT+PBOS alone. ADT+AA+P had a favorable risk/benefit ratio and supports early intervention with AA+P in newly diagnosed, high-risk mHNPC.

#### C002

**PRO-PSA E PROSTATE HEALTH INDEX: APLICAÇÕES CLÍNICAS**

MÁRIO LOURENÇO<sup>1</sup>; RICARDO GODINHO<sup>1</sup>; JOÃO PERALTA<sup>1</sup>; NUNO CUNHA<sup>1</sup>; PAULO CONCEIÇÃO<sup>2</sup>; MÁRIO REIS<sup>3</sup>; CARLOS RABAÇA<sup>4</sup>; AMILCAR SISMEIRO<sup>5</sup>

# APRESENTAÇÃO CARTAZES E VÍDEOS

## 24 SET | 8.00 - 10.00

1 - Instituto Português de Oncologia - Coimbra

### INTRODUÇÃO

O [-2] proPSA é uma isoforma de PSA que tem vindo a mostrar maior acuidade diagnóstica que o PSA total ou o PSA livre no diagnóstico de carcinoma da próstata (CaP). O Prostate Health Index (PHI) é um teste recente que combina num único score os valores de PSA total, PSA livre e [-2] proPSA. Estudos internacionais mostraram que o PHI é superior aos seus componentes individuais na deteção de CaP clinicamente significativo, podendo ser uma ferramenta útil na decisão clínica de submeter determinado doente a uma biópsia prostática (BP).

### OBJECTIVOS

Avaliar a capacidade do PHI (e dos seus componentes individuais) na deteção de CaP, nomeadamente nos doentes com PSA entre 2 e 10 ng/ml e toque rectal (TR) insuspeito.

### MÉTODOS

Avaliados 94 doentes que realizaram o PHI e BP num centro oncológico. A amostra foi estudada em relação à idade do doente, volume prostático, suspeita ecográfica de CaP, características do TR, número de BP prévias, realização de ressonância prostática multiparamétrica (e classificação PIRADS, se aplicável), resultado do PHI (e dos seus componentes individuais), resultado da biópsia (com classificação ISUP, se aplicável) e tratamento realizado. Análise estatística com SPSS.

### RESULTADOS

63,8% dos doentes apresentaram CaP na BP. Os factores que se relacionaram com a presença de CaP foram o volume prostático < 50cc (p=0,027), o PSA total (p=0,009), o [-2] proPSA (p=0,001), a %PSA livre/ PSA total (p=0,003) e o PHI (p<0,001). Quando avaliados doentes com PSA total entre 2-10 ng/ml, relacionaram-se com a presença de CaP a %PSA livre/PSA total (p=0,002) e o PHI (p=0,001). Avaliando apenas doentes com PSA total entre 2-10 ng/ml e com TR insuspeito, os factores que se relacionaram com a presença de CaP foram: PHI (p=0,022), PSA livre (p=0,043) e %PSA livre/ PSA total (p=0,003). Neste último subgrupo de doentes, 33,3% (n=1), 38,5% (n=5) e 78,6% (n=11) dos doentes com PHI <21, 21-39,99 e ≥ 40, apresentaram CaP na BP, respectivamente. Existe uma relação estatisticamente significativa entre os escalões descritos de PHI e graus de ISUP > 2 na BP (p=0,002).

### CONCLUSÕES

O PHI relaciona-se com o diagnóstico de CaP em todos os subgrupos de doentes estudados, inclusivamente naqueles onde a realização de BP é duvidosa (PSA total de 2-10 ng/ml e TR insuspeito). Adicionalmente, valores de PHI elevados relacionam-se com classificações ISUP superiores.

### C003

#### **RÁDIO-223 E O CARCINOMA DA PRÓSTATA METASTÁTICO: PODEM OS ESTUDOS CELULARES AJUDAR A ENTENDER A EFICÁCIA CLÍNICA?**

INÊS MARQUES<sup>1\*</sup>; ANA MARGARIDA ABRANTES<sup>2,3\*</sup>; RITA NEVES<sup>2\*</sup>; ANA SALOMÉ PIRES<sup>2,3,4\*</sup>; GRACINDA COSTA<sup>4\*</sup>; FRANCISCO CAMELO<sup>1,5\*</sup>; TIAGO RODRIGUES<sup>6\*</sup>; PAULO MATAFOME<sup>7\*</sup>; EDGAR TAVARES-DA-SILVA<sup>1,8\*</sup>; RAQUEL SEIÇA<sup>9\*</sup>; ARNALDO FIGUEIREDO<sup>9\*</sup>; MARIA FILÓMENA BOTELHO<sup>1,2,3</sup>

1 - Instituto de Biofísica - IBLI - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2 - CIMAGO - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 3 - CNC/IBILI - Universidade de Coimbra; 4 - Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra; 5 - Serviço de Medicina Nuclear do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 6 - Laboratório de Bioestatística e Informática Médica - IBLI - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 7 - Laboratório de Fisiologia - IBLI - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 8 - Departamento de Ciências Complementares da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra - Instituto Politécnico de Coimbra; 9 - Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

### INTRODUÇÃO

O Carcinoma da Próstata Metastático Resistente à Castração (CPMRC) representa um grande desafio terapêutico. Recentemente, o radiofármaco Rádio-223 (223Ra) veio contribuir para o tratamento destes doentes, contudo, pouco é conhecido acerca dos seus mecanismos de ação. Perante isto, o objetivo principal deste estudo é conhecer os mecanismos subjacentes à eficácia clínica do 223Ra, através do uso de linhas celulares de CaP que diferem na presença ou ausência de receptores hormonais e no potencial metastático, mimetizando diferentes estádios da doença.

### MATERIAL E MÉTODOS

Estudos já apresentados no ano anterior mostraram que o 223Ra diminuiu a sobrevivência celular e que consegue efetivamente ser captado, internalizado (inclusive ao nível do núcleo) e permanece retido nas células de CaP estudadas. De modo a completar esta informação e para compreender melhor os mecanismos que desencadeiam a radio-sensibilidade apresentada, foram realizados estudos de viabilidade, stress

## APRESENTAÇÃO CARTAZES E VÍDEOS

24 SET | 8.00 - 10.00

oxidativo e o estudo de vias de sinalização ativas na resposta à radiação. Para tal, duas linhas celulares de CaP foram irradiadas, PC3 (hormonoresistentes, representativas de CPMRC) e LNCaP (hormonossensíveis, representativas de um estadiu menos avançado de CaP). A viabilidade foi avaliada em termos de conteúdo proteico pelo ensaio de Sulforodamina-B (SRB). O stress oxidativo foi avaliado através da deteção por fluorescência de espécies reativas de oxigénio. A resposta ao dano no DNA foi avaliada por western blot com recurso ao DNA Damage Antibody Sampler Kit.

### RESULTADOS

Através do ensaio de SRB verificou-se que havia uma diminuição acentuada do conteúdo proteico (mais de cinquenta por cento), de um modo dependente da dose, a baixas doses (inferiores a 10 mGy). Estes resultados estão ainda associados a uma distinta ativação da CHK2, uma proteína nuclear envolvida no bloqueio do ciclo celular do ciclo celular e mediadora de várias vias de morte e/ou senescência celular. Esta ativação é notória como resposta aos danos no DNA, verificando-se um aumento compensatório de um modo dependente da dose. No que respeita o stress oxidativo, resultados preliminares mostram que há um aumento da formação das espécies reativas de oxigénio poucas horas após as células serem expostas ao 223Ra.

### DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Os resultados mostram que o 223Ra leva à diminuição da sobrevivência e viabilidade nas linhas celulares de CaP, o que realça o potencial do uso deste radiofármaco em doentes com CPMRC e também sugere uma melhor eficácia do seu uso em estadios menos avançado. Estes resultados sugerem ainda que o 223Ra apresenta um efeito direto, ou seja a capacidade de a radiação agredir diretamente o ADN das células CaP que se encontram no nicho metastático ósseo, com potencial para reduzir a agressividade dessas células. Os efeitos radiobiológicos avaliados mostram que o dano direto e indireto, no qual os danos no DNA devem-se à formação de radicais livres e consequentemente stress oxidativo, contribuem para a ativação de vias e sistemas importantes de sinalização que levam à morte celular, contribuindo para a eficácia clínica do uso deste radiofármaco.

O aprofundar do estudo destas vias pode conduzir este projeto a apresentar um papel importante na otimização e expansão desta terapêutica promissora.

### C004

#### ADENOCARCINOMA DA PRÓSTATA NO JOVEM

GIL FALCÃO<sup>1</sup>; JOÃO BARREIRA<sup>2</sup>; THIAGO GUIMARAES<sup>1</sup>; CATARINA RIBEIRO<sup>2</sup>; RUI BERNARDINO<sup>2</sup>; FRANCISCO FERNANDES<sup>1</sup>; PEDRO BALTAZAR<sup>2</sup>; HUGO PINHEIRO<sup>2</sup>; CABRITA CARNEIRO<sup>2</sup>; LUIS CAMPOS PINHEIRO<sup>2</sup>

1 - centro hospitalar Lisboa central; 2 - chlc

#### INTRODUÇÃO

Na era do PSA conseguimos uma deteção precoce do CaP em homens jovens, sendo 1% deste diagnosticado em idades  $\leq 55$  anos.

Clinicamente, apesar da maioria dos casos apresentarem doença de baixo risco, a maior longevidade destes doentes contribui para uma progressão da doença a longo prazo, resultando em mortalidade diretamente relacionada com o CaP.

Apesar das variações na classificação de doentes como jovens ou idosos, estudos demonstram que os primeiros apresentam melhor sobrevida livre de recidiva bioquímica (BCR) e doença menos avançada após prostatectomia radical (PR).

#### OBJECTIVOS

Com este estudo, pretendemos comparar o grupo dos jovens ( $\leq 55$  anos) vs. adultos ( $>56$  anos) submetidos a PR por CaP entre 2010-2016 no que diz respeito à agressividade do tumor, história familiar e raça, o Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC), testando a hipótese de que o CaP em doentes jovens seja mais agressivo e mais prevalente quando existe história familiar de CaP prévio.

#### MATERIAL, MÉTODOS

Trata-se de um estudo coorte retrospectivo, de 2010 a 2016, com recolha de informação através do recurso à consulta de processos clínicos. Foram recolhidos os dados referentes ao PSA inicial, resultado histológico da biópsia prostática de duplo sextante (BPDS), resultado histológico da peça operatória, BCR, etnia do doente e antecedentes familiares de CaP.

#### RESULTADOS

Dos 419 doentes submetidos a PR por CaP, foram identificados 49 doentes com idade  $\leq 55$  anos (G1).

No grupo 1, 31% tinham história familiar de CaP vs. 10% dos mais velhos (G2) ( $p<0.001$ ). Antes da cirurgia, o valor médio do PSA no G1 era 7.47 vs. 8.08 no G2 ( $p=0.371$ ). Na BPDS pré-operatória, 44,3% dos doentes apresentou Gleason (G) 6, 37,4% G7 e 6,9%

# APRESENTAÇÃO CARTAZES E VÍDEOS

## 24 SET | 8.00 - 10.00

G<sub>2</sub>≥8, sem diferenças significativas entre os 2 grupos (p=0.651). No entanto, os doentes mais jovens apresentavam tumores mais agressivos, com Gleason pós-operatório: 27% G6, 45% G7 e 29% G<sub>2</sub>≥8 vs. 37%, 53% e 11% respectivamente, no grupo 2 (p=0.002). O estadiamento patológico (pT) não foi significativamente diferente entre os 2 grupos (p=0.243).

As taxas de recidiva foram mais altas nos doentes jovens 20% vs. 9% (p=0.010).

Num modelo multivariado por regressão logística, os doentes mais jovens tinham significativamente mais recidivas (p=0.047) e maior incidência de história familiar de CaP (p=0.002).

Quando comparadas as características dos doentes de etnia africana vs. caucasiana, os primeiros apresentavam Gleason significativamente maiores na peça operatória (p=0.021), mas restantes parâmetros sem diferenças estatisticamente significativas na análise multivariada.

### DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

O nosso estudo demonstrou que o CaP no jovem tende a ser mais agressivo nomeadamente em termos histológicos (Gleason superior) e com maiores taxas de BCR. Comprovou-se, igualmente, uma maior associação desta patologia nos jovens com antecedentes familiares com CaP.

Apesar de estar descrito mau prognóstico nos jovens, ainda é tema de debate o seu comportamento biológico e orientação terapêutica.

Os nossos resultados são consistentes com os publicados na literatura, no entanto trata-se de um estudo retrospectivo não randomizado com uma amostra relativamente pequena, necessariamente insuficiente para uma conclusão definitiva mas que pretende acrescentar conteúdo ao debate científico em torno do CaP.

### C005

**DOR DURANTE BIÓPSIA PROSTÁTICA POR VIA TRANS-RECTAL ECOGUIADA: ESTUDO PROSPECTIVO RANDOMIZADO QUE COMPARA O BLOQUEIO PERIPROSTÁTICO COM LIDOCAÍNA A 1% COM APLICAÇÃO DE GEL DE LIDOCAÍNA A 2% - FARCOSEDAN®**

DIOGO NUNES-CARNEIRO<sup>1</sup>; ANDRÉ MARQUES-PINTO<sup>1</sup>; VÍTOR CAVADAS<sup>1</sup>; AVELINO FRAGA<sup>1</sup>; JOÃO CABRAL<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar do Porto

### INTRODUÇÃO

A Biopsia Prostática por via Trans-Retal (BPTR) é o procedimento standard no diagnóstico do Cancro da Próstata e atualmente, com o aumento de número de fragmentos obtidos, a dor causada no procedimento é cada vez maior sendo fundamental um bom controlo da mesma durante o procedimento.

Este estudo prevê a comparação da dor entre doentes submetidos a bloqueio peri-prostático (BPP) e aplicação de anestésico tópico (AT) com clorhexidina.

### MÉTODOS

Os doentes foram alocados aleatoriamente, em dois grupos: O grupo BPP foi submetido a injeção peri-prostática de 6cc de lidocaína a 1%. No grupo AT foi aplicado Farcosedan®, 20 minutos antes do procedimento.

Foi avaliada a dor com recurso à EVA durante o toque retal, a introdução da sonda, durante a movimentação da mesma, na perfuração da parede do recto e da cápsula e durante o primeiro disparo na base e no apex prostático. Todos os doentes colheram urocultura (MBU) imediatamente antes e duas semanas após o procedimento.

Todos os procedimentos foram realizados pelos mesmo operador com experiência no procedimento.

### RESULTADOS

Dos 55 doentes que entraram no estudo, 26 fizeram a BPTR com AT e 28 com BPP. A mediana de dor nos dois grupos foi de 0 durante o toque retal, 1 na introdução do ecógrafo, 2 na movimentação do ecógrafo, 2 na perfuração da parede do recto e da cápsula, 3 no primeiro disparo na base e 4 no primeiro disparo no ápex. Não houve diferença significativa da dor entre os dois grupos exceto durante a movimentação do ecógrafo (p=0.037), havendo uma tendência para menor dor no grupo do AT durante os primeiros passos do procedimento e tendência para menor dor com o BPP nos disparos para a colheita de amostra. A mediana dos valores médios de dor é de 2 em 10 não havendo diferença significativa entre grupos (2.8 BP vs. 1.6 AT, p=0.21). O mesmo aconteceu com os máximos de dor (6 BPP vs. 5 AT, p=0.11). A mediana do volume prostático não diferiu entre os grupos do estudo 44.3cc vs. 48.7cc, p=0.43.

Dos doentes que entraram no estudo, todos tinham um MBU estéril antes do procedimento sendo que três positivaram após o procedimento (um após o uso de AT e dois após BPP).

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## APRESENTAÇÃO CARTAZES E VÍDEOS

24 SET | 8.00 - 10.00

### CONCLUSÃO

Ao contrário da maioria dos estudos publicados, foi possível obter nesta série resultados semelhantes entre o BPP e a AT com um maior conforto no grupo do AT durante a movimentação do ecógrafo previamente à biopsia. A tendência dos resultados favorece o uso do AT nos primeiros passos do procedimento e do BPP durante a colheita de fragmentos propriamente dita. Dado o desconforto causado pela introdução e movimentação da sonda durante os primeiros passos procedimento seria de considerar a combinação dos dois métodos para um melhor controlo da dor durante este procedimento.

Apesar do número absoluto de doentes que positivou a urocultura ser inferior no grupo da AT, o número da amostra é demasiado pequeno para nos permitir tirar conclusões sendo necessário prolongar o estudo para obter resultados mais consistentes.

### C006

#### **CURVA DE APRENDIZAGEM EM PROSTATECTOMIA RADICAL: AINDA FAZ SENTIDO?**

MÁRIO LOURENÇO; ROBERTO JARIMBA; MIGUEL ELISEU; PEDRO MOREIRA; BELMIRO PARADA; ARNALDO FIGUEIREDO

1 - Serviço de Urologia e Transplantação Renal, CHUC

### INTRODUÇÃO

A curva de aprendizagem (CA) cirúrgica corresponde ao período no qual o cirurgião sente mais dificuldades técnicas em dado procedimento, demora mais tempo na execução do mesmo e tem maior número de complicações. A prostatectomia radical retropúbica (PRR) é uma cirurgia tecnicamente exigente e com uma CA longa.

### OBJECTIVOS

Caracterizar os resultados perioperatórios de PRR realizadas por internos, em comparação com PRR realizadas por especialistas. Avaliar a evolução dos internos em relação à PRR ao longo dos anos de formação.

### MÉTODOS

Análise retrospectiva de 172 PRR realizadas por 8 internos (GI) que estão a realizar ou realizaram formação num Hospital Terciário, e de 146 PRR realizadas por 11 especialistas (GE) no mesmo período e na mesma instituição. Relativamente a características independentes do cirurgião, a amostra foi

caracterizada em relação à idade do doente, PSA pré-operatório, Gleason na biópsia prostática, estadiamento T (avaliado na peça operatória), volume prostático e valor de hemoglobina (HB) pré-operatório. Em relação a dados perioperatórios, foram avaliados o tempo cirúrgico, o número de gânglios removidos (em caso de linfadenectomia pélvica bilateral), as margens oncológicas, o volume hemorrágico intraoperatório, a diferença de HB pré e pós-operatória, a necessidade transfusional, a existência de complicações médicas ou cirúrgicas e o tempo de internamento. O grupo de internos foi ainda avaliado em relação ao ano de internato e ao número de PRR previamente realizadas. Avaliação estatística com SPSS 22.

### RESULTADOS

As características pré-operatórias entre os dois grupos foram semelhantes e comparáveis. A média de PRR realizadas por cada interno foi de 21,50 (8-28). Não existiram diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre o GI e o GE em relação ao tempo de cirurgia, às margens oncológicas duvidosas/focalmente positivas/positivas, à hemorragia intraoperatória, à necessidade transfusional e à existência de complicações médicas ou cirúrgicas. Existiram diferenças no número de gânglios excisados (11,20 vs. 9,11;  $p = 0,015$ ), na diferença de HB pré e pós-operatória (-4,57 vs. -3,55 g/dl;  $p < 0,001$ ) e no tempo de internamento (5,81 vs. 5,10 dias;  $p = 0,002$ ).

Em relação ao GI, anos de internato posteriores relacionam-se com tempos de cirurgia menores ( $p = 0,002$ ), sem outras diferenças relevantes. Existe uma evolução positiva dos parâmetros cirúrgicos avaliados com o número de PRR prévias.

### DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O tempo de cirurgia é o fator avaliado mais dependente do estágio de formação do interno. O papel do ajudante na PRR é essencial, o que poderá explicar os resultados globalmente similares entre os vários anos de internato e entre o GI e o GE. Em relação aos outcomes perioperatórios, pode-se concluir que um interno avançado, ajudado por especialista, apresenta bons resultados. A avaliação completa da CA necessita da avaliação futura dos resultados oncológicos e funcionais a médio e longo prazo.

# APRESENTAÇÃO CARTAZES E VÍDEOS

## 24 SET | 8.00 - 10.00

### VÍDEOS

#### V001

#### **SUCCESSFUL EX VIVO REPAIR AND AUTOTRANSPLANTATION FOR COMPLEX RENAL ARTERY ANEURYSM**

MIGUEL ELISEU<sup>1</sup>; ANA MARINHO<sup>1</sup>; VERA MARQUES<sup>1</sup>; LORENZO MARCONI<sup>1</sup>; PAULO TEMIDO<sup>1</sup>; ARNALDO FIGUEIREDO<sup>1</sup>

1 - CHUC

#### **INTRODUCTION**

Renal artery aneurysms (RAA) are rare structures, presenting in an estimated 0,1% of the general population. The majority of patients are hypertensive, although many are completely asymptomatic. Their complexity depends largely on their size and location in the renal hilum. We present a case of complex RAA, treated surgically with ex vivo bench repair and autotransplantation.

#### **MATERIALS/METHODS**

A 56-year-old woman was referred to our Urology clinics from another Hospital following detection of a right RAA during investigation of refractory hypertension. She had a history of glaucoma and hypothyroidism, and had undergone an open appendectomy.

The patient underwent computerized tomography (CT) angiogram, which revealed an aneurysmatic dilation of the distal (intra-renal) portion of the renal artery (RA). A digital subtraction renal angiography by femoral catheterization was conducted, and showed a 21x15 mm aneurysm which overlapped several branches of the right renal artery. Due to this fact, the base of the aneurysm was not clearly defined, and its origin could not be placed with certainty to the main RA. After consideration, laparoscopic right nephroureterectomy, bench repair and subsequent autotransplantation was the elected procedure.

The patient was placed in left lateral decubitus and pneumoperitoneum was established with Veress needle. Right nephroureterectomy was conducted by laparoscopy with 3 ports; the aneurysm was not observed at this stage. The kidney was removed through a right oblique laparotomy over the previous appendectomy incision. It was immediately placed in ice and perfused with Celsior solution. Careful dissection of the RA revealed the aneurysm that was in close contact / communication

with 4 segmental intra-renal arteries; its simple excision and primary closure was not possible, and a complex partial excision with a combination of angioplastic closure and reimplantation of 1 of the involved segmental arteries was conducted. The renal vein (RV) length was not sufficient for an optimal anastomosis; in order to achieve a favorable anatomy for renal vascular implantation, an iliac vein graft from a cadaver donor procured the day before was used to extend the patient's RV by 1cm. Then, autotransplantation was performed, with anastomosis of a single main RA to the common right iliac artery, and a single RV (after extension) to the common right iliac vein; a Lich-Gregoir ureteroneocystostomy with JJ stent was performed after adjustment of ureter length. Adequate vascularization was noted after unclamping, and revision of hemostasis was conducted.

#### **RESULTS**

The operative time was 275 minutes, with a total cold ischemia time of 140 minutes. Intra-operative blood loss was minimal; there was no blood transfusion. The patient was discharged after 6 days, with consistently normal renal function and Doppler imaging showing normal artery resistance index. With a follow-up of 5 months, a CT-angiography revealed normal kidney size and vascularization.

#### **CONCLUSION**

This rare procedure was successfully conducted by a single Urology team. It was done by laparoscopic access and through an incision over a previous laparotomy without significant early or late operative complications. This complex RA angioplastic repair, extension of the RV and autotransplantation were feasible and effective in treating this condition.

#### V002

#### **ABORDAGEM CIRÚRGICA DO CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIIS COM TROMBO VENOSO TUMORAL NÍVEL IV**

VERA MARQUES<sup>1</sup>; MIGUEL ELISEU<sup>1</sup>; PAULO DINIS<sup>1</sup>; FRANCISCO ROLO<sup>1</sup>; ARNALDO FIGUEIREDO<sup>1</sup>

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

#### **INTRODUÇÃO**

Uma das características únicas do carcinoma de células renais (CCR) é o padrão de invasão venosa, nomeadamente da veia renal e veia cava inferior (VCI), com importantes implicações terapêuticas e prognósticas. O trombo tumoral ocorre em 4-10%

## APRESENTAÇÃO CARTAZES E VÍDEOS

24 SET | 8.00 - 10.00

dos casos de CCR, sendo que destes, 2-16% apresentam extensão à aurícula direita (AD) – trombo tumoral nível IV (escala I-IV).

### OBJECTIVOS

Apresentação dos principais passos cirúrgicos da NR esquerda por CCR com exérese de trombo tumoral nível IV, um procedimento raro, complexo e com necessidade de uma equipa multidisciplinar (Urologia e Cirurgia Cardíaca), pois implica abordagem cirúrgica combinada da AD e da VCI, com recurso a bypass cardiopulmonar.

### MATERIAIS E MÉTODOS

Homem de 73 anos, com massa de 12 cm dos terços médio e superior do rim esquerdo (RE) e trombo venoso tumoral com extensão desde a veia renal esquerda (VRE) à AD. Imagiologicamente, sem evidência de doença metastática. Ecocardiograma transesofágico confirmando a presença de massa intracavitária da AD, com origem na VCI.

Clinicamente, o doente apresentava insuficiência cardíaca classe II NYHA. Contudo, o diagnóstico de neoplasia renal foi incidental, em exames de rotina. Antecedentes pessoais de fibrilhação auricular paroxística, hipocoagulado com apixabano e ex-fumador. Valores basais de creatinina de 1,60 mg/dL.

Abordagem cirúrgica efectuada por incisão mediana toracoabdominal, com esternotomia mediana. Efectuada disseção do RE, laqueação da artéria renal esquerda, dissecação da VRE em toda a sua extensão até à VCI e referenciação da veia renal direita e cava infra-renal. Realizada abertura e suspensão do pericárdio, instituindo-se circuito de circulação extra-corpórea (CEC) por canulação da aorta ascendente e veia cava superior através da AD. Arrefecimento corporal até aos 25°C. Sob fibrilhação ventricular e clampagem infra-renal da VCI, procedeu-se à auriculotomia direita. Realizada venotomia renal esquerda e da VCI através da qual foi extraído o trombo tumoral em bloco com o RE, sem embolia tumoral visível através da auriculotomia. Realizada rafia da cavotomia, com subsequente desclampagem da VCI e encerramento da auriculotomia direita. Desfibrilhação e reaquecimento até aos 34°C, tendo sido suspensa a CEC sem intercorrências. Encerramento do pericárdio com sutura contínua. Drenagem da cavidade pericárdica, mediastino e cavidade peritoneal.

### RESULTADOS

A duração da cirurgia foi de 280 minutos, com 56 minutos de CEC, sem complicações intra-operatórias. No período pós-operatório, o doente desenvolveu uma síndrome cardiorenal, com necessidade de suporte aminérgico. O doente teve alta ao 9º dia pós-operatório, com valores de creatinina de 2,69 mg/dL. O estudo anatomo-patológico da peça operatória revelou um CCR claras com 12 cm, grau de ISUP 3, com invasão do tecido adiposo perirrenal e trombo venoso tumoral (pT3c, R0).

### DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

O prognóstico do CCR com trombo da VCI é difícil de prever e pior quanto maior o nível do trombo tumoral. Contudo, está demonstrado que uma abordagem cirúrgica agressiva que inclua NR e a exérese do trombo tumoral permite a possibilidade de cura em 45-70% dos casos, se não houver metastização. Estes tumores podem ser totalmente ressecados com uma morbimortalidade aceitável e taxas de sobrevivência a longo prazo satisfatórias.

### V003

#### A SCARLESS COMPLEX PARTIAL NEPHRECTOMY

JOÃO CARVALHO; PEDRO NUNES; MARIA FREIRE; PAULO DINIS; LORENZO MARCONI; BELMIRO PARADA; ARNALDO FIGUEIREDO

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

### INTRODUCTION

Laparoscopic single-site surgery (LESS) has been developed over time in order to reduce patient invasiveness and to provide a surgery with minimal incisions. The LESS nephrectomy through umbilical incision is nowadays considered a valid alternative option for selected patients. Controversies still persist because of its technical difficulty and lack of enough evidence showing benefits.

### OBJECTIVE

In this video, a transumbilical triport LESS partial nephrectomy is performed, showing its feasibility and potential advantages in a selected complex case.

### MATERIALS AND METHODS

It was used a transumbilical triport reusable LESS partial nephrectomy (Olympus, KeyMed House, Stock Road). It was done

# APRESENTAÇÃO CARTAZES E VÍDEOS

## 24 SET | 8.00 - 10.00

a single incision of 1 cm in the umbilicus, through which the device is inserted in the patient's abdomen. Up to three laparoscopy instruments can be inserted through the valves on trocar, allowing the insertion and withdrawal of instruments without the loss of pneumoperitoneum.

### RESULTS

We present a 40 years-old female patient initially presenting with abdominal pain and with no risk factors. An abdominal computed tomography (CT) showed a 3x3x4 cm solid mass on the posterior side of the upper third of the right kidney, R.E.N.A.L nephrometry scoring system was 7 points and plasma baseline creatinine was 0.62 mg/dL.

She was submitted to a successful transumbilical LESS partial nephrectomy in 1h30', with 13min05s selective arterial clamping with no complications either in the peri and postoperative time. Plasma creatinine value after the surgery was 0.74 mg/dL. Pathology report revealed a renal cell cancer - chromophobe variant - with negative surgical margins (pT1b).

### DISCUSSION/CONCLUSION

This minimally invasive technique is a safe procedure and appears to be a good alternative option to standard laparoscopy.

### V004

#### ADRENALECTOMIA PARCIAL POR PORTA ÚNICA UMBILICAL

MARIA JOSÉ FREIRE<sup>1</sup>; PEDRO SIMÕES<sup>1</sup>; PAULO JORGE DINISI<sup>1</sup>; HUGO ANTUNES<sup>1</sup>; LUIS SOUSA<sup>1</sup>; ARNALDO FIGUEIREDO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

### INTRODUÇÃO

A adrenalectomia total laparoscópica é o tratamento padrão para pequenas massas benignas funcionantes da suprarenal. Ultimamente tem-se verificado uma maior tendência para realização de adrenalectomia parcial (AP) já que parece apresentar resultados semelhantes à adrenalectomia total sem maior morbilidade cirúrgica. A AP por porta única umbilical constitui uma alternativa à laparoscopia convencional com benefícios potenciais em termos de dor pós-operatória, tempo de internamento e estética.

### OBJETIVO

Exibir a nossa técnica de AP laparoscópica por porta única umbilical através de vídeo, apresentando os nossos resultados iniciais.

### MATERIAL E MÉTODOS

Entre Outubro de 2014 e Fevereiro de 2016, foram realizadas 8 AP por porta única umbilical (5 por adenoma produtor de aldosterona e 3 por Síndrome de Cushing) no nosso Serviço.

Apresentamos o caso de uma doente do sexo feminino de 44 anos com clínica de cefaleias e ansiedade. Manifestava hipertensão grave (TA média de 220/160mmHg) refractária a quatro anti-hipertensores. Do estudo funcional realizado, salientavam-se valores elevados de aldosterona sérica (37ng/dL), reduzidos de renina (<0,1pg/mL) e índice aldosterona/atividade de renina elevado (29). O restante estudo hormonal estava dentro da normalidade. A TC abdominal revelou uma formação nodular hipodensa com 14mm, sugestivo de adenoma.

Foi efectuada AP por porta única umbilical após laqueação selectiva da veia tributária do adenoma. Mantiveram-se intactas a restante suprarenal bem como a sua veia principal.

### RESULTADOS

A duração cirúrgica foi de 50min. Não houve complicações intra ou pós-operatórias e a doente teve alta ao 3º dia pós-operatório. O estudo anátomo-patológico revelou tratar-se de uma neoplasia benigna da suprarenal com 14mm. Atualmente a doente apresenta melhoria da TA e normalização do índice de aldosterona/atividade da renina.

Todas as AP por porta única umbilical foram realizadas por um único cirurgião do nosso Serviço. A duração cirúrgica média foi de 78min e o tempo médio de internamento foi de 2,25 dias. Não se registaram complicações intra ou pós-operatórias. Verificou-se normalização dos valores endócrinos tanto nos doentes com hiperaldosteronismo primário como nos com Síndrome de Cushing.

### CONCLUSÃO

A AP é uma excelente opção e poderá vir a tornar-se padrão no tratamento de pequenas massas benignas e funcionantes da suprarenal.

A AP laparoscópica por porta única umbilical é tecnicamente mais desafiante, no entanto menos invasiva em relação à convencional e com vantagens em termos estéticos.

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## APRESENTAÇÃO CARTAZES E VÍDEOS

24 SET | 8.00 - 10.00

### V005

#### **THE "LUZ" TECHNIQUE. LESSONS LEARNED AFTER 450 ROBOTIC RADICAL PROSTATECTOMIES**

RUI FORMOSO<sup>1</sup>; BRUNO GRAÇA<sup>1</sup>; MIGUEL LOURENÇO<sup>1</sup>; ANTONIO ALMEIDA SANTOS<sup>1</sup>; MAES KRIS<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Hospital da Luz

#### **INTRODUCTION & OBJECTIVES**

Robotic Assisted Surgery has become a widespread and accepted technical approach namely for Radical Prostatectomy. Numerous advantages have been seen since its introduction, yet Urologists have been thriving to ameliorate post-radical prostatectomy quality of life issues, that is continence and potency. Various techniques have evolved based on evidence and anatomical knowledge gained over time. The technique described in this video is an evolution of the initial French and later Patel technique. The objective of this video is to demonstrate a technique developed in our Institution based on previous experience, our caseload as well as clinical evidence favouring certain modifications on the surgical technique.

#### **MATERIAL & METHODS**

Four hundred and fifty patients were submitted to Robotic Assisted Radical Prostatectomy over a 6-year period (2011-2017) in the Hospital da Luz by a single surgeon. The caseload led to inevitable step modifications namely on the Dorsal Vein Complex (DVC) ligation, Nerve-Sparing technique (NS), Apical Dissection (AD) and Posterior Reconstruction and Vesico-Urethral Anastomosis.

#### **RESULTS & CONCLUSIONS**

The video demonstrates the crucial steps in the "Luz" Technique. Traditional early DVC ligation is abandoned and a late DVC ligation is preferred as evidence shows that in the first case the stitch can harm muscle-fibres and compromise continence. Antegrade High Release of the Neurovascular bundle leads to better potency results, and contributes to continence. Meticulous apical dissection by prostate lateralization, rotation and apex visualization leads to better surgical margin results and sphincter muscle preservation. Finally the posterior reconstruction and anastomosis a in a double layer technique (Denonvilliers fascia approximation followed by van Velthoven technique) leads to better watertightness, continence and earlier catheter removal.

### V006

#### **PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA COM PRESERVAÇÃO DO FEIXE VASCLONERVOSO, FÁSCIA ENDOPÉLVICA E LIGAMENTOS PUBOPROSTÁTICOS**

R. CATARINO<sup>1</sup>; A. CARDOSO<sup>1</sup>; C. FERREIRA<sup>1</sup>; D. PEREIRA<sup>1</sup>; T. CORREIA<sup>1</sup>; M. CERQUEIRA<sup>1</sup>; F. CARMO REIS<sup>1</sup>; M. ALMEIDA<sup>1</sup>; R. PRISCO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Hospital Pedro Hispano, Matosinhos

A prostatectomia radical laparoscópica tem sido amplamente utilizada no tratamento do cancro da próstata, e em alguns centros tem substituído quase completamente a cirurgia aberta. A técnica inicial da prostatectomia radical laparoscópica por via extraperitoneal tem sido desenvolvida e melhorada com o objetivo de maximizar os resultados funcionais sem comprometer a eficácia oncológica, originando taxas de continência e função erétil pós-operatórias superiores.

A introdução do procedimento de preservação do feixe vasculonervoso de forma intrafascial tem como objetivo a preservação da fásia e feixes nervosos periprostatóicos através da dissecação próxima da próstata.

Apresentamos um vídeo representando a cirurgia descrita num doente de 69 anos, com PSA de 6ng/ml e grau de Gleason da biópsia prostática de 7 (4+3), unilateral esquerda.

Estudos demonstram que esta técnica apresenta bons resultados funcionais, relativamente a taxas de continência urinária e função erétil, quando comparada com a técnica convencional.

### V007

#### **EXENTERAÇÃO PÉLVICA ANTERIOR LAPAROSCÓPICA – TÉCNICA CIRÚRGICA**

ANDRÉ MARQUES PINTO<sup>1</sup>; JOSÉ SOARES<sup>1</sup>; MANUEL CASTANHEIRA DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; AVELINO FRAGA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar Universitário do Porto

#### **INTRODUÇÃO**

A cistectomia radical laparoscópica é uma técnica desafiante que tem ganho popularidade. Surge como alternativa à cirurgia aberta, procedimento actualmente preconizado no tratamento de carcinomas uroteliais músculo-invasivos e superficiais de muito alto risco. A principal vantagem desta abordagem consiste

# APRESENTAÇÃO CARTAZES E VÍDEOS

## 24 SET | 8.00 - 10.00

numa recuperação pós-operatória mais célere, devido a menores perdas hemáticas intra-operatórias. No entanto, ao contrário da nefrectomia laparoscópica, trata-se de um procedimento não muito comum. Com este trabalho, pretendemos demonstrar a técnica cirúrgica adaptada ao sexo feminino – exenteração pélvica anterior laparoscópica.

### CASO CLÍNICO

Uma mulher de 65 anos, com antecedentes de artrite reumatoide sob corticoterapia, realizou ecografia vesical no estudo de hematúria macroscópica, que revelou uma lesão polipoide na parede póstero-lateral esquerda da bexiga. Foi submetida a RTU-TV, que revelou pT1 de alto grau sem CIS. Recusou seguimento na instituição inicial e foi, depois, orientada ao CHUP para acompanhamento. Realizou nova RTU-TV 6 meses depois, que revelou inúmeras lesões papilares superficiais, que foram ressecadas, tendo revelado pT1 de alto grau, traduzindo doença de muito alto risco. Após TC de estadiamento e apresentação em reunião de grupo multidisciplinar, foi submetida a exenteração pélvica anterior laparoscópica com confecção de conduto ileal. A cirurgia durou 4h15 e registou-se perdas de 300mL. O pós-operatório decorreu de forma favorável e a paciente teve alta ao 8.º dia.

### DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

A cistectomia radical laparoscópica constitui opção terapêutica em centros de grande volume cirúrgico, pela sua complexidade. Para definir o papel da cistectomia radical laparoscópica no tratamento dos carcinomas uroteliais, é necessário realizar estudos comparativos com maiores tempos de seguimento.

### V008

#### LAPAROSCOPIA TRANSPERITONEAL DE TUMORES RENAIS POSTERIORES

RUI LÚCIO<sup>1</sup>; MIGUEL ALMEIDA<sup>1</sup>; JAIME SANTOS<sup>1</sup>; JORGE REBOLA<sup>1</sup>; NUNO VAL<sup>1</sup>; JORGE FONSECA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Fundação Champalimaud

### INTRODUÇÃO

Têm-se vindo a alargar as fronteiras da tumorectomia renal, com ressecções de massas mais complexas e de maior volume. A laparoscopia veio trazer menos morbilidade para o doente, mas a maior curva de aprendizagem cirúrgica. As massas posteriores do rim poderão ser a principal indicação para a

abordagem laparoscópica retroperitoneal, embora seja a via transperitoneal a globalmente mais utilizada pelos urologistas – a principal vantagem desta última é o maior campo de trabalho e maior angulação possível entre instrumentos.

### OBJECTIVOS

Demonstrar a abordagem laparoscópica transperitoneal na cirurgia de tumores posteriores do rim.

### MATERIAL

A título ilustrativo foi realizada uma compilação vídeo de uma abordagem cirúrgica realizada no nosso centro, designadamente por via laparoscópica trans-peritoneal - tumorectomia de duas lesões renais posteriores à esquerda em doente com massas renais bilaterais.

### MÉTODOS E RESULTADOS

Utilizando 4 trocars (2 de 10mm e 2 de 5mm, para trabalhar com pinça bipolar, pinça monopolar, câmara e aspirador) é realizada toda a abordagem anterior do rim: mobilização medial do cólon + baço + cauda do pâncreas e estômago, dissecação do hilo renal (nomeadamente artéria segmentar posterior) e mobilização medial do rim trazendo gordura de Gerota. Após colocação de novo conjunto de trocars, mais altos e posteriores ao rim, é realizada a laqueação da artéria tumoral, dissecação e ressecção das duas massas suspeitas e encerramento dos leitos tumorais com linha de sutura monofilamentar absorvível 3.0. O rim é novamente colocado na sua posição anatómica através da fixação da gordura de Gerota à parede abdominal.

### DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

A abordagem laparoscópica transperitoneal pode ser utilizada nas tumorectomias de massas posteriores do rim. A optimização da angulação dos instrumentos pode justificar a necessidade de portas de acesso adicionais. Prevalece a experiência do cirurgião na seleção dos casos para tumorectomia e na escolha da via de abordagem.

### V009

#### LAPAROSCOPIC SINGLE-SITE PLUS ONE PORT NEPHROURETERECTOMY

ARTUR MANUEL SABUGUEIRO PALMAS<sup>1</sup>; NUNO DOMINGUES<sup>1</sup>; CARLOS SANTOS<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Hospital das Forças Armadas - Serviço de Urologia

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## APRESENTAÇÃO CARTAZES E VÍDEOS

24 SET | 8.00 - 10.00

### INTRODUCTION

Nephroureterectomy (NU) with bladder cuff excision is the gold standart treatment for patients with upper urinary tract urothelial cancer. In this video we report our laparoendoscopic single-site plus one port (LESS POP) technique for NU and bladder cuff excision.

### MATERIAL AND METHODS

Though a Gibson incision on the iliac fossa, a single-port device (Gelpoint, Applied Medical, California, USA), were placed. This platform provides a secure and multichannel access, that allows to perform the surgery and easy extraction of large kidneys. After achieving a pneumoperitoneum, an additional 5mm port, is placed, 2 cm lateral the umbilicus. The standart laparoscopic NU is realized, and the cuff excision with perimeatus cystectomy and limphadenectomy, accomplished though the Gibson incision, on a open fashion. At the end of the procedure, the surgical part is removed by the Gibson incision, and the drain is placed, by the additional 5mm port.

### CONCLUSION

LESS POP NU is feasible, and represents an attractive alternative to conventional laparoscopy and single-port surgery. It combines the common principles of traditional laparoscopy (straight instruments and triangulation) with single-port surgery (cosmesis and minimally invasiveness) resulting in adequate time and short learning curve.

### V010

#### **ADRENALECTOMIA LAPAROSCÓPICA ESQUERDA TRANSPERITONEAL NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE UM FEOCROMOCITOMA**

TIAGO NEVES<sup>1</sup>; JUAN CARLOS MONTEVERDE<sup>1</sup>; LUCIANO PEREIRA<sup>1</sup>; JOÃO MIGUEL REIS<sup>1</sup>; SÉRGIO BATISTA<sup>1</sup>; LEONOR PIRES<sup>1</sup>; JOSÉ SILVA<sup>1</sup>; PAULO VASCO<sup>1</sup>; NUNO FRANCO<sup>1</sup>; JOÃO DIAS<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar Médio Tejo

### INTRODUÇÃO

O feocromocitoma, tumor oriundo de células da crista neural, tem uma incidência anual de 2 a 8 casos por 1 milhão de pessoas, com idade média de diagnóstico aos 45 anos de idade. É responsável por 0.1-0.6% dos casos de HTA não essencial, sendo que actualmente se estima que 75% dos casos são oriundos na

glândula supra-renal e até 30% são englobados em síndromes hereditárias.

### OBJECTIVO

Apresentação de vídeo de adrenalectomia laparoscópica esquerda transperitoneal para tratamento cirúrgico de caso clínico de Feocromocitoma.

### MATERIAL E MÉTODOS

Revisão retrospectiva dos registos clínicos do doente e edição de vídeo resumo do procedimento cirúrgico.

### RESULTADOS E CONCLUSÃO

Apresenta-se vídeo resumido de adrenalectomia laparoscópica esquerda, realizada por via transperitoneal, em doente com 59 anos de idade, com diagnóstico clínico, imagiológico e analítico documentado de feocromocitoma da glândula supra-renal esquerda, na forma não hereditária e com manifestações clínicas predominantemente simpáticas – HTA paroxística, cefaleias e sudorese. O tratamento cirúrgico surge como parte integrante de uma abordagem multidisciplinar de uma patologia endócrina, que necessita de uma estreita relação entre especialidades para correcta preparação pré-operatória, equilíbrio intra-operatório e restabelecimento peri-operatório imediato e tardio de patologia com repercussão multiorgânica. Apresenta-se resumidamente a preparação clínica realizada, salientando-se que o doente estava pré-operatoriamente estabilizado com bloqueio  $\alpha$ -adrenérgico e  $\beta$ -adrenérgico. No intra-operatório a identificação atempada do pedículo vascular venoso revelou-se importante para sua correcta laqueação precoce evitando oscilações tensionais com impacto clínico.

O doente teve alta clínica ao 4º dia de pós-operatório, normotenso.

### V011

#### **NEFRECTOMIA PARCIAL ROBÓTICA - TÉCNICA E RESULTADO**

BRUNO GRAÇA<sup>1</sup>; RUI FORMOSO<sup>1</sup>; MIGUEL LOURENÇO<sup>1</sup>; KRIS MAES<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Hospital da Luz Lisboa

Demonstra-se em vídeo a técnica de nefrectomia parcial robótica usada no Hospital da Luz.

# APRESENTAÇÃO CARTAZES E VÍDEOS

24 SET | 8.00 - 10.00

Trata-se de um tumor do polo superior do rim esquerdo com cerca de 40mm, totalmente endofítico, que necessitou do apoio complementar de ecografia intraoperatória.

## V012

### LAPAROSCOPIC SINGLE-INCISION TRIANGULATED UMBILICAL SURGERY RENAL TUMORECTOMY

ARTUR PALMAS<sup>1</sup>; NUNO DOMINGUES<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Hospital das Forças Armadas

#### INTRODUCTION

The concept of single-incision triangulated umbilical surgery (SITUS) technique uses straight optics and instruments in a triangulated fashion via three 5mm trocars placed through an umbilical incision. This video demonstrate the feasibility of SITUS in selected exophytic renal tumors.

#### MATERIAL AND METHODS

The umbilical fold was incised at three-fourth of its circumference. The pneumoperitoneum was achieved, by a 5mm camera port placed by open technique. Then a cranial 5mm port, and a caudal 5mm port were placed with a distance of 5-10cm, with the aid of two Langenbeck hooks, allowing triangulation in a familiar laparoscopic environment. Using conventional laparoscopic instruments, the intervention was executed like conventional laparoscopic transperitoneal procedures.

#### CONCLUSION

SITUS technique for selected exophytic tumors, is an attractive alternative to conventional laparoscopy and single-port surgery. It combines the common principles of traditional laparoscopy (straight instruments and triangulation) with single-port surgery (cosmesis and minimally invasiveness) resulting in adequate time and short learning curve, in a virtually scarless mode.

## V013

### LINFADENECTOMIA PÉLVICA NO CANCRO DA PRÓSTATA - TÉCNICA E MORBILIDADE

MIGUEL ALMEIDA<sup>1</sup>; JAIME SANTOS<sup>1</sup>; RUI LÚCIO<sup>1</sup>; NUNO VAU<sup>1</sup>; JORGE REBOLA<sup>1</sup>; JORGE FONSECA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Clínico Champalimaud

#### INTRODUÇÃO

A linfadenectomia pélvica bilateral alargada (LPBA) é considerada um acto complementar no tratamento cirúrgico do carcinoma da próstata (CaP) localizado de risco intermédio ou elevado, cuja utilidade como exame de estadiamento é reconhecida, embora de validade terapêutica discutível. Segundo a literatura, tal procedimento acarreta aumento do tempo cirúrgico, prolongamento do tempo de internamento e potenciais complicações peri e pós-operatórias (sendo a mais comum o linfocele assintomático – até 50%).

#### OBJECTIVOS

Pretendem os autores do presente vídeo demonstrar a técnica de LPBA empregue no seu centro (referências anatómicas, limites, método de laqueação linfática, surgical pitfalls comuns), assim como rever sumariamente as complicações associadas a tal procedimento. Serão igualmente analisados potenciais factores preditores de complicações clinicamente significativas directamente atribuíveis à LPBA, nomeadamente de linforreia persistente (drenagem superior a 200mL/dia ao 3º dia de pós operatório) ou linfocele complicado (de dor, infectado ou associado a fenómenos trombo-embólicos).

#### MATERIAL

A título ilustrativo foi realizada uma compilação vídeo de segmentos cirúrgicos realizados no nosso centro, designadamente de LPBA realizadas por via laparoscópica transperitoneal (convencional ou robótica) em contexto de tratamento cirúrgico de CaP. Complementarmente, apresentar-se-á slide com conteúdo estatístico descritivo sumário dos principais resultados obtidos.

#### MÉTODOS E RESULTADOS

Entre Janeiro de 2015 e Abril de 2017 foram submetidos a prostatectomia radical (laparoscópica convencional ou assistida por Robot) um total de 179 doentes, dos quais 84 (47%) foram submetidos complementarmente a LPBA. Desta sub-população (N=84), 33 doentes apresentavam CaP de risco intermédio, 38 de risco elevado e 13 de risco muito elevado (estratificação de risco segundo critérios de D'Amico adaptados). Foi identificada doença histológica ganglionar (pN1) em 14 doentes (17%). Foram removidos em média 13 gânglios à esquerda e 15 gânglios à direita. O incremento de tempo cirúrgico foi de 131min. Registouse um total de 2 complicações peri-operatórias (lesão de nervo

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## APRESENTAÇÃO CARTAZES E VÍDEOS

24 SET | 8.00 - 10.00

obturador; lesão vascular venosa com necessidade de reparação); a taxa global de complicações pós operatórias associadas a LPBA foi de 38%, especificamente, por ordem de prevalência: linforreia persistente em 23 doentes; linfocoele assintomático em 7 doentes, linfocoele sintomático em 1 doente; oclusão intestinal por volvo de ansa ileal aderente a região ilíaca externa à direita em 1 doente (única complicação Grau IIIb Clavien-Dindo). Não foi possível identificar factores pré ou peri-cirúrgicos preditores da ocorrência de linforreia persistente ou linfocoele. A realização de LPBA não parece mostrar tendência a alterar resultados pós-operatórios funcionais, como sendo as taxas de incontinência urinária de esforço e de disfunção eréctil.

### DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

A LPBA constitui um desafio cirúrgico de exequibilidade exigente e morbilidade mínima, embora não desprezável. A taxa de ocorrência de complicações na população tratada no nosso centro está enquadrada e até abaixo dos resultados apresentados na literatura disponível, embora possivelmente sub-avaliada no que respeita à incidência linfocoeles assintomáticos. Consideram os autores premente manter o estudo acerca do potencial terapêutico desta técnica cirúrgica, sobretudo à luz do perfil de segurança ilustrado nos presentes resultados.

### V014

#### CAVOTOMIA E TROMBECTOMIA NUM CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIS ESTÁDIO T3B

PEDRO SIMÕES DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; TITO PALMELA LEITÃO<sup>1</sup>; TIAGO RIBEIRO OLIVEIRA<sup>1</sup>; LUÍS MENDES PEDRO<sup>1</sup>; JOÃO ALMEIDA<sup>1</sup>; PAULO PÉ LEVE<sup>1</sup>; DAVID MARTINHO<sup>1</sup>; TOMÉ LOPES<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - CHLN-Hospital de Santa Maria

### INTRODUÇÃO

O carcinoma de células renais (CCR) com extensão à veia cava inferior (VCI) é infrequente, ocorrendo em 4-10% dos casos. A nefrectomia radical isolada está associada a mau prognóstico, morrendo a maioria dos doentes no prazo de um ano. A associação de trombectomia tumoral da VCI diminui as comorbilidades oncológicas, melhora a qualidade de vida e pode, com frequência, alcançar a cura completa. A estratégia cirúrgica para esta trombectomia é determinada pela localização e extensão do trombo.

### OBJETIVOS

Descrever a técnica passo-a-passo de cavotomia e trombectomia associadas a nefrectomia radical, em contexto de carcinoma de células renais com trombo tumoral estágio T3b.

### MATERIAL

Homem de 63 anos com massa tumoral sólida de 9,5 x 6 x 6 cm ocupando a metade superior do rim esquerdo e trombo tumoral na VCI a 2 cm do óstio da veia renal esquerda (nível I) correspondendo a um estágio clínico T3b.

### MÉTODOS E RESULTADOS

Foi submetido a laparotomia através de uma incisão de chevron. Este procedimento consistiu numa cuidada dissecação e mobilização da VCI. Após identificação da extensão do trombo tumoral, procedeu-se a clampagem da VCI com clampe de Satinsky e incisão da mesma com bisturi. Posteriormente, libertação do trombo tumoral e excisão circunferencial do óstio da veia renal esquerda. O encerramento da veia cava foi realizado com sutura contínua de polipropileno 4-0. De seguida procedeu-se ao isolamento e laqueação da artéria renal esquerda. Finalmente, procedeu-se a nefrectomia radical esquerda em bloc com a veia renal e o trombo tumoral.

### DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Quando não tratados, a sobrevida média dos doentes com CCR avançado e trombo tumoral é de 5 meses, no entanto, a nefrectomia radical associada a remoção do trombo tumoral intravascular consegue alcançar e excisão completa do tumor, com taxas de morbilidade e mortalidade aceitáveis. Uma abordagem multidisciplinar por equipas constituídas por cirurgiões uro-oncológicos e vasculares é essencial na correta abordagem destes doentes.

### V015

#### CIRURGIA RETROPERITONEAL – ENSINAMENTOS DA COLHEITA MULTI-ÓRGÃOS

HUGO ANTUNES<sup>1</sup>; LORENZO MARCONI<sup>1</sup>; MIGUEL ELISEU<sup>1</sup>; MARIA JOSÉ FREIRE<sup>1</sup>; BELMIRO PARADA<sup>1</sup>; ARNALDO FIGUEIREDO

<sup>1</sup> - Serviço de Urologia e Transplantação Renal - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

# APRESENTAÇÃO CARTAZES E VÍDEOS

24 SET | 8.00 - 10.00

## INTRODUÇÃO E OBJECTIVOS

A excisão de massas retroperitoneais e trombos da veia cava inferior (VCI) são cirurgias altamente complexas que deverão ser reservadas a cirurgiões com vasta experiência nesta área. Neste vídeo apresentamos o paralelismo entre técnicas cirúrgicas usadas numa colheita de órgãos e em cirurgias de lesões retroperitoneais.

## MATERIAL E MÉTODOS

São usadas no vídeo imagens de 3 cirurgias diferentes. Mostrámos a cirurgia de um doente de 28 anos com leiomiiosarcoma da VCI com invasão de ambos os hilos renais, a cirurgia de uma doente de 67 anos com uma volumosa neoplasia renal direita com trombose venosa com extensão até à aurícula direita com exérese da VCI adjacente e uma colheita de órgãos (rins e fígado).

## RESULTADOS

Vários passos da colheita de órgãos são idênticos aos usados nas cirurgias de massas retroperitoneais, mostrando-se neste vídeo passos fundamentais da colheita de órgãos e simultaneamente a sua aplicabilidade noutras cirurgias retroperitoneais. Destaca-se então: 1 – Acesso ao retroperitонеu – o peritoneu parietal é seccionado desde a artéria ilíaca externa direita, prolongando-se lateralmente ao colón ascendente até ao ligamento hepatoduodenal. Retrai-se o colón ascendente para o lado esquerdo do abdómen, e executa-se a manobra de Kocher. De seguida libertam-se completamente as ansas de intestino delgado do retroperitонеu, desde os vasos ilíacos direitos até à artéria mesentérica superior (AMS). Posteriormente secciona-se a linha branca de Toldt esquerda. Nesta fase temos uma boa exposição da aorta abdominal abaixo da AMS, da VCI, rins, ureteres, vasos ilíacos, porção posterior do duodeno e cabeça do pâncreas. 2 – Controlo dos grandes vasos – a artéria aorta e a VCI são dissecadas desde a sua bifurcação até ao fígado e AMS, respectivamente. A artéria mesentérica inferior é identificada e laqueada. A AMS é dissecada e separada do plexo celiaco. A aorta abdominal e a VCI após dissecação são, nas colheitas de órgãos, controlados com dois fios de laqueação junto à sua bifurcação. 3- Mobilização hepática – para permitir a mobilização do lobo esquerdo do fígado, secciona-se o ligamento triangular. Nesta fase, o pequeno omentum deve ser inspeccionado para excluir a presença de uma artéria hepática acessória. A incisão do pequeno omentum deve ser realizada perto do estômago de forma a evitar lesões iatrogénicas de uma possível artéria

hepática esquerda acessória. O esófago é dissecado, envolto por um fio vascular e retraído para o lado esquerdo do abdómen, permitindo desta forma acesso ao pilar direito do diafragma que deve então ser seccionado. Nesta fase, será possível visualizar a aorta supra-celiaca que será dissecada e isolada. Nas imagens das outras duas cirurgias retroperitoneais verifica-se que estes passos da colheita de órgãos são similarmente utilizados na preparação do campo cirúrgico para permitir a excisão das lesões em causa.

## CONCLUSÃO

A abordagem cirúrgica deste tipo de tumores requer cirurgiões altamente especializados com experiência em cirurgia vascular, oncológica e urológica. A colheita de órgãos, por ter várias técnicas cirúrgicas comuns a este tipo de cirurgias, representa para os cirurgiões que a realizam, uma mais-valia na abordagem de lesões retroperitoneais complexas.

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## APRESENTAÇÃO VÍDEOS

22 SET | 16.45 - 17.45

### VÍDEOS

#### V016

##### LINFADENECTOMIA INGUINAL NO TUMOR DO PÊNIS

PEDRO SIMÕES DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; TIAGO RIBEIRO OLIVEIRA<sup>1</sup>; EDUARDO SILVA<sup>2</sup>; RODRIGO RAMOS<sup>2</sup>; JOÃO GOMES<sup>2</sup>; ANATOLY SANDUL<sup>1</sup>; SÉRGIO PEREIRA<sup>1</sup>; DAVID MARTINHO<sup>1</sup>; TOMÉ LOPES<sup>1</sup>

1 - CHLN-Hospital de Santa Maria; 2 - IPO Lisboa

#### INTRODUÇÃO

O tumor do pênis (TP) é uma doença rara com uma incidência de 1 por cada 100,000 homens. A presença de metástases nas cadeias linfáticas regionais é um dos mais importantes fatores prognósticos na sobrevida a longo prazo, no entanto, quando a doença é confinada a estas localizações, é possível alcançar a cura, pelo que a abordagem destas lesões é fundamental no contexto oncológico. A avaliação das adenopatias inguinais assenta no exame físico, sendo mandatório discriminar a presença de adenopatias, lateralidade, número, dimensão, mobilidade ou fixação a estruturas adjacentes. Quando positivas, o tratamento de eleição é a linfadenectomia inguinal radical (LIR) que não deve ser desvalorizada por receio das comorbilidades associadas, uma vez que da mesma depende a sobrevivência dos doentes.

#### OBJETIVOS

Descrever a técnica passo-a-passo de LIR, em contexto de tumor do pênis com adenopatias inguinais palpáveis.

#### MATERIAL

Homem de 74 anos submetido previamente a penectomia parcial por tumor do pênis com diagnóstico histológico de carcinoma escamoso e adenopatias inguinais palpáveis bilateralmente, nomeadamente três gânglios à direita e dois gânglios à esquerda, todos móveis, correspondendo a um estágio T3N2M0.

#### MÉTODOS E RESULTADOS

Foi submetido a LIR bilateral via aberta. Este procedimento consistiu numa inicial marcação cutânea específica, 2 cm abaixo da linha entre a espinha íliaca antero-superior e tubérculo púbico, com inicial sacrifício de segmento cutâneo de forma a evitar a respetiva necrose. Procedeu-se a disseção fria com

lâmina e tesoura de forma a mobilizar e isolar o conglomerado adenopático com revisão de hemostase e laqueação linfática cuidadas de modo a evitar a formação de linfocele. Esta disseção foi realizada em profundidade até à fáscia lata e músculo pectíneo, e os limites foram respetivamente: ligamento inguinal superiormente, cruzamento entre músculo sartório e músculo adutor longo inferiormente, músculo adutor medialmente e músculo sartório lateralmente. Do lado direito, dado volumoso envolvimento adenopático, foi realizada laqueação da veia safena magna de necessidade. Foi ainda realizada transposição do músculo sartório com ancoragem do mesmo ao ligamento inguinal, em posição mais medial. De seguida, procedeu-se à colocação de dois drenos jackson-pratt bilateralmente, num total de quatro drenos. Finalmente foi realizado encerramento cutâneo com aproximação dos bordos usando pontos simples, sem tensão.

#### DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

A LIR está associada a elevada comorbilidade que pode chegar a 50% dos doentes. Estas comorbilidades consistem em infeção da ferida (1,2-1,4%), necrose cutânea (0,6-4,7%), linfedema (5-13,9%) e linfocele (2,1-4%), pelo que é necessário uma abordagem cuidada no pós-operatório quer na vigilância da ferida, quer na aplicação de medidas de drenagem. Tendo em conta a capacidade curativa desta técnica em contexto oncológico, a sua utilização é mandatória em doentes com tumor do pênis e adenopatias inguinais palpáveis.

#### V017

##### FIBROSE RETROPERITONEAL – ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA

NUNO RAMOS<sup>1</sup>; CELSO MARIALVA<sup>1</sup>; VANESSA METROGOS<sup>1</sup>; JOÃO PAULO ROSA<sup>1</sup>; NELSON MENEZES<sup>1</sup>; RENAUD BOLLENS<sup>2</sup>

1 - Hospital Garcia de Orta; 2 - Groupe Hospitalier de L'Institut Catholique de Lille

#### INTRODUÇÃO

A fibrose retroperitoneal (FRP) é uma entidade rara, caracterizada pela presença de um processo fibrótico retroperitoneal com uma evolução clínica insidiosa.

A etiologia é considerada idiopática em cerca de dois terços dos casos, estando os restantes associados a fármacos, infeções crónicas, tumores, radioterapia, trauma, entre outros.

# APRESENTAÇÃO VÍDEOS

## 22 SET | 16.45 - 17.45

A apresentação clínica mais frequente decorre da obstrução ureteral e o diagnóstico é sugerido pela demonstração de uropatia obstrutiva secundária à compressão extrínseca dos ureteres. Apesar desta entidade estar descrita há mais de um século, a sua abordagem terapêutica ainda não está totalmente definida. Segundo alguns autores, o tratamento inicial deverá ser médico com recurso a corticoterapia e, em alguns casos, imunossuppressores.

A abordagem cirúrgica deve ser considerada como segunda linha, após falha da terapêutica médica. A cirurgia pode ser realizada por uma abordagem aberta, laparoscópica ou robótica. Independentemente da via de abordagem, deve-se proceder à libertação ureteral do tecido fibrótico envolvente, bem como à sua proteção, tentando assim prevenir a recorrência. Foram descritas várias técnicas cirúrgicas, incluindo a intraperitonealização ureteral e o envolvimento (wrapping) ureteral com retalho pediculado de epíloon.

### OBJETIVOS

Descrever o tratamento cirúrgico da FRP por abordagem laparoscópica, com recurso a retalho pediculado de epíloon.

### MATERIAL E MÉTODOS

Revisão do caso clínico de um paciente com fibrose retroperitoneal submetido a tratamento cirúrgico por via laparoscópica.

### RESULTADOS

Os autores descrevem no vídeo o caso de um paciente de 63 anos do sexo masculino, com FRP e compressão do ureter direito a nível lombar com ureterohidronefrose associada. Após falência da terapêutica médica, o doente foi proposto para tratamento cirúrgico. A cirurgia foi realizada por via laparoscópica, através de uma abordagem transperitoneal e com a utilização de 4 trocartes. Após a libertação cuidadosa do ureter da extensa massa fibrótica procede-se à criação de um retalho pediculado epíloon. Posteriormente, o ureter é envolvido neste retalho, como forma de prevenção da recorrência clínica.

### DISCUSSÃO

Embora rara, a FRP é uma causa importante de uropatia obstrutiva, constituindo o seu tratamento um desafio para o Urologista. Com este trabalho, os autores procuram demonstrar que a presente abordagem cirúrgica permite uma proteção ureteral adequada com possíveis vantagens face à intraperitonealização clássica,

associada aos benefícios de uma abordagem minimamente invasiva.

### V018

#### **"REDO" URETROPLASTIA ANASTOMÓTICA POSTERIOR**

PEDRO SIMÕES DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; TIAGO RIBEIRO OLIVEIRA<sup>1</sup>; DAVID MARTINHO<sup>1</sup>; SANDRÓ GASPAR<sup>1</sup>; JOÃO FELÍCIO<sup>1</sup>; PAULO PÉ LEVE<sup>1</sup>; ANATOLY SANDUL<sup>1</sup>; FRANCISCO MARTINS<sup>1</sup>; TOMÉ LOPES<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - CHLN-Hospital de Santa Maria

### INTRODUÇÃO

A Uretroplastia anastomótica é um procedimento bem estabelecido no tratamento de estenoses da uretra posterior. Esta reconstrução cirúrgica requer uma avaliação cuidadosa, identificação e abordagem de ambos topos uretrais, incisão e excisão do tecido fibrótico e uma anastomose sem tensão. A cirurgia de revisão é tecnicamente mais difícil, geralmente complicada de perda de tecido uretral adicional. No entanto, recorrendo a certas manobras, é possível corrigir defeitos de maior extensão. A uretra bulbar é naturalmente elástica podendo ser alongada por 1-2 cm, a retificação da curva natural da uretra bulbar permite uma extensão adicional de 2-4 cm. Quando estas manobras não são suficientes, a separação do crura e a pubectomia inferior permitem encurtar o trajeto da uretra diminuindo a separação entre os topos uretrais de forma a conseguir uma anastomose sem de tensão.

### OBJETIVOS

Apresentar um caso de um doente submetido a uretroplastia anastomótica posterior de revisão após fracasso de um primeiro procedimento.

### MATERIAL

Homem de 70 anos submetido, nove anos antes, a braquiterapia por adenocarcinoma da próstata. Posteriormente, arrancamento traumático de algália tendo desenvolvido uma estenose recorrente da uretra bulbomembranosa tratada com uretrotomia interna sob visão por cinco ocasiões e posteriormente com uretroplastia anastomótica posterior.

Recidiva de estenose da uretra a nível prostático com desenvolvimento de duas fistulas uretro-cutâneas a nível escrotal.

## APRESENTAÇÃO VÍDEOS

22 SET | 16.45 - 17.45

### MÉTODOS E RESULTADOS

Procedeu-se a revisão cirúrgica a través de incisão mediana perineal com colocação prévia de fio-guia via endoscópica. Identificação, mobilização e secção da uretra bulbar. Excisão do tecido fibrótico até uretra saudável. Separação crural, exposição do periosteo e pubectomia inferior com posterior espatulação uretral e anastomose sem tensão.

### DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Não existe nenhum protocolo estabelecido para o tratamento de uretroplastia anastomótica fracassada. O tratamento varia desde uretrotomia interna até reconstrução cirúrgica via aberta, sendo usados arbitrariamente.

Embora as recidivas sejam mais difíceis de tratar e a cirurgia de revisão seja tecnicamente mais desafiante, quando ressecado todo o tecido fibrótico e usadas manobras específicas, esta abordagem apresenta bons resultados, devendo ser o tratamento de eleição em doentes selecionados.

### V019

#### **MINI-NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA PEDIÁTRICA – O DESAFIO DA TÉCNICA**

ANDRÉ MARQUES PINTO<sup>1</sup>; DANIEL OLIVEIRA REIS<sup>1</sup>; MANUEL CASTANHEIRA DE OLIVEIRA<sup>1</sup>;  
ARMANDO REIS<sup>1</sup>; VÍTOR CAVADAS<sup>1</sup>; AVELINO FRAGA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar Universitário do Porto

### INTRODUÇÃO

A urolitíase é uma patologia de grande prevalência, podendo atingir todas as faixas etárias, quando se verifica um conjunto de condições propícias à formação de cálculos urinários. A litíase renal acarreta morbilidade, estando associada a infeções do tracto urinário de repetição e a obstrução renal, com possíveis consequências deletérias na função renal a longo prazo. Actualmente, a nefrolitotomia percutânea, constitui a abordagem cirúrgica mais comum de cálculos coraliformes, permitindo a eliminação completa do cálculo de forma pouco invasiva. Na idade pediátrica, nomeadamente na primeira infância, trata-se de um procedimento tecnicamente desafiante.

### CASO CLÍNICO

Uma criança do sexo masculino de 19 meses foi orientada à consulta externa de Urologia Pediátrica devido a um cálculo coraliforme à direita. Como antecedentes de relevo, salienta-se 32

um episódio de pielonefrite aguda a P. mirabilis aos 8 meses. Na ecografia renovesical, observava-se focos hiperecogénicos sem cone de sombra, podendo corresponder a papilas renais hipertróficas. Registou-se novo episódio de pielonefrite aguda a P. mirabilis aos 15 meses e, em novo estudo ecográfico, foi detectado cálculo coraliforme de 18mm no rim direito. Realizou, então, estudo metabólico, que não apresentou alterações, e TC de planeamento. A cirurgia decorreu em posição de litotomia com elevação do flanco direito. Após cateterismo uretral retrógrado 4,8F e injeção de contraste, foi puncionado o cálice inferior posterior do rim com controlo fluoroscópico e ecográfico. O tracto foi dilatado a 10F e a 16,5-17,5F e, seguidamente, procedeu-se a fragmentação de cálculo com litriptor LASER 270 (total 1,9kJ) e remoção dos fragmentos com efeito vacuum cleaner. Realizada nefroscopia flexível que confirmou ausência de litíase residual, e procedeu-se à colocação de cateter ureteral. O pós-operatório decorreu sem intercorrências, tendo tido alta ao 4.º dia. A análise química do cálculo revelou 90% de apatite e 10% de estruvite. O cateter foi removido ao 19.º dia. Não se verificou novo episódio de infeção do tracto urinário. O lactente aguarda realização de CUMS e eventual tratamento endoscópico de refluxo vesicoureteral.

### CONCLUSÃO

A mini-nefrolitotomia percutânea constitui opção terapêutica para cálculos volumosos, mesmo em idades muito jovens, sendo tecnicamente mais complexa. Após o procedimento, é fundamental tomar medidas de correção de forma a debelar a formação de novos cálculos.

### V020

#### **ABORDAGEM ENDOSCÓPICA MINIMAMENTE INVASIVA E FASEADA NO TRATAMENTO DE UM CÁLCULO URETERAL COM 11.5 CM.**

PEDRO SIMÕES DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; TIAGO RIBEIRO OLIVEIRA<sup>1</sup>; DAVID MARTINHO<sup>1</sup>; JOANA ALFARELOS<sup>1</sup>;  
JÓÃO ALMEIDA<sup>1</sup>; TOMÉ LOPES<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - CHLN-Hospital de Santa Maria

### INTRODUÇÃO

A urolitíase é uma das doenças mais comuns. A litíase ureteral tem uma incidência na população que pode chegar aos 15%, e representa 20% dos casos de urolitíase. O tratamento tem

# APRESENTAÇÃO VÍDEOS

## 22 SET | 16.45 - 17.45

como objetivo a completa remoção dos cálculos com a menor morbidade associada. As opções terapêuticas incluem litotricia extracorpórea por ondas de choques (LEOC), ureterorenoscopia (URS), nefrolitotomia percutânea anterógrada ou ureterolitotomia via laparoscópica ou aberta.

A escolha da opção terapêutica é determinada pela localização, tamanho e composição dos cálculos, bem como por condições associadas e fatores de risco dos doentes.

Cálculos de grandes dimensões estão associados a tratamentos mais complexos e com maior morbidade, cuja escolha não se apresenta sempre linear. No entanto, esta escolha deve ser determinada pela menor complexidade do procedimento e menor morbidade associada.

### OBJETIVOS

Apresentar um caso de uma doente com um cálculo ureteral de 11.5 cm, tratado exclusivamente através de uma abordagem minimamente invasiva faseada.

### MATERIAL

Mulher de 69 anos com cálculo no ureter direito distal com 11.5 cm de longitude, impactado, condicionando ureterohidronefrose a montante. Foi submetida, em contexto de urgência, a colocação de nefrostomia percutânea.

### MÉTODOS E RESULTADOS

Submetida, como tratamento definitivo do cálculo, a URS semi-rígida e litotricia com laser Holmium:YAG, com fragmentação parcial do cálculo. Por impossibilidade de progressão de fio-guia, não foi colocado cateter ureteral duplo J. Dois meses mais tarde foi submetida a uma segunda URS semi-rígida. Intra-operatariamente, identificação de cálculo impactado a nível do meato ureteral, tendo-se procedido a tutorização ureteral com passagem de fio-guia de forma anterógrada, através de nefrostomia. Procedeu-se a fragmentação parcial do cálculo e deixou-se cateter ureteral duplo J 6/26 Fr. Um mês mais tarde, o cálculo residual de 3 cm, havia migrado para o grupo calicial inferior do rim direito, tendo-se procedido a RIRS (Retrograde IntraRenal Surgery) flexível e litotricia com laser Holmium:YAG, com fragmentação parcial, tendo ficado um cálculo residual de 1 cm de dimensão.

Foi posteriormente submetida a LEOC, apresentando-se três meses mais tarde, "stone-free".

### DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Cálculos ureterais de dimensões extremas apresentam um desafio terapêutico. Historicamente, a ureterolitotomia cirúrgica via laparoscópica ou mesmo aberta eram consideradas tratamentos de primeira linha neste casos.

Com o advento dos procedimentos endourológicos minimamente invasivos e mais recentemente o laser Holmium:YAG, estes casos podem ser tratados de forma eficaz, mais simples, com menor morbidade associada, combinando múltiplos procedimentos, com taxas de sucesso semelhantes e menores tempos cirúrgicos e de hospitalização.

### V021

#### **LITÍASE EM RIM EM FERRADURA EM DOENTE COM URETER REIMPLANTADO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

DIOGO NUNES-CARNEIRO<sup>1</sup>; RUI OLIVEIRA<sup>2</sup>; VÍTOR CAVADAS<sup>1</sup>

1 - Centro Hospitalar do Porto; 2 - Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

### INTRODUÇÃO

O Rim em Ferradura (ReF) é das anomalias renais congénitas mais frequentes com uma incidência de 1 caso em cada 400-1600 nascimentos. A litíase é um fenómeno comum em doentes com esta condição, tendo uma incidência que varia entre os 20-80%. Apesar da explicação mais frequentemente proposta para este fenómeno ser o comprometimento na drenagem da urina, pelas questões anatómicas, o mecanismo exato desta patologia ainda não é claro.

### CASO CLÍNICO

É apresentado o caso de uma mulher de 44 anos, hipertensa e com história de cirurgia na infância de reimplantação do ureter esquerdo.

Recorreu à consulta por queixas de dor lombar à esquerda, com irradiação anterior com 2 semanas de evolução sem história de febre, hematúria ou sintomas urinários baixos.

Analicamente não apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios e a função renal encontrava-se preservada.

A ecografia revelou a presença de ReF com ectasia calicial à esquerda causada por focos litíasicos, o maior com 9mm.

Na TC foi descrito ReF, com fusão dos pólos inferiores na linha média. No polo superior do hêmi-rim esquerdo observaram-se

## APRESENTAÇÃO VÍDEOS

22 SET | 16.45 - 17.45

dois focos litíasicos com 12 e 10mm de diâmetro com densidade média de 1000HU com ligeira proeminência calicial. O cólon encontrava-se em posição retro-renal. Observou-se ainda uma calcificação grosseira na raiz do mesentério com 2,4cm traduzindo provável adenopatia calcificada.

Dada a história de cirurgia de reimplantação do ureter esquerdo foi feita uma cistoscopia tendo sido possível identificar o meato ureteral desse lado medialmente ao meato ureteral direito levantando-se a hipótese da doente ter sido submetida a uma reimplantação uretero-vesical de Cohen.

Foi proposta uma ureterorenoscopia com fragmentação dos cálculos a LASER.

Iniciou-se o procedimento com a introdução de um fio guia hidrofílico até ao aparelho excretor alto. A pielografia retrógrada revelou um atraso no preenchimento dos grupos caliceais médio e superior do hemi-rim esquerdo.

Durante a endoscopia constatou-se que o infundíbulo que daria acesso aos cálices em questão tinha um calibre pequeno sendo difícil fazer passar o aparelho em segurança. Foi colocado um fio guia de segurança e colocada a baihna ureteral acima do aperto tendo sido feito assim o acesso aos cálices. As peças litíasicas foram identificadas e fragmentadas com fibra LASER 200µm com uma energia média de 6J e uma frequência média de 14Hz num total de 20497 disparos. Os fragmentos foram removidos com um basket 1.3Fr 120cm.

No final foi possível inspecionar todo o aparelho excretor incluindo o ureter não tendo sido identificados fragmentos de tamanho significativo. Foi deixado um cateter ureteral duplo J 6Fr, 26cm.

O procedimento durou 1h e 15m sendo que o pós-operatório decorreu sem intercorrências. A doente teve alta 24h após o procedimento com a urina clara e sem queixas.

### CONCLUSÕES

O ReF apresenta-se como um desafio ao tratamento da litíase. Neste caso, a localização do cólon impedia um acesso anterógrado e a cirurgia intra-renal retrógrada surgiu como a melhor opção, no entanto, é fundamental o domínio da técnica e dos materiais usados. Tais procedimentos devem ser realizados por equipas experientes e em centros de grande volume.

### V22

#### MICRO-URETEROSCOPIA NO TRATAMENTO DA LITÍASE DO URETER TERMINAL DE UMA CRIANÇA

DIOGO NUNES-CARNEIRO<sup>1</sup>; ANDRÉ MARQUES-PINTO<sup>1</sup>; ARMANDO REIS<sup>1</sup>; AVELINO FRAGA<sup>1</sup>; VÍTOR CAVADAS<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar do Porto

### INTRODUÇÃO

Nos últimos anos tem sido feito um esforço com vista à miniaturização do material endoscópico usado quer no diagnóstico quer no tratamento da litíase renal e ureteral.

Um dos aspetos mais importantes no tratamento da litíase ureteral é o dano do ureter e as suas consequências. Quando estamos perante doentes em idade pediátrica acresce a dificuldade de encontrar equipamento adaptado às características anatómicas destes doentes.

Este trabalho apresenta uma alternativa ao tratamento da litíase do ureter terminal de doentes em idade pediátrica, usando um acesso ureteral de 4.8Fr, descrito como micro-ureterosopia (mURS).

Este procedimento realiza-se através de uma agulha, que contém uma ótica 0.9mm de diâmetro com ângulo de 120° e um canal de trabalho, com diâmetro externo de 1.6mm e 27cm de comprimento.

Este aparelho, tendo em conta o seu comprimento, permite tratar cálculos a curta distância do meato uretral. Além disso, o seu calibre permite pequenas pressões no aparelho urinário, diminuindo o risco de hemorragia, sépsis e rutura do excretor.

### CASO CLÍNICO

Indivíduo do sexo masculino, 7 anos, com história de nascimento prematuro (29 semanas), com cardiopatia congénita e hipertensão pulmonar associada.

Por agravamento da função renal realizou ecografia reno-vesical que evidenciou ureterohidronefrose à esquerda, causada por um cálculo de 10mm a aproximadamente 13mm da junção uretero-vesical. O exame microbiológico de urina era estéril.

O doente foi submetido a mURS esquerda com litotricia laser de cálculo de aproximadamente 8mm a 5cm da junção uretero-vesical. A peça litíásica foi fragmentada com uma energia média de 0.5J a 12Hz num total de 23241 disparos correspondendo a uma energia total de 12514J.

# APRESENTAÇÃO VÍDEOS

## 22 SET | 16.45 - 17.45

No final do procedimento não foi visível qualquer dano no ureter, no entanto, foi colocado um cateter ureteral duplo J, dada a impossibilidade de remoção dos fragmentos de maiores dimensões.

O procedimento durou aproximadamente 45 minutos não tendo sido descritas intercorrências e tendo o doente ficado stone-free. O doente teve alta nas primeiras 24h após o procedimento com fácil controlo da dor e sem complicações do procedimento.

### CONCLUSÃO

A mURS é uma técnica segura e eficaz no tratamento de litíase do ureter terminal em crianças. As dimensões do aparelho conferem uma série de vantagens que fazem desta técnica uma alternativa promissora ao tratamento da litíase do ureter terminal em mulheres e em doentes em idade pediátrica.

### V023

#### **NEUROMODULAÇÃO SAGRADA NO TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO DO TRATO URINÁRIO INFERIOR: TÉCNICA EM DUAS FASES.**

PEDRO SIMÕES DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; TIAGO RIBEIRO OLIVEIRA<sup>1</sup>; CAROLINA PONTE<sup>1</sup>; DAVID MARTINHO<sup>1</sup>; RICARDO PEREIRA E SILVA<sup>1</sup>; JOSÉ PALMA REIS<sup>1</sup>; PEDRO BARROS<sup>1</sup>; TOMÉ LOPES<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - CHLN-Hospital de Santa Maria

### INTRODUÇÃO

A neuromodulação sagrada (NMS) foi desenvolvida nos anos 80 por Tanagho e Schmidt tornando-se num tratamento bem estabelecido e amplamente aceite nas disfunções do trato urinário inferior nomeadamente, bexiga hiperativa refratária, síndrome de urgência-frequência, retenção urinária crónica não obstrutiva e ainda incontinência fecal crónica. Embora o seu mecanismo não seja completamente conhecido, é sugerido que atua nas vias aferentes somáticas das raízes espinhais que, por sua vez, modulam as vias da micção e continência no sistema nervoso central.

### OBJETIVOS

Descrever a técnica passo-a-passo de NMS em duas fases no tratamento da disfunção do trato urinário inferior.

### MATERIAL

Mulher de 80 anos com bexiga hiperativa idiopática refratária à terapêutica com anticolinérgicos e posteriormente a onabotulinumtoxinA. Foi submetida a NMS em duas fases.

### MÉTODOS E RESULTADOS

A NMS em duas fases consiste numa fase de teste (FT) e numa fase definitiva. A FT é realizada sob anestesia local com o doente em decúbito ventral e elevação da anca a 30°. Recorrendo a fluoroscopia, assinalam-se a linha média da coluna sagrada e as incisuras isquiáticas maiores bilateralmente, e identifica-se o ponto de interseção destas estruturas. Partindo deste ponto, o local de punção percutânea é calculado deslocando-se 2 cm lateralmente e cranealmente. A agulha deve ter um ângulo de entrada de 60° com a pele. Uma vez comprovada por fluoroscopia a correta posição da agulha em S3, procede-se à estimulação elétrica, considerando-se positiva quando se obtém resposta motora por parte do doente, consistindo em contração do esfíncter anal e flexão e rotação externa do pé, bem como resposta sensitiva referida pelo doente a nível pélvico. Procede-se por ordem sequencial a, retirada do estilete da agulha, introdução do guia, remoção da agulha, introdução do dilatador (introdutor), remoção do guia e introdução do eletrodo quadrípolar (tined lead) até correta ancoragem em S3. Nesta fase é realizada nova estimulação elétrica de cada eletrodo individualmente e comprovação de resposta positiva. O introdutor é retirado deixando o eletrodo colocado. Posteriormente é realizada uma bolsa subcutânea na região supero-lateral da nádega e, com ajuda de um tunelizador, o fio do eletrodo é transferido subcutaneamente até esta bolsa, onde é feita a ligação ao conector externo, cuja extremidade é levada para o exterior por uma segunda incisão adjacente.

Após uma FT de pelo menos duas semanas, procede-se à reavaliação sintomática com recurso a diário miccional e perceção referida pelo doente. Caso se verifique uma melhoria sintomática superior a 50%, procede-se à fase definitiva. Sob anestesia local, é realizada incisão cutânea sobre a bolsa subcutânea previamente realizada, é identificada a conexão prévia, desacopla-se o eletrodo do conector externo e conecta-se ao neuromodulador definitivo (gerador de impulsos). De seguida é ampliada a bolsa subcutânea de modo a albergar este dispositivo. Para finalizar é realizado teste de impedâncias e programação.

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## APRESENTAÇÃO VÍDEOS

22 SET | 16.45 - 17.45

### DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Embora o seu mecanismo não seja de todo conhecido, a NMS representa um tratamento minimamente invasivo com resultados funcionais consistentes a longo prazo e uma baixa incidência de efeitos adversos assumindo um papel preponderante e indispensável quando as demais terapêuticas falham.

### V024

#### ANGIOEMBOLIZAÇÃO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA RENAL PÓS NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA

MÁRIO LOURENÇO<sup>1</sup>; JOÃO COSTA<sup>2</sup>; EDGAR TAVARES-SILVA<sup>3</sup>; PAULO DONATO<sup>3</sup>; VÍTOR CARVALHEIRA<sup>3</sup>; ARNALDO FIGUEIREDO<sup>3</sup>; FILIPE CASEIRO-ALVES<sup>3</sup>

<sup>1</sup> - Instituto Português de Oncologia - Coimbra; <sup>2</sup> - Serviço de Radiologia, CHUC; <sup>3</sup> - Serviço de Urologia e Transplantação Renal, Coimbra

### INTRODUÇÃO

Com a generalização dos exames de imagem, o número de neoplasias renais detectados em fases precoces tem vindo a aumentar, levando a abordagens cirúrgicas menos invasivas, com especial destaque para a nefrectomia parcial laparoscópica (NPL). As complicações major mais comuns da NPL são a hemorragia perioperatória e a fístula urinária. A formação de pseudoaneurismas e de fístulas arteriovenosas (FAV) são complicações raras, embora se possam associar a grande morbilidade.

### DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Doente submetido a nefrectomia parcial direita laparoscópica por lesãoquistica complexa do polo superior do rim direito, sem intercorrências. No 7º dia pós-operatório, recorre ao Serviço de Urgência por hematúria macroscópica. Realizou ecografia renal que objectivou coleção perirrenal compatível com hematoma. Nesse contexto realizou Angio-TC que para além de um hematoma perirrenal de 5,3 x 2,7cm, objectivou um pseudoaneurisma da artéria renal direita com 1,1 cm, sem sinais de hemorragia activa. Após discussão multidisciplinar, foi decidida a realização urgente de angioembolização da lesão pela equipa de Radiologia de Intervenção, que no decorrer do exame detectou uma FAV entre o ramo segmentar renal direito e a veia cava inferior, impedindo a correcta vascularização arterial renal. Como tratamento, foi seleccionado o ramo arterial da FAV e posteriormente embolizado através da colocação de amplatzer-plug.

Realizou controlo imagiológico por angio-TC 3 dias depois do procedimento, não se visualizando imagens sugestivas de FAV.

### DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A angioembolização de FAV pós nefrectomia parcial tem alta taxa de sucesso e deve ser considerado um tratamento de primeira linha.

### V025

#### URETEROSCOPIA DIAGNÓSTICA – URETERITE CÍSTICA

ANDRÉ MARQUES PINTO<sup>1</sup>; DIOGO NUNES CARNEIRO<sup>1</sup>; JOÃO CABRAL<sup>1</sup>; VÍTOR CAVADAS<sup>1</sup>; AVELINO FRAGA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar Universitário do Porto

### INTRODUÇÃO

A ureterite cística (UC) é uma patologia benigna rara, atingindo predominantemente mulheres adultas. Na literatura, existem poucos casos descritos e a etiologia desta doença é obscura, existindo, no entanto, possível associação com infecções urinárias de repetição e urolitase. Na maioria dos casos, a UC consiste num achado imagiológico de numerosos defeitos uniformes de preenchimento do ureter, poupando o bacinete. Os principais diagnósticos diferenciais são carcinoma urotelial multifocal, coágulos e gás (de origem iatrogénica ou em bactérias produtoras de gás). A ureteroscopia é um exame fundamental para a exclusão de carcinoma urotelial. A UC apresenta-se como múltiplos quistos viscosos sem hipervascularização. No exame histológico, a UC consiste em áreas de metaplasia glandular secundária a inflamação crónica sem potencial de malignização. O crescimento epitelial e invaginação da mucosa leva à formação dos característicos quistos de von Brunn. O tratamento da UC pode incluir dilatação ureteral, destruição mecânica dos quistos, instilação de nitrato de prata e antibioterapia de longa duração. Actualmente, na ausência de infecção activa ou obstrução, preconiza-se tratamento conservador.

### CASO CLÍNICO

Uma mulher de 75 anos foi referenciada à consulta externa de Urologia por queixas urinárias baixas de armazenamento com cerca de um ano de evolução, refractária a múltiplos ciclos de antibioterapia, com múltiplas uroculturas estéreis. O estudo ecográfico revelou dois cálculos renais pericentimétricos à direita e a TC confirmou a presença de um cálculo de 10mm no cálice

# APRESENTAÇÃO VÍDEOS

**22 SET | 16.45 - 17.45**

médio posterior direito e outro cálculo de 12mm no cálice inferior posterior direito; evidenciou, ainda, espessamento ureteral difuso nos dois terços superiores do ureter sem obstrução aparente. Na ureteroscopia, identificou-se múltiplos quistos no ureter lombar, até à junção pieloureteral, que se biopsou. O exame histológico confirmou o diagnóstico de UC. Numa segunda intervenção, um mês depois, procedeu-se a litotricia LASER dos cálculos e à destruição mecânica e LASER da maioria dos quistos. Ambos os procedimentos decorreram sem complicações e a paciente teve alta no dia seguinte nas duas ocasiões. Após 4 semanas, o cateter ureteral foi removido e a paciente mantém-se assintomática. A TC de seguimento aos três meses mostra irregularidades ureterais residuais na fase excretora, sem imagens de litíase.

## **CONCLUSÃO**

A UC é uma entidade a considerar no diagnóstico diferencial de defeitos de preenchimento ureteral, embora se trate de uma patologia benigna rara. Os exames imagiológicos devem ser complementados por ureteroscopia e biópsia. O tratamento da UC deve incluir a abordagem de quaisquer causas subjacentes de inflamação crónica (infecção, litíase). Na ausência de infecção/litíase, é recomendado tratamento conservador.

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## APRESENTAÇÃO CARTAZES

23 SET | 8.00 - 9.45

### CARTAZES

#### C007

#### **A IMPORTÂNCIA DOS FATORES ANATOMOPATOLÓGICOS NA RECIDIVA BIOQUÍMICA APÓS PROSTATECTOMIA RADICAL.**

NUNO RAMOS<sup>1</sup>; CELSO MARIALVA<sup>1</sup>; VANESSA METROGOS<sup>1</sup>; JOÃO PAULO ROSA<sup>1</sup>; NELSON MENEZES<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Hospital Garcia de Orta

#### INTRODUÇÃO

O cancro da próstata é a neoplasia mais frequente no homem, apresentando um elevado impacto social e económico.

Apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento desta patologia, até 40% dos pacientes submetidos a tratamento com intuito curativo, poderão apresentar recidiva bioquímica.

O PSA pós-operatório, o Score de Gleason e as características anatomopatológicas da peça cirúrgica têm sido citados como preditores de recidiva tumoral. A invasão tumoral da cápsula prostática e/ou vesículas seminais, as margens cirúrgicas positivas, a invasão perineural e o envolvimento dos gânglios linfáticos, têm sido alvo de estudos recentes.

#### OBJETIVOS

Avaliar os fatores anatomopatológicos implicados na recidiva bioquímica do cancro da próstata após prostatectomia radical.

#### MATERIAL E MÉTODOS

Foi efetuada uma análise retrospectiva dos doentes diagnosticados com carcinoma da próstata localizada e submetidos a prostatectomia radical, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2016, no serviço de Urologia do Hospital Garcia de Orta.

Os fatores anatomopatológicos da biópsia prostática em duplo sextante e da peça cirúrgica foram correlacionados com a recidiva bioquímica, definida como dois valores de PSA pós-operatório acima de 0,2 ng/ml.

Na análise estatística foram utilizados os testes Mann-Whitney e Qui-quadrado. Um valor de  $p < 0.05$  foi considerado estatisticamente significativo.

O software utilizado para o tratamento dos dados estatísticos foi o SPSS 22.0®.

#### RESULTADOS

A amostra analisada é constituída por 107 pacientes, com idade média de 63 anos e com PSA médio prévio à biópsia prostática de 7,8 ng/ml.

Na biópsia prostática, 66% dos casos tinham Score de Gleason 6 (3+3) e 27% apresentavam mais de metade dos cilindros com envolvimento tumoral.

Em relação às características anatomopatológicas das peças operatórias, em 57,9% dos casos o estadiamento patológico foi pT2c, 31,8% apresentavam neoplasia intraepitelial prostática (PIN) de alto grau e 53,3% invasão perineural.

A margem cirúrgica foi positiva em 27% dos doentes, encontrou-se tumor extraprostático em 21,5% e invasão das vesículas seminais em 4,7%. A lesão envolvia o ápex prostático em 63% dos casos.

Quando comparado o Score Gleason da biópsia prostática com o da peça operatória observou-se upgrade em 22,4% dos casos.

O tempo médio de follow-up dos doentes em estudo foi de 56 meses, tendo-se registado recidiva bioquímica em 24,3%.

As características anatomopatológicas foram estratificadas em função da recidiva bioquímica, existindo significância estatística na amostra, em relação à extensão tumoral extraprostática ( $p=0.009$ ), invasão do ápex pelo tumor ( $p=0.01$ ), margens cirúrgicas positivas ( $p=0.003$ ), invasão das vesículas seminais ( $p=0.013$ ) e Score de Gleason ( $p=0.019$ ).

Por outro lado, não houve relação estatística entre a recidiva bioquímica e o volume prostático ( $p=0.15$ ), presença de PIN de alto grau ( $p=0.89$ ), invasão perineural ( $p=0.33$ ) ou upgrade do score de Gleason ( $p=0.92$ ).

#### CONCLUSÕES

Este trabalho comprova que o risco de recidiva bioquímica em doentes com cancro da próstata, submetidos a prostatectomia radical, pode ser previsto, a partir da análise anatomopatológica da peça operatória, com interesse na decisão de terapia complementar precoce.

# APRESENTAÇÃO CARTAZES

23 SET | 8.00 - 9.45

## C008

### **CANCRO DA PRÓSTATA: AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DOS DOENTES E CONCORDÂNCIA ENTRE BIÓPSIA E PEÇA CIRÚRGICA**

JOSE PEDRO NUNES CARNEIRO<sup>1</sup>; DIOGO NUNES-CARNEIRO<sup>1</sup>; ANDRÉ MARQUES-PINTO<sup>1</sup>; ISAAC LEANDRO CAMPOS BRAGA<sup>2</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar do Porto; <sup>2</sup> - Instituto Português de Oncologia - Porto

#### **INTRODUÇÃO**

Um dos componentes essenciais para o diagnóstico e correcto estadiamento do cancro da próstata é a biópsia com análise histológica. A prostatectomia radical é a opção cirúrgica de tratamento e após esta cirurgia, o exame histológico da peça é comparado com o da biópsia.

Ocasionalmente, há discrepância entre o grau de diferenciação do tumor na biópsia e na peça cirúrgica, podendo resultar numa alteração do estadiamento pré e pós operatório, ou seja, um up/understaging da biópsia em relação à peça cirúrgica. Estas diferenças no estadiamento podem ter impacto no tratamento se o doente transitar de um grupo de risco para outro diferente do inicialmente previsto.

#### **OBJECTIVOS**

O objectivo principal deste trabalho, centra-se na comparação de dados da biópsia histológica e peça cirúrgica, no sentido de perceber se existem diferenças significativas, que conduzam a alterações no estadiamento e quais os factores que influenciam estas variações. A identificação destes factores pode permitir no futuro estadiar com maior precisão todos os doentes.

#### **MATERIAIS E MÉTODOS**

Para compreender esta relação entre estadiamento feito pela biópsia e peça cirúrgica, foi realizado um estudo retrospectivo de todos os doentes que realizaram prostatectomia radical nos anos 2010 e 2015 no Centro Hospitalar do Porto. As variáveis colhidas relacionavam-se com factores clínicos, factores relacionados com a biópsia e factores relacionados com a cirurgia.

#### **RESULTADOS**

Foram obtidos um total de 160 doentes submetidos a prostatectomia radical, os dados pós operatórios foram comparados com os dados da biópsia histológica para avaliar o grau de correspondência do estadiamento e possíveis factores

clínicos relacionados com alteração do grau histológico. Classificando segundo os grupos de risco da Associação Europeia de Urologia, previamente à cirurgia, dos 160 doentes avaliados 126 incluíam-se no grupo intermédio/alto risco e 26 no baixo risco, sendo que em 8 não possuíamos dados para classificar. Após a cirurgia apenas 13 se incluíram no grupo de baixo risco e 139 no intermédio/alto risco. A acrescentar a estes achados temos o facto de o Gleason da biópsia ser subestimado nos doentes hipertensos em relação aos não hipertensos ( $p=0,0002$ ) e nos dislipidémicos em relação aos não dislipidémicos ( $p=0,0005$ ).

#### **DISCUSSÃO/CONCLUSÃO**

Após a análise dos dados colhidos pré e pós cirurgia, concluímos que 3 doentes desceram do grupo intermédio/alto para o grupo de baixo risco, ou seja, a vigilância ativa poderia ter sido proposta a estes doente ao invés da cirurgia e 16 doentes subiram do grupo de baixo risco para o intermédio/alto, o que significa que a vigilância ativa não era uma opção de tratamento ao contrário do que se achava antes da cirurgia.

Segundo a literatura mais recente, a vigilância ativa é inadequadamente proposta no mínimo a 10% dos doentes. Se considerarmos que neste estudo a vigilância ativa terá sido, inadequadamente proposta, a 16 doentes dos 160 observados, a percentagem é exactamente 10%, o que vai de encontro ao reportado em estudos recentes.

## C009

### **DETRUSOR UNDERACTIVITY CAUSED BY BLADDER OUTLET OBSTRUCTION IS ASSOCIATED WITH A DEFECT IN THE BLADDER Afferent PATHWAY**

LUÍS VALE<sup>1</sup>; ANA CHARRUA<sup>2</sup>; TIAGO ANTUNES-LÓPEZ<sup>3</sup>; JOÃO SILVA<sup>1</sup>; CARLOS SILVA<sup>1</sup>; FRANCISCO CRUZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar São João; <sup>2</sup> - Departamento de Biologia Experimental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; <sup>3</sup> - Serviço de Urologia, Centro Hospitalar São João

#### **INTRODUCTION**

The International Continence Society defines detrusor underactivity (DU) as a contraction of reduced strength and/or duration, resulting in prolonged bladder emptying and/or a failure to achieve complete bladder emptying within a normal time span. DU is expected to be a common outcome of chronic bladder outlet obstruction (BOO). However, BOO is also commonly associated

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## APRESENTAÇÃO CARTAZES

23 SET | 8.00 - 9.45

with detrusor overactivity (DO). It has been therefore suggested that in BOO, DO and DU represent a continuum of events in which bladder ischemia and repeated ischemia/ reperfusion cycles leads to damage of bladder wall. Whether this process affects the afferent system is unclear.

### OBJECTIVE

To study if DU caused by BOO is associated with a defect in the bladder afferent pathway.

### MATERIALS AND METHODS

BOO was obtained by creating partial urethra obstruction in female rats as previously described (1). Three and fifteen days after inducing BOO, cystometries were performed using saline infusion for 30 minutes at 6ml/hour. Saline voided was harvested and immediately stored at -20 °C for future ATP measurement. Animals that presented underactive bladder were then submitted to additional experimental procedures: intravesical infusion with 5 mg/kg ATP, and serosa topical application of acetylcholine (1 µM) or ATP (5 mg/kg). Sham-operated animals were used as controls.

### RESULTS

Controls animals presented  $0.6 \pm 0.1$  bladder voiding contractions/minute. Three days after BOO, 63% (5 out of 8) of animals presented DO (bladder frequency of voiding contractions  $1.4 \pm 0.4$  contractions/minute,  $P < 0.01$  compared with control). Thirteen percent of the animals (1 out of 8) presented DU ( $0.0 \pm 0.0$  bladder voiding contractions/minute, urine flowing through the urethra by overflow). Fifteen days after BOO, 67% (6 out of 9) of animals had DU ( $0.1 \pm 0.1$  voiding contractions/minute,  $P < 0.01$  compared with control, most of the saline being eliminated by overflow), while the remaining 33% (3 out of 9) presented DO ( $1.2 \pm 0.3$  bladder voiding contractions/minute). Saline voided by sham animals had  $1.08E-14$  mol ATP/ml. Saline voided by animals with DO had higher amounts of ATP,  $1.08E-12$  mol ATP/ml ( $P < 0.01$  compared with sham animals). Saline voided by animals with DU had the lowest levels,  $4.18E-17$  mol ATP/ml ( $P < 0.001$  compared with sham animals and animals with DO). In the DU bladder intravesical application of ATP generated expulsive detrusor contractions of 46 cm H2O. Topical application of Ach or ATP also generated immediate expulsive detrusor contractions (12 cm H2O and 17 cm H2O, respectively).

### DISCUSSION/CONCLUSION

DU is associated with low amounts of ATP release from the urinary bladder during cystometry. Despite prolonged BOO, myogenic contraction in response to Ach or ATP stimulation indicate that in this model the detrusor smooth muscle maintains contractile capacity. The finding that intravesical ATP was able to generate expulsive contractions suggests that the cause for DU was a low release/production of urothelial ATP.

The present results seem to indicate that after BOO the afferent pathway is compromised, with urothelial ATP being less available to promote bladder contraction. This new mechanism of DU may open therapeutic treatment to overcome DU after BOO.

### C010

#### EFEITOS DA CASTRAÇÃO E DA REPOSIÇÃO DE TESTOSTERONA NA SEROTONINA PLASMÁTICA E PRÓSTÁTICA

Paulo Mota<sup>1</sup>; Emanuel Dias<sup>1</sup>; João Martins<sup>2</sup>; Rute Moura<sup>1</sup>; Alice Miranda<sup>3</sup>; Jorge Correia-Pinto<sup>1,4</sup>; Estevão Lima<sup>1,4</sup>

1 - Surgical Sciences Research Domain, Life and Health Sciences Research Institute, ICVS/3B's - PT Government Associate Laboratory, The Clinic Academic Center - Braga, Association (2CA-Braga), School of Medicine, University of Minho, Braga, Portugal; 2 - School of Medicine, University of Minho, Braga, Portugal; 3 - Surgical Sciences Research Domain, Life and Health Sciences Research Institute, ICVS/3B's - PT Government Associate Laboratory, School of Medicine, University of Minho, Braga, Portugal; 4 - Hospital de Braga

### INTRODUÇÃO

A hiperplasia benigna da próstata (HBP) é uma doença de elevada prevalência e de enorme impacto na qualidade de vida dos doentes. A sua etiologia ainda permanece por elucidar, apesar de ser factual e reconhecido o impacto do envelhecimento e da testosterona (TES) na sua fisiopatologia. Recentemente foi descrito que a serotonina (5-HT) inibe o crescimento benigno prostático através da modulação do receptor de androgénio na presença de TES. Os objetivos deste trabalho consistiram em determinar os efeitos da castração e da restituição de TES na regulação da 5-HT plasmática e prostática.

### MÉTODOS

Ratinhos C57BL/6 foram submetidos a castração cirúrgica e divididos em 3 grupos, continuamente expostos a veículo ou a diferentes doses de TES durante 14 dias. Os níveis plasmáticos de

# APRESENTAÇÃO CARTAZES

## 23 SET | 8.00 - 9.45

5-HT foram avaliados antes, após castração e após reintrodução de TES. Por último, determinou-se o peso total da próstata e determinaram-se os níveis intra-prostáticos de 5-HT nos diferentes grupos.

### RESULTADOS

Demonstramos que a próstata de ratinho exibe altas concentrações de 5-HT, e que a concentração intra-prostática de 5-HT foi igual em todos os grupos estudados, sendo independente da castração ou da reintrodução de TES. Os níveis plasmáticos de 5-HT aumentaram significativamente após a castração, tendo normalizado após a administração de TES.

### DISCUSSÃO

Os resultados demonstram que a próstata de ratinho tem grande concentração de 5-HT e que esta é regulada de forma independente dos androgênios. Por outro lado, a castração induz um aumento significativo de 5-HT plasmática levantando a hipótese de que os androgênios podem regular a produção de 5-HT extra-prostática.

### CO11

#### **NEUROMODULAÇÃO SAGRADA: RESULTADOS FUNCIONAIS A LONGO PRAZO NUM CENTRO TERCIÁRIO.**

PEDRO SIMÕES DE OLIVEIRA; TIAGO RIBEIRO OLIVEIRA; DAVID MARTINHO; RICARDO PEREIRA E SILVA; JOSÉ PALMA REIS; TOMÉ LOPES\*

1 - CHLN-Hospital de Santa Maria; 2 -

### INTRODUÇÃO

A neuromodulação sagrada (NMS) está estabelecida no tratamento da bexiga hiperativa refratária, síndrome de urgência-frequência, retenção urinária crônica não-obstrutiva e incontinência fecal crônica. Após uma fase de teste, doentes com uma melhoria sintomática  $\geq 50\%$ , são submetidos a colocação de neuroestimulador definitivo (NED).

### OBJETIVOS

Apresentar os resultados a longo prazo da NMS num centro terciário, comparando os valores base com o follow-up (FU) dos parâmetros funcionais.

### MATERIAL

Avaliaram-se retrospectivamente os doentes submetidos a NMS entre maio de 2012 e Agosto de 2016. Dos 49 doentes submetidos a fase de teste, 34 foram submetidos a colocação de NED. O FU mediano foi 24 meses (p25-p75: 9-41).

### MÉTODOS E RESULTADOS

Dos 49 doentes, 18 eram do sexo masculino e 31 feminino. A idade média era 50.9 ( $\pm 14.2$ ) anos. As indicações para NMS foram retenção urinária crônica não-obstrutiva em 25 doentes, bexiga hiperativa refratária em 12, hiperatividade do detrusor com alteração da contratilidade em nove, dissinergia vesico-esfinteriana em dois e incontinência fecal em um doente. Após melhoria sintomática  $\geq 50\%$ , 34 doentes foram submetidos a colocação de NED InterStim II  $\hat{O}$  (Medtronic, Minneapolis, MN). A sintomatologia foi avaliada com diário miccional antes e depois da NMS e os doentes divididos em subgrupos segundo o FU (FU < 12 meses; FU < 24 meses).

Os parâmetros avaliados foram cateterização intermitente (episódios/dia), incontinência fecal (episódios/mês), frequência urinária diurna (FUD) (episódios/dia), frequência urinária noturna (FUN) (episódios/noite), dejeções (episódios/mês), pensos/dia, resíduo pós-miccional, incontinência urinária (episódios/dia) e urgência urinária (episódios/dia).

Relativamente ao FU < 12 meses, as diferenças estatisticamente significativas foram: FUN com mediana de 3 (Intervalo interquartil (IIQ): 0-4, min: 0 máx: 24) episódios pré NMS e um (IIQ: 0-1, min: 0 máx: 1) episódio pós NMS (p: 0.023), pensos/dia com mediana de 2 (IIQ: 0-8, min: 0 máx: 10) pré NMS e 0 (IIQ: 0-1, min: 0 máx: 5) pós NMS (p: 0.016) e incontinência urinária com mediana de 5 (IIQ: 0-10, min: 0 máx: 16) episódios pré NMS e 0 (IIQ: 0-0, min: 0 máx: 4) episódios pós NMS (p: 0.016).

Relativamente ao FU < 24 meses, as diferenças estatisticamente significativas foram: FUN com mediana de 2 (IIQ: 0-3.5, min: 0 máx: 24) episódios pré NMS e um (IIQ: 0-1, min: 0 máx: 4) episódio pós NMS (p: 0.031), pensos/dia com mediana de 1 (IIQ: 0-4.5, min: 0 máx: 10) pré NMS e 0 (IIQ: 0-1, min: 0 máx: 5) pós NMS (p: 0.008) e incontinência urinária com mediana de 0 (IIQ: 0-8, min: 0 máx: 16) episódios pré NMS e 0 (IIQ: 0-0, min: 0 máx: 4) episódios pós NMS (p: 0.016).

Identificaram-se efeitos adversos em 12 (35.3%) doentes, nomeadamente ausência de resposta em 3, deslocação do elétrodo em 3, perda de bateria em 2, algia pélvica em 1, "pocket" síndrome em 1, resposta parcial em 1 e extrusão do neuroestimulador em 1.

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## APRESENTAÇÃO CARTAZES

23 SET | 8.00 - 9.45

### DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

A NMS está indicada no tratamento de casos complexos/refratários. Apresenta resultados consistentes e mantidos, sendo uma terapêutica eficaz e eficiente, devendo ser considerada o tratamento de eleição em casos selecionados.

### C012

#### **INFLUÊNCIA DA DIETA RICA EM TRIPTOFANO NO CRESCIMENTO PROSTÁTICO E NA EXPRESSÃO DO RECEPTOR DE ANDROGÉNIO**

PAULO MOTA<sup>1\*</sup>; EMANUEL DIAS<sup>2</sup>; MARIA ALEXANDRA ROCHA<sup>3</sup>; RUTE MOURA<sup>1</sup>; ALICE MIRANDA<sup>1</sup>; JORGE CORREIA-PINTO<sup>1,2</sup>; ESTEVÃO LIMA<sup>1,2</sup>

1 - Surgical Sciences Research Domain, Life and Health Sciences Research Institute, ICVS/3B's - PT Government Associate Laboratory, The Clinic Academic Center - Braga, Association (2CA-Braga), School of Medicine, University of Minho, Braga, Portugal; 2 - Hospital de Braga; 3 - School of Medicine, University of Minho, Braga, Portugal

### INTRODUÇÃO

A Hiperplasia Benigna da Próstata (HBP) é uma patologia com elevada prevalência cuja etiologia ainda não foi esclarecida. Recentemente foi descrito que a serotonina inibe o crescimento prostático benigno através da modulação do receptor de androgénio. Por isso, foi nossa hipótese que modulando os níveis séricos de serotonina através de uma dieta rica em triptofano - aminoácido precursor da serotonina - fosse possível regular o crescimento prostático.

### OBJETIVOS

avaliar a influência da dieta rica em triptofano no crescimento prostático e na expressão do recetor de androgénios (AR).

### MÉTODOS

18 ratinhos C57BL macho adultos foram divididos em 2 grupos: um foi submetido a uma dieta normal e o outro foi alimentado com uma dieta rica em triptofano, durante 3 meses. Após o sacrifício dos ratinhos, as próstatas foram dissecadas e pesadas. Posteriormente, foram realizadas técnicas de ELISA, para quantificação da serotonina prostática, e de Western Blot, para identificação do AR, nas amostras de tecido colhidas e previamente homogeneizadas. A análise estatística foi realizada usando o programa IBM SPSS Software, v23.0, sendo considerado estatisticamente significativo um valor  $p < 0,05$ .

42

### RESULTADOS

verificou-se que, nos ratinhos alimentados com dieta suplementada com triptofano durante 3 meses, o peso prostático foi inferior ( $p=0.009$ ) e a concentração de serotonina prostática ( $p=0.001$ ) foi superior comparativamente aos valores observados nos ratinhos submetidos a uma alimentação normal. Demonstrou-se ainda que a expressão do AR no tecido prostático proveniente do grupo dos ratinhos alimentados com dieta rica em triptofano foi inferior à expressão do AR no grupo dos ratinhos sob dieta normal.

### CONCLUSÃO

a modulação da dieta - enriquecimento em triptofano -, com consequente aumento prostático de serotonina e diminuição da expressão de AR leva a uma inibição do crescimento prostático. Estes resultados sugerem que uma dieta rica em triptofano poderá ser usada para tratamento da HBP.

### C013

#### **VIGILÂNCIA ATIVA NA ABORDAGEM DO CARCINOMA DA PRÓSTATA DE BAIXO RISCO - UMA REALIDADE?**

SÓNIA RAMOS<sup>1</sup>; JOÃO DORES<sup>1</sup>; PEDRO BARGÃO<sup>1</sup>; RICARDO CRUZ<sup>1</sup>; JOÃO VAREGOSO<sup>1</sup>; FRANCISCO CARRASQUINHO GOMES<sup>1</sup>

1 - Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.

### INTRODUÇÃO

A vigilância ativa do carcinoma da próstata (CaP) de baixo risco foi introduzida como estratégia para adiar ou evitar a morbilidade dos tratamentos radicais, sem no entanto comprometer a sobrevida cancro-específica. Várias séries publicadas reportam bons resultados, persistindo incertezas relativamente à seleção ideal dos doentes, aos critérios de progressão e à segurança a longo prazo (>10 anos).

### OBJETIVO

Analisar os resultados dos doentes da nossa instituição com CaP em programa de VA.

### MATERIAL/MÉTODOS

Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes com CaP de baixo risco em que se iniciou vigilância ativa. Os critérios

# APRESENTAÇÃO CARTAZES

## 23 SET | 8.00 - 9.45

de seleção utilizados foram: score de Gleason  $\leq 6$ ,  $\leq 25\%$  de envolvimento por tumor nos fragmentos da biópsia, PSA  $< 10\text{ng/dL}$  e estadió clínico  $\leq \text{T2a}$ , em doentes com esperança média de vida  $\geq 10$  anos.

A decisão de descontinuar a VA e iniciar tratamento teve como base: aumento do score de Gleason ou da percentagem de envolvimento por tumor em biópsias subsequentes; cinética do PSA; preferência do doente.

### RESULTADOS

Foram incluídos trinta e cinco ( $n=35$ ) doentes com idade média de 69 [ $\pm 5,9$  anos] e um PSA inicial médio de 6,18 [ $\pm 3,7$  ng/dL]. Seis casos (17,1%) tratavam-se de CaP pT1a (após RTU-P ou prostatectomia retropúbica).

Após um seguimento médio de 41,7 [ $\pm 27,9$  meses], verificaram-se 10 casos (27,8%) de descontinuação da VA: 3 (8,6%) por progressão do Gleason em re-biópsia, 3 por aumento persistente do PSA e 4 (11,4%) por decisão do doente. O tratamento realizado, após um período médio de VA de 30,2 [ $\pm 19,3$  meses] foi prostatectomia radical em 4 doentes (um caso de upstaging para Gleason 7(3+4) bilateral pT3b) e radioterapia em 5 doentes (em 2 dos quais com hormonoterapia concomitante).

Verificaram-se 2 casos de mortalidade por causas não relacionadas com o CaP (sobrevida cancro-específica de 100%).

### DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

No nosso grupo de doentes em VA a taxa de descontinuação (27,8%) foi semelhante à descrita na literatura, não se tendo registado casos de metastização à distância ou mortalidade cancro-específica.

A VA é uma abordagem com potencial de minimizar a morbilidade do sobretratamento em doentes selecionados com CaP de baixo risco.

A introdução da ressonância magnética multiparamétrica poderá vir a ser útil para otimizar a seleção dos doentes de forma a minimizar o risco de subestadiamento nas biópsias.

Estudos prospetivos com follow-up mais longo são necessários para confirmar a segurança da VA.

### C014

#### **PREDICTING FACTORS OF UNEXPECTED HOSPITAL RETURN FOLLOWING TRANSURETHRAL RESECTION OF BLADDER TUMOR**

VERA MARQUES; MIGUEL ELISEU; EDGAR TAVARES-DA-SILVA; FRANCISCO ROLO; ARNALDO FIGUEIREDO

I - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

#### INTRODUCTION

Transurethral resection of bladder tumor (TURBT) is the basis of diagnosis and management of bladder cancer.

#### OBJECTIVES

To evaluate which factors are associated with unexpected hospital return (UHR) following TURBT and which good clinical practice measures can be implemented to avoid it.

#### MATERIAL AND METHODS

An exploratory cross-sectional study of all programmed TURBTs at a tertiary institution between January/2015 and December/2016 was performed. Patients who died during the hospitalization were excluded from the study. Demographics, comorbidities, duration of surgery, length of hospital stay, duration of urethral catheterization (UC), use of postoperative antibiotics, tumor related factors and patient's analytical data were recorded. UHR was recorded within 30 days of surgery. Univariate and multivariable analyses were performed to determine factors associated with UHR – SPSS@21.0.

#### RESULTS

A total of 499 TURBTs were performed in 389 patients, 72.5% males. The average age was 71.4 years. Among main comorbidities, diabetes mellitus was present in 24.8% of cases, platelet antiaggregation in 16% and anticoagulation in 7%. Blood transfusion was necessary in 4.8% of cases. The indication for TURBT was a primary tumour in 58.9% of cases. There was an incomplete tumour resection (because of invasive tumor) in 14.9% of cases and need for additional endoscopic procedures (urethra, prostate, ureter) in 9.6%. Postoperative antibiotic prophylaxis was given in 34.9% of cases. The average duration of postoperative UC was 5.6 $\pm$ 4.3 days. Within 30 days of surgery, there was an UHR in 84 cases (16.8%), 25% of them demanding hospital readmission. UHR occurred mainly because of urinary tract infection (UTI)

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## APRESENTAÇÃO CARTAZES

23 SET | 8.00 - 9.45

(38.1%), hematuria (26.2%) and acute urinary retention (14.3%). There was a significantly increased UHR in cases of primary tumour ( $p=0.025$ ), incomplete tumour resection ( $p=0.049$ ) and need for additional endoscopic procedures ( $p=0.002$ ). A higher surgery time ( $p<0.001$ ) and a longer urethral catheterization ( $p=0.001$ ) were significantly related to an increased UHR. Higher values of preoperative c-reactive protein (CRP) ( $p=0.03$ ) and lower preoperative hemoglobina ( $p=0.03$ ) also showed a significant association with an increased URH. In a multivariate logistic regression analysis, we found a strong association between UHR and 3 variables: length of surgery (OR=1.016; [1.002-1.030], 95% CI), duration of urethral catheterization (OR=1.059; [1.001-1.122], 95% CI) and preoperative CRP (OR=1.131; [1.027-1.246], 95% CI).

### DISCUSSION/CONCLUSION

Early UHR after programmed TURBT occurs in almost 17% of cases, mainly because of UTI. Analysing our multivariate model we can find that for each additional minute of surgery, each additional day of UC and each additional unit (mg/dL) of preoperative CRP, there is an increased risk of UHR in 1.6%, 5.9% and 13.1% respectively. In conclusion, as CRP value isn't a modifiable variable, it's up to the surgeon to optimize the operative time and mainly the length of UC in order to reduce the probability of UHR.C015

### C015

#### HISTOPATHOLOGICAL DOWNGRADING AFTER NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY FOR MUSCLE-INVASIVE BLADDER CANCER

VERA MARQUES<sup>1</sup>; EDGAR TAVARES-DA-SILVA<sup>1</sup>; MIGUEL ELISEU<sup>1</sup>; RUI OLIVEIRA<sup>1</sup>; ALEXANDRA TORRES<sup>1</sup>; FRANCISCO ROLO<sup>1</sup>; ARNALDO FIGUEIREDO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar e Universitario de Coimbra

### INTRODUCTION

The standard treatment for muscle-invasive bladder cancer (MIBC) is radical cystectomy (RC); however it only provides 5-year survival in about 50% of patients. To improve these results, neoadjuvant cisplatin-containing combination chemotherapy (NAC) has been used in selected patients for the past 4 decades. Patients might respond to NAC and reveal a favourable pathological status, determined mainly by achieving ypT0, ypN0 and negative surgical margins. Besides ypTNM stages,

tumor regression grades (TRGs) can be used to measure tumor response to NAC. TRGs quantify the histopathological extent of tumor response by defining 3 response categories based on the percentage of residual cancer cells.

### OBJECTIVES

To describe the TRGs of MIBC after NAC as an additional histological information to the ypTNM and a possible prognostic factor to consider in the future.

### MATERIAL AND METHODS

We performed a retrospective analysis of all patients who did NAC for MIBC in our tertiary institution since 2012. Histopathological information of the transurethral resection of bladder tumor (TURBT), RC and pelvic lymphadenectomy (PL) specimens were recorded. The number of NAC cycles was accounted. All tissue slides of RC and PL specimens were reassessed by a pathologist and reclassified according to TRG scale: TRG1 – complete response; TRG2 – Strong response; TRG3 – Weak and no response.

### RESULTS

A total of 9 patients were submitted to NAC before RC and PL for treatment of MIBC. All of them were male with a median age of 64 years. All TURBT specimens showed high grade tumors (2 or 3) and predominant pT stage was pT2 (pT1, n=1; pT2, n= 7; pT4, n=1). The majority of patients completed 2 cycles of NAC (n=6), 2 patients completed 1 cycle and 1 patient 3 cycles. The median period between completing NAC and performing RC was 3 weeks. All patients who had 2 cycles of NAC were classified as TRG1 (n=6), ranging from ypT0 to ypT1S and all revealing ypN0. The remaining 3 patients were classified as TRG3. When comparing TURBT with RC and PL specimens of these patients, not only was there no response but also there was an upgrading of pT. The median follow-up time of these patients was 18,9±15,9 months.

### DISCUSSION/CONCLUSION

TRGs have shown stronger prognostic impact than ypTNM stages in rectal and esophageal cancers. In bladder cancer, these studies are missing in order to determine their prognostic relevance. Our sample size isn't large enough to obtain consistent conclusions about the truly prognostic role of TRGs. However, with this descriptive data we intend to call attention for the potential importance of this system of classification. By showing

# APRESENTAÇÃO CARTAZES

## 23 SET | 8.00 - 9.45

exemplificative cases of complete response of MIBC to NAC, we hope to incite the production of future studies.

### C016

#### IMPORTÂNCIA DE UMA EQUIPA DEDICADA NO CONTEXTO DE CISTECTOMIA RADICAL

PEDRO COSTA<sup>1</sup>; LUÍS COSTA<sup>1</sup>; JORGE DIAS<sup>1</sup>; PAULO ESPIRIDÃO<sup>1</sup>; RAQUEL RODRIGUES<sup>1</sup>; DANIELA PEREIRA<sup>1</sup>; RUI AMORIM<sup>1</sup>; VÍTOR OLIVEIRA<sup>1</sup>; LUÍS XAMBRE<sup>1</sup>; MANUEL PEREIRA<sup>1</sup>; JOSÉ AMARAL<sup>1</sup>; LUÍS FERRAZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - CH V.N.Gaia / Espinho

#### INTRODUÇÃO

A cistectomia radical (CR) é reconhecidamente um dos procedimentos de maior complexidade e que se associa a uma maior taxa de complicações no contexto da Urologia. Para além da dificuldade cirúrgica, os próprios doentes apresentam geralmente múltiplas comorbilidades, aumentando por si só o risco cirúrgico. Apesar disso, a CR mantém-se como o tratamento de eleição para doentes com tumores vesicais musculoso-invasivos, sendo aquele com maior eficácia no controlo oncológico (isoladamente ou em abordagens multimodais). De modo a minimizar as complicações pós-operatórias, diversos grupos têm tentado padronizar os cuidados pós-operatórios. Por outro lado, e tendo em conta o baixo volume de casos que a maioria dos centros apresenta, a centralização em equipas especializadas tem sido proposta como uma das medidas indicadas para a redução de complicações.

#### OBJETIVO

comparar os outcomes de doentes submetidos a CR antes e após a criação de uma equipa dedicada, num serviço de Urologia de médio volume cirúrgico. Identificar fatores de risco para mortalidade pós-operatória.

#### MÉTODOS

realizou-se um estudo retrospectivo dos doentes submetidos a CR no nosso centro, no período de Janeiro 2010 a Janeiro 2017 (n=71). Efetuou-se o estudo comparativo de doentes operados antes (até 2015 – grupo A) e após a criação de uma equipa cirúrgica dedicada (a partir de 2016 – grupo B) acerca de comorbilidades e estádio pré-operatório, derivação utilizada e complicações pós-operatórias (classificação de Clavien-Dindo). Procuraram-se ainda associações estatísticas entre diferentes

variáveis e taxa de mortalidade cirúrgica (TM90 - definida como óbito < 90 dias pós-operatório).

#### RESULTADOS

	Grupo A (n=47)	Grupo B (n=24)	p		Grupo A (n=47)	Grupo B (n=24)	p
Idade (anos)	70,7±9,8	66,2±8,9	0,06	Derivação Urinária			n.s.
DM tipo 2	14,9%	25,0%	n.s.	Ureterostomia cutânea	51%	21%	
Fumador	36,0%	67,0%	0,02	Ureterotomia cutânea			
Hipocoagulação	10,6%	8,3%	n.s.	Neobexiga	13%	38%	
Neoadjuvância	28%	42%	0,16	Complicações (Clavien-Dindo 3-5)	37%	28%	
TNeoAdju (semanas)	7,4±8	6,1±1,5	n.s.	ASA (III/IV)	49,0%	66,7%	0,20
T internamento (dias)	17,7±11,3	13,1±5,3	0,03	Estádio pré-op (III/IV)	48,9%	37,5%	n.s.
Linfadenectomia (nº gg)	12,2±6,1	13,1±4,8	n.s.	TM90	10,6%	8,3%	n.s.

Legenda: DM, Diabetes Mellitus; n.s., não significativo; TNeoAdj, tempo entre final de neoadjuvância e cirurgia; T internamento, tempo internamento; gg, gânglios; pré-op, pré-operatório; TM90, taxa de mortalidade aos 90 dias

Apenas a hipocoagulação (p=0,018) demonstrou associar-se a risco de mortalidade aumentado aos 90 dias.

#### DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

A criação de uma equipa que centralizou a execução de CR levou indiretamente ao aumento do número de cirurgias (8 para 12 cirurgias/ano) e permitiu uma redução significativa do tempo de internamento, bem como um aumento do número de derivações urinárias continentares. Destaca-se ainda um aumento do número de doentes submetidos a quimioterapia neoadjuvante, com realização de CR no intervalo preconizado (4-8 semanas) em todos. Do mesmo modo, observou-se uma redução ligeira das taxas de complicações, bem como das taxas de mortalidade. Estes valores são, ainda assim, elevados.

## APRESENTAÇÃO CARTAZES

23 SET | 8.00 - 9.45

Assim, a criação de equipas especializadas parece melhorar o outcome de doentes submetidos a CR.

### CO17

#### **CISTECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA: A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL CENTRAL**

ANDRÉ MARQUES PINTO<sup>1</sup>; DIOGO GIL SOUSA<sup>1</sup>; JOSÉ SOARES<sup>1</sup>; MANUEL CASTANHEIRA DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; AVELINO FRAGA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar Universitário do Porto

#### **INTRODUÇÃO**

A Cistectomia Radical (CR) é o tratamento curativo de eleição na neoplasia vesical músculo-invasiva (NV-MI). A CR laparoscópica tem vindo a ganhar protagonismo face à técnica clássica pela sua aparente vantagem quanto à recuperação pós-operatória. Ambos são procedimentos cirúrgicos de elevada complexidade, associado a morbilidade significativa.

#### **OBJECTIVO**

Análise dos casos de CR laparoscópicas realizadas no Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP).

#### **MÉTODOS**

Consultámos retrospectivamente os registos clínicos dos casos de CR laparoscópicas executadas no CHP até Julho de 2017. A análise estatística foi realizada recorrendo ao software STATA® 13.1.

#### **RESULTADOS**

Realizámos 25 CR laparoscópicas nos últimos 3 anos (70,5±7,8 anos de idade, 92,0% em homens). 18 doentes (72,0%) apresentavam factores de risco para NV. Destes, 16 (88,9%) eram fumadores/ex-fumadores (57,2±16,8UMA). A maioria apresentava múltiplas comorbilidades. A mediana de RTU-TV prévias foi 1 (IQR 1-2), tendo-se diagnosticado carcinoma urotelial músculo-invasivo de alto grau (pT2) em 62,5% dos casos. O tempo mediano até CR foi 1 mês. Efectuámos derivação urinária continente em 2 homens (8,0%). Em 22 doentes (88,0%), executámos ureteroleostomia cutânea de Bricker e ureterostomias cutâneas em 1 (4,0%). O tempo cirúrgico médio foi 4,6±0,9horas e o volume de perdas hemáticas mediano foi 600mL (IIQ 300-850). Observa-se tendência para redução do tempo operatório (p=0,15). Na peça cirúrgica, detectou-se 22

(95,7%) neoplasias uroteliais. Ao todo, 10 casos (43,4%) de NV-MI e 3 (13,0%) casos T0; 5 doentes (21,7%) apresentavam doença ganglionar e 0, metástases à distância; verificou-se margem cirúrgica positiva num caso (4,0%). Em média, na linfadenectomia foram detectados 16±4 gânglios. A mediana de tempo de internamento foi 8 dias (IQR 7-15). No pós-operatório, 2 doentes (8,0%) sofreram complicações grau 3 na escala de Clavien-Dindo (ECD). Nos primeiros 90 dias pós-operatórios, 3 doentes (12,0%) necessitaram de reintervenção – re-encerramento da ferida operatória. As complicações a longo prazo mais frequentes são pielonefrites (12,0%). Neste período, nenhum dos pacientes foi submetido a quimioterapia neoadjuvante. Doença avançada está associada a menor sobrevida, ajustando para comorbilidades (p<0,001). Registou-se 1 recidiva (4,2%) locorregional ao fim de 8 meses. Foi documentada metastização em 2 doentes (8,3%), ao fim de 2 e 8 meses, respectivamente. Até à data, 1 doente (4,4%) morreu por doença terminal. A sobrevida a 1 ano é de 96,0%.

#### **CONCLUSÃO**

Os resultados do CHUP são sobreponíveis à literatura internacional. A CR laparoscópica constitui opção terapêutica em centros de grande volume cirúrgico, pela sua complexidade. Para definir o papel da CR laparoscópica no tratamento dos carcinomas uroteliais, quanto ao controlo oncológico, é necessário realizar estudos comparativos com maior tempo de seguimento.

### CO18

#### **RADICAL AND PARTIAL NEPHRECTOMY FOR PRESUMED RENAL MALIGNANCY: INCIDENCE AND PREDICTORS OF BENIGN LESIONS**

VANESSA METROGOS<sup>1</sup>; JOÃO CRUZ<sup>1</sup>; NUNO RAMOS<sup>1</sup>; CELSO MARIALVA<sup>1</sup>; ALEXANDRE MACEDO<sup>1</sup>; JOÃO BASTOS<sup>1</sup>; NELSON MENEZES<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Hospital Garcia de Orta

#### **INTRODUCTION**

It is thought that increased use of imaging studies is responsible for the increased incidental finding of asymptomatic, smaller and localized renal tumors (almost half of the new cases). These imaging techniques are often unable to distinguish benign lesions, like oncocytoma or lipid-poor angiomyolipoma, from renal cell carcinoma. Indiscriminate surgical treatment in all cases of renal masses will result in unnecessary interventions and even the

# APRESENTAÇÃO CARTAZES

23 SET | 8.00 - 9.45

undue loss of kidneys in patients without malignant disease. As a result, current guidelines recommend nephron-sparing surgery as standard of care for patients with small renal masses. Few studies have investigated the incidence of benign lesions after surgery. Reported rates have been between 8.1-32.6%, but the number of patients in many of these series is limited.

## AIM

The authors propose to investigate the incidence of benign tumors resected in radical or partial nephrectomy in patients with presumed renal malignancy from preoperative imaging and also ascertain preoperative predictors of benign lesions.

## MATERIAL AND METHODS

The medical records of 169 consecutive patients (111 males, 58 females) treated by surgery at a single-center were included. Based on a report by the pathologist and the radiologist, the specimen tumor histology and size of each lesion were tabulated, respectively. The frequency of malignant and benign renal lesions was evaluated and differences in characteristics between these two groups of patients were assessed.

## RESULTS

A total of 128 patients underwent radical nephrectomy and 41 nephron sparing surgery, between 2010 and 2016. Of the 169 patients, 142 (84.0%) had malignant lesions (renal cell carcinoma, squamous cell carcinoma or others) and 27 (16.0%) had benign lesions, the most frequently detected being oncocytoma (15) and angiomyolipoma (4). Female gender [2.74 (IC 95% 1.07-6.10)  $p=0.0356$ ] and low tumor size [0.93 (IC 95% 0.89-0.96)  $p=0.0001$ ] predicted benign histology in multivariate analysis. When lesions were stratified into groups with diameters  $\leq 3$ cm or  $>3$ cm, the incidence of benign histology was 37.7% and 13.2%, respectively ( $p<0.0001$ ). The odds ratio for finding a benign lesion in masses  $\leq 3$ cm was 8.91 (IC 95% 3.40–23.38). Patients with benign histology had significantly smaller tumor size ( $p<0.0001$ ) and were women more frequently ( $p=0.0030$ ). There was no difference in age at the time of the surgery ( $p=0.9655$ ) or tumor side ( $p=0.6934$ ).

## DISCUSSION/CONCLUSION

In the current study, the rate of benign pathology after radical or partial nephrectomy for presumed renal malignancy is 16.0%. Female gender and low tumor size are predictive of benign histology, although the ability of different variables to predict benign lesions may be influenced by the distribution of benign

tumor subtypes, reflecting potential unidentified selection bias. The incidence of benign lesions was significantly higher in renal masses equal or smaller than 3 cm in diameter, which should be taken in account when the treatment of presumed renal malignancy is planned.

## C019

### ECOGRAFIA COM CONTRASTE DE MICROBOLHAS NA AVALIAÇÃO DE LESÕES RENAIIS QUÍSTICAS COMPLEXAS

MÁRIO LOURENÇO<sup>1</sup>; MANUEL CRUZ<sup>2</sup>; PEDRO OLIVEIRA<sup>2</sup>; PEDRO BELO-SOARES<sup>2</sup>; ELISABETE PINTO<sup>2</sup>; BELMIRO PARADA<sup>2</sup>; ARNALDO FIGUEIREDO<sup>2</sup>; FILIPE CASEIRO-ALVES<sup>2</sup>

<sup>1</sup> - Instituto Português de Oncologia - Coimbra; <sup>2</sup> - Serviço de Radiologia, CHUC; <sup>3</sup> - Serviço de Urologia e Transplantação Renal, CHUC

## INTRODUÇÃO

A proliferação de exames imagiológicos levou a um aumento do diagnóstico de lesões renais. A maioria dessas lesões podem ser corretamente caracterizadas por ecografia e por tomografia computadorizada (TC). No entanto, a avaliação em TC de lesões quísticas complexas, nomeadamente a distinção entre quistos hemorrágicos/inflamatórios e lesões neoplásicas, constitui um desafio. A utilização da ecografia com contraste de microbolhas (ECM) nestes casos permite uma melhor caracterização da parede, dos septos internos e da vascularização, auxiliando no diagnóstico diferencial.

## OBJECTIVO

Descrever a técnica de ECM. Caracterizar e avaliar a aplicabilidade da ECM na prática clínica urológica.

## MÉTODOS

Levantamento das ECM realizadas entre 1-10-2016 e 15-7-2017. Caracterização da amostra em relação à idade do doente, presença de doença renal crónica (DRC), motivo de pedido de exame, resultado de TC, dimensões da lesão, presença de septos e/ou hipervascularização na ECM, classificação Bosniak pela ECM e consequências na conduta clínica urológica (referenciação para cirurgia, controlo imagiológico regular, alta).

## RESULTADOS

Foram realizadas 20 ECM no período descrito. A técnica utilizada consistiu na injeção de contraste de microbolhas pela veia cubital esquerda, não sendo descrita qualquer complicação iatrogénica

## APRESENTAÇÃO CARTAZES

23 SET | 8.00 - 9.45

secundária ao exame. A idade média dos doentes foi de 69.8 anos (45-88), apenas 2 doentes com DRC. 90% (n=18) dos exames foram realizados para estudo de lesões quísticas complexas (14 destes caracterizadas por TC) e 10% (n=2) para estudo de lesões sólidas. Transpondo a classificação Bosniak para avaliação de lesões quísticas com ECM, 16.7% (n=3), 28.8% (n=5), 38,9% (n=7) e 5.6% (n=3) das lesões avaliadas foram classificadas como Bosniak I,II,III e III, respectivamente. Dos doentes também avaliados por TC, 57.1% (n=8) apresentam classificação Bosniak < IIF. A dimensão média das lesões descritas foi de 34,7mm. Em relação à conduta urológica posterior, 2 doentes tiveram alta, estando os outros em controlo imagiológicos regular com periodicidade variável. Nenhum doente foi referenciado para cirurgia.

### DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A ECM apresenta várias vantagens, nomeadamente ser um exame de baixo custo, não invasivo, seguro, sem necessidade de exposição a radiações ou agentes nefrotóxicos, permitindo uma avaliação dinâmica e em tempo real da vascularização das lesões renais. Como desvantagens, destaca-se o facto de ser uma exame operador-dependente, sendo difícil a sua realização quando existe transposição de gás, gordura ou estruturas ósseas entre o transdutor e a lesão.

A pequena casuística apresentada, mostra que a ECM permitiu uma melhor caracterização de lesões quísticas complexas, sendo a maioria classificadas como Bosniak < IIF, o que permitiu adoptar medidas mais conservadoras de follow-up e tratamento. A ECM, ainda pouco divulgada, deve assumir um papel mais relevante na prática clínica dos urologistas.

### CO20

#### RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE LONG-TERM OUTCOME OF RENAL CANCER PATIENTS WITH VENOUS TUMOUR THROMBUS

MARGARIDA MANSO<sup>1</sup>; ANDRÉ SANTOS SILVA<sup>1</sup>; LUIS PACHECO FIGUEIREDO<sup>1</sup>; FRANCISCO CRUZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar São João

### INTRODUCTION

Renal cell carcinoma (RCC) reveals a tendency towards venous invasion in its advanced stages. The presence of a tumour

thrombus often makes clinical management challenging. However, survival may be substantially improved following its surgical removal.

### OBJECTIVE

We reviewed our experience with patients with RCC in whom renal vein/inferior vena cava (IVC) thrombus was treated with radical nephrectomy and thrombectomy.

### MATERIALS AND METHODS

Through review of clinical files, we analysed demographics, clinical staging, pathological features, systemic therapies and clinical outcomes of patients who underwent radical nephrectomy and thrombectomy for RCC at our institution.

### RESULTS

A total of 13 patients underwent radical nephrectomy and thrombectomy for RCC at our institution from 2010 to 2016, with a median follow-up of 32.6 months. Twelve (92.3%) men and 1 (7.7%) woman, with median age at the diagnosis of 64 years, were included. Preoperative computerized tomography (CT) revealed renal vein invasion in 7 (53.8%) patients, with extension to IVC in the remaining 6 (46.2%). The level of involvement of the thrombus in IVC was grade II in 2 (33.3%) cases, grade III in 3 (50%) cases and grade IV in 1 (16.7%) case. Surgery was successfully performed in all but one patient in whom the resection of the thrombus was incomplete. Clear cell histology was observed in 10 (76.9%) patients and papillary histology in 3 (23.1%) patients. Pathology report characterized tumours as Fuhrman II in 2 (15.4%) cases, Fuhrman III in 6 (46.1%) cases and Fuhrman IV in 5 (38.5%) cases. Nine (69.2%) patients developed distant metastases, corresponding to a 5-year progression-free survival (PFS) of 27.7% (figure 1). Seven patients died during the follow-up (53.9%), resulting in a 5-year overall survival of 33.5% (figure 1). Age, thrombus extension and tumour stage (pT) revealed a tendency to correlate with an inferior median overall survival (table 1).

### CONCLUSION

Radical nephrectomy with removal of the venous thrombus remains the preferential treatment for patients without distant metastases at presentation, with one third of the patients achieving long-term survival.

# APRESENTAÇÃO CARTAZES

23 SET | 8.00 - 9.45

## C021

### **É POSSÍVEL MELHORAR O DIAGNÓSTICO IMAGIOLÓGICO DOS ANGIOMIOLIPOMAS RENAIS POBRES EM GORDURA?**

MÁRIO LOURENÇO<sup>1</sup>; ANTÓNIO PISSARRA<sup>1</sup>; LUISA TEIXEIRA<sup>1</sup>; BELMIRO PARADA<sup>1</sup>; ARNALDO FIGUEIREDO<sup>1</sup>; FILIPE CASEIRO-ALVES<sup>2</sup>

1 - Serviço de Urologia e Transplantação Renal, CHUC; 2 - Serviço de Radiologia, CHUC; 3 - Instituto Português de Oncologia - Coimbra

#### **INTRODUÇÃO**

O angiomiolipoma renal (AMLR) é o tumor renal benigno mais comum. O seu diagnóstico é realizado por tomografia computadorizada (TC) na maioria dos casos. No entanto, cerca de 4,5% dos AMLR são pobres em gordura, dificultando o diagnóstico diferencial entre AMLR e carcinoma de células renais (CCR). Um diagnóstico imagiológico correto pode evitar tratamentos cirúrgicos invasivos e associados a morbilidade significativa.

#### **OBJECTIVOS**

Rever as características imagiológicas de AMLR (diagnóstico imagiológicos sugestivo de CCR) sujeitos a cirurgia nos últimos 10 anos num Hospital Terciário, com base em características imagiológicas de TC estudadas recentemente na literatura internacional.

#### **MÉTODOS**

Identificaram-se 54 doentes com diagnóstico de AMLR pós nefrectomia parcial/total (NP/NT) ou biópsia percutânea, sendo que 38 desses doentes não tinham suspeita de AMLR pré-cirúrgica. Foi realizada reavaliação do estudo TC de 15 doentes, nomeadamente em relação a características imagiológicas associadas a angiomiolipomas pobres em gordura (densidade espontânea superior a 38,5 UH, presença de halo hipodenso, realce homogéneo e presença de interface angular). Foram ainda avaliadas outras características imagiológicas úteis no diagnóstico diferencial: presença de outros AMLR, presença de vasos periféricos, hipervascularização da lesão, sinal de wash-out e presença de calcificações.

#### **RESULTADOS**

A dimensão média (maior eixo) de todos os AMLR operados foi de 53,4mm (9-380 mm). Relativamente aos doentes sem suspeita pré-cirúrgica de AMLR, a dimensão média da lesão foi de 28,4 mm (9-90mm), sendo que 68,4% realizaram NP laparoscópica (n=26),

18,4% (n=7) realizaram NP aberta, 16,7% (n=3) NT laparoscópica, 6,6% (n=1) NT aberta e 6,6% (n=1) termoablação.

Em relação às 15 TC reavaliadas, 8 lesões apresentavam interface angular, 6 halo hipodenso, 8 densidade espontânea >38,5 UH, 8 realce homogéneo, 4 continham vasos periféricos, nenhuma tinha calcificações, 12 eram hipovasculares, 11 apresentavam wash-out e apenas 1 tinha outros AMLR síncronos.

#### **CONCLUSÃO**

O volume de AMLR renais operados é bastante reduzido, embora a maioria não tenha suspeita diagnóstica pré-operatória. A maior dificuldade reside no diagnóstico de AMLR pobres em gordura. A avaliação sistemática de outras características na TC (para além do componente de gordura) poderá melhorar a acuidade diagnóstica e reduzir o número de nefrectomias realizadas.

## C022

### **ADRENALECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA – SERÁ QUE VALE A PENA O ESFORÇO?**

JÓÃO CARVALHO<sup>1</sup>; PEDRO NUNES<sup>1</sup>; HUGO ANTUNES<sup>1</sup>; BELMIRO PARADA<sup>1</sup>; EDGAR TAVARES-DA-SILVA<sup>1</sup>; EDSON RETROZ<sup>1</sup>; FRANCISCO CARRILHO<sup>1</sup>; ARNALDO FIGUEIREDO<sup>1</sup>

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

#### **INTRODUÇÃO**

A adrenalectomia parcial laparoscópica é uma cirurgia realizada para nódulos da glândula supra-renal funcionantes com o objetivo de evitar a necessidade de utilização de terapêutica hormonal substitutiva, mantendo a possibilidade da sua utilização apenas em eventos considerados stressantes.

#### **OBJETIVOS**

Analisar os resultados do nosso serviço, comparando-os com os resultados obtidos quando se optou pela suprarenalectomia total laparoscópica.

#### **MATERIAL E MÉTODOS**

Estudo Retrospectivo que envolveu os 98 doentes submetidos a adrenalectomia laparoscópica transperitoneal no nosso serviço entre Março de 2009 e Abril de 2017. Apenas 9 doentes (9,2%) foram submetidos a adrenalectomia parcial laparoscópica. Todos os doentes realizaram um estudo funcional prévio à cirurgia. Avaliámos os dados demográficos, clínicos, imagiológicos e anatomopatológicos.

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## APRESENTAÇÃO CARTAZES

23 SET | 8.00 - 9.45

### RESULTADOS

A maioria dos doentes submetidos a adrenalectomia parcial laparoscópica (grupo 1) eram mulheres (1:2), com uma média de idades de  $46 \pm 10.3$  anos, não estatisticamente diferente dos doentes submetido a adrenalectomia total laparoscópica (grupo 2). Todas as lesões eram funcionantes, 3 (25%) das quais bilaterais, 5 à esquerda (41.6%) e 7 à direita (58.3%). 5 (41.7%) lesões eram produtoras de aldosterona e 7 (58.3%) eram produtoras de cortisol, com um tamanho médio de  $21.83 \pm 10.3$  mm, estatisticamente não diferente das lesões excisadas no grupo 2.. Todas as lesões foram excisadas utilizando uma porta única umbilical, por um único urologista, sem complicações ou morte perioperatórias, sem necessidade de conversão ou de reoperação, praticamente sem hemorragia.

O estudo anatomopatológico globalmente revelou 6 adenomas (50%), 5 hiperplasia cortical (41.7%) e 1 Quisto (8.3%).

Não houve diferença estatisticamente significativa no tempo de cirurgia, no tempo de internamento, na necessidade de analgesia, na drenagem, estando os doentes sem recidivas. O tempo para iniciar dieta normal foi menor nos doentes do grupo 1 ( $1 \pm 0.1$  vs  $1.4 \pm 0.6$  dias,  $p < 0.001$ ). A taxa de utilização de esteróides diário posteriormente à adrenalectomia parcial foi de 16.7%, apenas utilizados em 2 doentes que fizeram adrenalectomia parcial bilateral ( $p < 0.02$ ). O seguimento médio dos doentes do grupo 1 após a cirurgia é de  $17.4 \pm 10.6$  meses, estatisticamente diferente dos doentes do grupo 2 ( $32.2 \pm 25.1$  meses),  $p < 0.001$ , estando todos os doentes vivos.

### DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Os nossos resultados mostram que a adrenalectomia parcial laparoscópica é um procedimento eficaz para o tratamento de tumores da supra-renal benignos: apenas 16.7 % necessitaram de terapêutica substitutiva pós-cirúrgica num seguimento médio de  $17.4 \pm 10.6$  meses. Será necessário um período temporal maior para de facto confirmar se a cirurgia poupadora de glândula supra-renal mantém os mesmos resultados em termos de ausência de necessidade de terapêutica substitutiva e ausência de recidiva.

### C023

#### **SERÁ A ADRENALECTOMIA POR PORTA ÚNICA UMBILICAL UMA ALTERNATIVA CREDÍVEL À ADRENALECTOMIA LAPAROSCÓPICA CONVENCIONAL?**

JOÃO CARVALHO; PEDRO NUNES; HUGO ANTUNES; BELMIRO PARADA; EDGAR TAVARES-DA-SILVA; EDSON RETROZI; FRANCISCO CARRILHO; ARNALDO FIGUEIREDO

1 - CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA (CHUC)

### INTRODUÇÃO

A adrenalectomia por porta única umbilical tem-se revelado uma alternativa à abordagem laparoscópica clássica dos tumores benignos da supra-renal: o seu potencial em termos estéticos, agressividade cirúrgica e os seus resultados no pós-operatório tem entusiasmado a comunidade científica.

### OBJETIVOS

Avaliar os resultados obtidos na nossa instituição utilizando a porta única umbilical, comparando-os com a abordagem clássica laparoscópica.

### MATERIAL E MÉTODOS

Estudo Retrospectivo que envolveu os 98 doentes submetidos a adrenalectomia laparoscópica transperitoneal: 58 doentes (59,2%) submetidos a adrenalectomia laparoscópica clássica (grupo 1) e 40 doentes (40,8%) submetidos a adrenalectomia laparoscópica por porta única umbilical (grupo 2) entre Março de 2009 e Abril de 2017. Avaliámos ambos os grupos no que concerne a dados demográficos, dados perioperatórios e o seu seguimento.

### RESULTADOS

A comparação dos dados demográficos mostrou diferenças nos seguintes parâmetros: os doentes do grupo 2 eram mais novos ( $48.5 \pm 14.0$  anos,  $p < 0.001$ ), tinham menos antecedentes cardíacos ( $p < 0.009$ ), menor percentagem de diabetes mellitus do tipo 2 ( $p < 0.02$ ). Tanto o sexo como o facto de o adenoma ser ou não funcionante não influenciaram a escolha da técnica. O diâmetro imagiológico médio da lesão dos doentes do grupo 2 foi inferior aos do grupo 1 ( $27.13 \pm 14.4$  vs  $48.4 \pm 30.6$  mm,  $p < 0.001$ ), bem como o diâmetro da peça no estudo anatomopatológico ( $26.40 \pm 16.5$  vs  $42.3 \pm 27.3$  mm,  $p < 0.001$ ). O diâmetro máximo no grupo 2 foi 80 mm e no grupo 1 foi de 120 mm.

# APRESENTAÇÃO CARTAZES

## 23 SET | 8.00 - 9.45

A lateralidade da lesão não influenciou a escolha da técnica nem a morbidade cirúrgica. Houve apenas 3 perfurações do diafragma e 1 hematoma retroperitoneal ocorridos apenas nos doentes do grupo 1. Houve apenas necessidade de conversão num doente do grupo 1 por ausência de planos cirúrgicos numa lesão que revelou tratar-se de uma metástase de melanoma.

Os dados perioperatórios foram similares entre o grupo 2 e 1: duração da cirurgia (92.63±44.8 vs 91.88±41.0, p<0.9), perdas hemorrágicas (24.3±88.2 vs 35.5±153.8 ml, p<0.07), necessidade de analgesia e duração do internamento (3.5±1.5 vs 4.2±2.5 dias, p<0.08).

A maioria dos doentes do grupo 2 (34 doentes – 85%) não necessitou de drenagem: apenas 15 doentes (26%) do grupo 1 não necessitaram de drenagem (p <0.001). Os doentes do grupo 2 iniciaram mais cedo a dieta normal (1.03 ± 0.158 vs 1.6 ±0.8 dias, p <0,001).

Nenhum doente foi reoperado, não ocorreu mortalidade perioperatória e todos os doentes tiveram alta com uma boa aparência cosmética.

A sobrevida média destes doentes foi de 87 anos, não sendo distinta mediante a técnica utilizada.

### DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Os nossos resultados revelam que a adrenalectomia por porta única umbilical é uma alternativa credível e segura à adrenalectomia laparoscópica convencional.

### CO24

#### **NÓDULOS INCIDENTAIS DA GLÂNDULA SUPRARENAL: A EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE UROLOGIA**

JOÃO CARVALHO<sup>1</sup>; PEDRO NUNES<sup>1</sup>; HUGO ANTUNES<sup>1</sup>; BELMIRO PARADA<sup>1</sup>; EDGAR TAVARES-DA-SILVA<sup>1</sup>; EDSON RETROZ<sup>1</sup>; FRANCISCO CARRILHO<sup>1</sup>; ARNALDO FIGUEIREDO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

### INTRODUÇÃO

Os nódulos incidentais da glândula supra-renal são massas não suspeitas com diâmetro superior a 1 cm identificados por exames imagiológicos realizados por causas não relacionadas: na sua maioria são benignos Segundo as guidelines, deve-se realizar cirurgia em lesões não funcionantes com diâmetro ≥ 4 cm, pelo aumento do risco de malignidade. Contudo, muitas das lesões excisadas revelam-se benignas.

### OBJETIVOS

Analisar os resultados do nosso serviço, averiguando o cut-off de 4 cm recomendado pelas guidelines europeias.

### MATERIAL E MÉTODOS

Estudo Retrospectivo que envolveu os 98 doentes submetidos a adrenalectomia laparoscópica transperitoneal no nosso serviço entre Março de 2009 e Abril de 2017. Destes, 43 doentes (44%) foram submetidos a cirurgia no contexto de massa incidental da glândula supra-renal. Todos os doentes realizaram estudo funcional prévio à cirurgia. Avaliámos os dados demográficos, clínicos, imagiológicos e anatomopatológicos para averiguar se de facto o cut-off de 4 cm é o melhor para uma decisão do foro cirúrgico.

### RESULTADOS

Verificou-se um ligeiro predomínio feminino (1H:1.15M) sendo a média de idades de 59.3±14.5 anos. 26 incidentalomas (60.5%) estavam localizados à esquerda e 17 (39.5%) à direita, com um tamanho médio de 41.8± 3.8 mm. Apenas 11 incidentalomas (25.6%) mostraram atividade subclínica: 3 (7%) secretaram aldosterona, 6 (14%) secretaram catecolaminas, 1 (2.3%) secretou cortisol e 1 (2.3%) secretou androgénios sexuais. Os incidentalomas não funcionantes apresentavam um tamanho médio de 45.7± 23.7 vs 31.55±45.66 mm (p>0.05).

O estudo anatomopatológico globalmente revelou 19 adenomas (44.2%), 6 feocromocitomas benignos (14%), 5 carcinomas (11.6%), 4 Quistos (9.4%), 3 mielolipomas (7%), 1 feocromocitoma maligno (2.3%), 1 ganglioneuroma (2.3%), 1 hemangioma cavernoso (12.9%), 1 Hiperplasia Cortical, 1 metástase (2.3%) e 1 de causa desconhecida (2.3%). Relativamente às massas não funcionantes, 15 eram adenomas (48.4%), 2 feocromocitomas benignos (6.5%), 4 quistos (13%), 3 mielolipomas (9.7%), 1 ganglioneuroma (3.2%), 1 hemangioma cavernoso (3.2%), 4 carcinomas (12.9%) e 1 metástase (3.2%).

A dimensão dos adenomas (29.2±12.5 mm) era menor que a dos carcinomas (73.6±11.6 mm), p<0.001. Das 21 lesões com diâmetro menor que 4 cm, nenhuma era carcinoma. O cut-off de 4 cm admitido neste estudo como padrão para decisão cirúrgica de massas incidentais da glândula supra-renal não-funcionantes revela uma sensibilidade de 100% e uma especificidade de 56%.

## APRESENTAÇÃO CARTAZES

23 SET | 8.00 - 9.45

### DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

O tamanho importa pelo que se deve tomar uma decisão cirúrgica aquando da presença de uma massa incidental da glândula supra-renal não funcionante com diâmetro  $\geq 4$ cm. Contudo, a especificidade conseguida com este cut-off foi de apenas 56% nos nossos resultados. Outras características deverão ser avaliadas no sentido de potencializar melhor a indicação cirúrgica e evitar a excisão de lesões benignas.

### C025

#### **AN UNUSUAL RISK FACTOR INFLUENCING HOSPITAL READMISSION FOLLOWING PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY**

MIGUEL ELISEU<sup>1</sup>; VERA MARQUES<sup>1</sup>; HUGO ANTUNES<sup>1</sup>; EDGAR TAVARES-DA-SILVA<sup>1</sup>; PEDRO SIMÕES<sup>1</sup>; PEDRO MOREIRA<sup>1</sup>; PAULO TEMIDO<sup>1</sup>; ARNALDO FIGUEIREDO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - CHUC

#### **INTRODUCTION**

Several risk factors have been shown to influence unexpected hospital return (UR) and rehospitalization (RH) rates after percutaneous nephrolithotomy (PCNL). Most would be fairly intuitive, including the presence of complex stones, stone size and early postoperative complications. In most studies, readmissions in the first 30 days after surgery are described; we aimed to analyze the UR and RH rates and risk factors in a longer period, during the first 90 days.

#### **MATERIALS/METHODS**

We performed an exploratory cross-sectional study selecting all patients subjected to PCNL in our center from January 2008 to March 2017. We analyzed patient demographics, stone size and complexity, selective renal function of the operated kidney, duration of surgery, stone-free status, hospitalization length, and perioperative complications. All these factors were tested for UR and RH status in the first 3 months after surgery, as well as number of readmissions, number of rehospitalization days and the need for invasive or minimally invasive procedures. Statistical analysis was done with SPSS 20; simple descriptives, logistic and linear regressions and correlation studies were applied.

#### **RESULTS**

Data from 127 patients who were operated during this period was processed. The mean age of our population was 52,65 years; 52

60,6% of patients were female. Most patients had staghorn calculi (66%) with an average size (of the largest stone) of 36,4mm. Most calculi were composed of calcium oxalate, calcium phosphate or uric acid.

Three patients had bilateral PCNL and 2 patients had the procedure in their transplanted kidney. There was an average duration of surgery of 150 minutes. Significant complications (Clavien > 2) in the perioperative period were found in 6,3% of patients; 1 patient died due to sepsis. In the first 90 days following surgery, there was a 28,3% rate of UR, with 16,5% of patients requiring RH; most of these were caused by urinary tract infection or upper tract obstruction.

Patients with tubeless procedures had significantly less UR rates, although no difference was found in RH or need for intervention. Through logistic regression, a higher selective function of the affected kidney (as measured by renal scintigraphy) was found to significantly influence (through an increase in) the rates of UR, RH and the need for further treatment procedures. It also correlated with the absolute number of unplanned visits and the total number of days in RH.

#### **CONCLUSION**

To our knowledge, the findings of a correlation between higher selective renal function of affected kidney and UR / RH rates was not previously described. Although the pathophysiological mechanism at play is not immediately apparent, higher vascularization and urine production in these kidneys could account for these findings. Percutaneous access is probably easier and less hemorrhagic in kidneys with more hydronephrosis and less renal parenchyma. Pain perception in differently functioning kidneys is also not described in studies done so far, and if altered could provide some answers to the questions raised by these findings.

### C026

#### **LITÍASE EM RINS TRANSPLANTADOS: NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA – SEGURA E EFICAZ**

ANDRÉ MARQUES PINTO<sup>1</sup>; DIOGO NUNES CARNEIRO<sup>1</sup>; FREDERICO BRANCO<sup>1</sup>; JOÃO CABRAL<sup>1</sup>; VÍTOR CAVADAS<sup>1</sup>; AVELINO FRAGA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar Universitário do Porto

# APRESENTAÇÃO CARTAZES

## 23 SET | 8.00 - 9.45

### INTRODUÇÃO

A litíase em transplantes renais (LTR) é rara, afectando 0,17-1,8% dos indivíduos. No entanto, os cálculos urinários podem originar infecções do tracto urinário (ITU), obstrução e, no limite, perda de função do enxerto. Devido à desnervação, não existe cólica renal, o que leva a diagnósticos tardios. O tratamento da LTR é complexo, quer pela imunossupressão, quer pela posição ectópica do enxerto.

### OBJECTIVO

Avaliar a segurança e eficácia da nefrolitotomia percutânea de transplantes renais (NLPC-TR).

### MATERIAIS E MÉTODOS

Análise retrospectiva das NLPC-TR realizadas entre abril de 2002 e março de 2017, atendendo a antecedentes médicos, características pré-operatórias e detalhes cirúrgicos.

### RESULTADOS

LTR de novo foi diagnosticada em dez indivíduos (média de idades de 52,5±14,3 anos, 3 mulheres), o que originou 13 NLPC-TR. Três dos enxertos foram obtidos de doadores vivos. As causas conhecidas para falência renal foram pielonefrites crónicas (n=2), doença poliquística (n=1), nefropatia de IgA (n=1) e refluxo vesicoureteral (n=1). Um indivíduo foi submetido a autotransplante por estenose ureteral. A LRT, renal (n=9) e ureteral (n=4), foi diagnosticada em ecografia para estudo de ITU (n=6) ou lesão renal aguda (n=3). O tamanho mediano do cálculo foi 24mm (intervalo interquartis, IIQ 13-34mm). O tempo mediano de apresentação foi 3,9 anos pós-transplante (IIQ 2,8-5,9) e os factores de risco identificados incluíram hiperuricemia (n=3), ITU de repetição (n=3), hiperparatiroidismo (n=2) e cateter ureteral incrustado (n=2). Os critérios utilizados para NLPC-TR foram 1) cálculos ureterais ou 2) cálculos renais >15mm. As cirurgias decorram em decúbito dorsal, com acesso num cálice anterior, com controlo ecográfico e fluoroscópico, com recurso a litotricia ultrassónica/pneumática combinada (n=7), a LASER (n=3) ou extracção do cálculo (n=2); num dos casos, não foi encontrado qualquer cálculo. O tempo cirúrgico mediano foi 99 minutos (IIQ 91-106 minutos). Ocorreu eliminação completa do cálculo em 10 procedimentos (76,9%) e, após segunda NLPC-TR em 3 indivíduos, 92,3% ficaram alitiásicos. Não se registou complicações intra-operatórias nem alterações significativas na creatinina sérica pós-operatória (1,36 vs. 1,23mg/dL, teste-t emparelhado, p=0,24).

O tempo de internamento mediano foi 5 dias (IQR 4-7) e o tempo de seguimento mediano é 3,2 anos (intervalo 1,0-14,9 anos); verificou-se recidiva de LTR em 2 indivíduos, sem cumprir os critérios cirúrgicos.

### DISCUSSÃO

A LTR é uma complicação urológica rara. A ecografia permite determinar a localização e o tamanho dos cálculos. A LTR de novo está geralmente associada a hiperparatiroidismo, ITU de repetição, estase urinária e corpos estranhos. A litotricia extracorporal tem utilidade limitada, devido à pelve óssea, e a ureteroscopia flexível é anatomicamente difícil. Por outro lado, a NLPC-TR permite a remoção dos cálculos num (ou dois) procedimento. Porém, a dilatação do acesso é dificultada por fibrose perirrenal e há risco de perfuração de ansas intestinais.

### CONCLUSÃO

A LTR, apesar de rara, pode originar morbidade significativa. Na maioria dos casos, trata-se de um problema silencioso que deve ser delimitado rapidamente e eficazmente, à semelhança dos restantes casos de rim único. A NLPC-TR é segura e eficaz, devendo ser realizada em centros com experiência no tratamento da urolitíase.

### C027

#### ARE WE PUSHING RIRS TO ITS LIMITS? COMPARISON OF OUTCOMES FOR 20-30MM STONE BURDEN PATIENTS.

PEDRO COSTA<sup>1</sup>; JORGE DIAS<sup>1</sup>; PAULO ESPIRIDÃO<sup>1</sup>; RAQUEL RODRIGUES<sup>1</sup>; DANIELA PEREIRA<sup>1</sup>; RUI AMORIM<sup>1</sup>; LUIS COSTA<sup>1</sup>; VÍTOR OLIVEIRA<sup>1</sup>; LUIS XAMBRE<sup>1</sup>; MANUEL PEREIRA<sup>1</sup>; JOSÉ AMARAL<sup>1</sup>; LUIS FERRAZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - CHVN Gaia / Espinho

### INTRODUCTION

Retrograde intrarenal surgery (RIRS) is nowadays a well-established procedure for the treatment of kidney stones, with lower morbidity rates than percutaneous nephrolithotomy (PNL), however with lower stone free rates (SFR) as stone burden (SB) increases. Typically, patients with a SB >20mm are recommended to be treated with a PNL approach, however, a better expertise with the technique and improvement in the instruments available has allowed some centres to set a higher threshold when deciding to go for a RIRS or PNL approach.

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## APRESENTAÇÃO CARTAZES

23 SET | 8.00 - 9.45

Our purpose was to review and compare data from patients with a SB between 20-30mm who underwent RIRS or PNL at our institution, analyzing it according to SFR.

### MATERIAL & METHOD

85 patients with SB 20-30mm were submitted to active treatment, either RIRS (n=37) or PNL (n=48) between January 2009 and June 2016 at our institution. Possible differences in the baseline variables between the two groups were evaluated and odds ratios (ORs), adjusted for confounding factors in a multivariable logistic regression model, were calculated to identify predictors of treatment failure (incomplete stone clearance during surgery or residual stones above >3mm in postoperative imaging).

### RESULTS

Data from the univariate analysis are shown in Table:

	RIRS		
N=37	PNL		
N=48	P		
Age (years)	51.4±14.9	56.6±12.9	0.096
BMI (Kg/m <sup>2</sup> )	29.1±8.9	28.1±6.2	0.360
Gender (female)	56.8%	60.4%	0.825
Total stone burden	24.2±3.2	25.5±3.2	0.067
Hounsfield units	687±300	620±450	0.502
Immediate stone-free rate	75.7%	81.3%	0.598
Duration of surgery	116±38	133±41	0.051
Hospitalization length	2.1±2.6	8.6±8.8	<0.001
Duration of surgery	116±38	133±41	0.051
Complications	16.2%	22.9%	0.586
Secondary procedure	29.7%	32.6%	0.826

The option for a RIRS procedure was associated with an increase in risk of treatment failure (OR 2.9, CI 1.1-7.0, p=0.022). None of the pre-operative variables was a significant predictor of treatment failure.

### CONCLUSION

In patients with 20 to 30mm stones, PNL remains the preferable option when dealing with high stone burden patients (>20mm). RIRS is associated with worse long term stone-free rates, however it might still be an option in some specific cases, since it has the advantage of a shorter surgery duration and hospitalization length.

# APRESENTAÇÃO CARTAZES

22 SET | 8.00 - 10.00

## CARTAZES

### C028

#### **TRATAMENTO DA LITÍASE EM DIVERTÍCULOS CALICEAIS: EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS DE UM CENTRO TERCIÁRIO**

DANIEL OLIVEIRA-REIS<sup>1</sup>; DIOGO NUNES-CARNEIRO<sup>1</sup>; DIOGO GIL-SOUSA<sup>1</sup>; ANDRÉ MARQUES-PINTO<sup>1</sup>; JOÃO CABRAL<sup>1</sup>; SEVERINO RIBEIRO<sup>1</sup>; AVELINO FRAGA<sup>1</sup>; VÍTOR CAVADAS<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar Universitário do Porto

#### **INTRODUÇÃO**

Divertículos caliceais (DC) estão associados a litíase em até 40% dos doentes, não sendo ainda claro se a formação dos cálculos ocorre devido à obstrução anatómica ou devido a causas metabólicas.

Os cálculos que se formam nos DC são maioritariamente de Oxalato de Cálcio e 40% dos doentes têm história concomitante de infeções do trato urinário (ITU).

Com o aumento da experiência e o avanço tecnológico, são várias as modalidades minimamente invasivas que oferecem alívio sintomático satisfatório e uma alta taxa de sucesso. O objetivo destes procedimentos cirúrgicos é a remoção completa dos cálculos e o tratamento do DC com vista a evitar recorrência.

#### **OBJETIVO**

Análise da casuística de tratamento de litíase em DC.

#### **MATERIAL E MÉTODOS**

Análise descritiva de doentes submetidos a tratamento de litíase em DC entre 2006 e 2016.

#### **RESULTADOS**

Corte de 19 doentes, na maioria mulheres (63.2%), com uma média de idades de 46 anos e com um IMC de 25.7Kg/m<sup>2</sup>. Grande parte dos doentes apresentava história de intervenção prévia por litíase renal (64.7%), a maioria nefrolitotomia percutânea (NLP). Os DC foram associados a dor no pré-operatório em 68.4% dos casos, ITUs de repetição em 36.8% e um doente apresentava hematúria assintomática; estavam assintomáticos 16% dos doentes.

Os DC estavam localizados nos polos superior, médio e inferior em 52.6%, 36.8% e 10.6% dos casos, respetivamente. O tamanho

médio dos DC foi de 24.6±9.3mm, com cálculos com um diâmetro máximo, em média, de 17.5±7.2mm.

Doze doentes foram tratados por NLP (63.2%), 75% em decúbito dorsal. O acesso foi feito através do cálice superior e médio em 5 doentes e inferior em 2 doentes.

Foram tratados por ureterorenoscopia (URS) 31%, com fragmentação dos cálculos a LASER e um dos doentes foi tratado por laparoscopia (caso de DC complexo, exófitico e de localização anterior).

A fulguração dos DC foi realizada em 47.4% dos doentes, com infundibulotomia e dilatação dos infundíbulos em 31.6% dos casos.

A taxa global de sucesso foi de 73.7%. O tempo médio de cirurgia foi de 126.7±51.6min – tempo médio de NLP de 134.4min e tempo médio de URS de 107.1min. A média de dias de internamento foi de 2.7±1.7 dias.

A taxa global de sucesso 6 meses após a cirurgia foi de 57.9%, não tendo havido diferença estatisticamente significativa entre a NLP e a URS (p=0.31).

Setenta e três por cento dos doentes tratados não necessitaram de mais nenhum procedimento até à data. Em 3 doentes foi necessária uma sessão de URS para remover fragmentos residuais de pequenas dimensões e em 2 casos foi feita litotricia extracorporeal por ondas de choque.

#### **DISCUSSÃO/CONCLUSÃO**

São escassas as recomendações no que toca ao tratamento da litíase em DC e durante a última década houve uma tendência para a realização de procedimentos minimamente invasivos. No nosso serviço os doentes são mais frequentemente submetidos a NLP e a URS. O tratamento laparoscópico é também uma opção no tratamento destes doentes sendo usado em casos muito selecionados.

### C029

#### **RENAL TRANSPLANTATION FROM NON-HEART-BEATING DONORS AFTER EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXYGENATION: PRELIMINARY RESULTS FROM A PORTUGUESE CENTER**

MARGARIDA MANSO<sup>1</sup>; HUGO DINIZ<sup>1</sup>; SUSANA SAMPAIO<sup>1</sup>; ANDRÉ SANTOS SILVA<sup>1</sup>; LUIS PACHECO-FIGUEIREDO<sup>1</sup>; FRANCISCO CRUZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar São João

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## APRESENTAÇÃO CARTAZES

22 SET | 8.00 - 10.00

### INTRODUCTION

Increasing life expectancy and less restrictive inclusion criteria for patients with chronic kidney disease to enter the transplant waiting list have enhanced the difference between organ demand and the number of available donors. For this reason, in order to increase the number of donors, interest in developing programs to retrieve organs from non-heart-beating donors (NHBD) has emerged.

### OBJECTIVES

The objective of this study is to evaluate the outcome of a portuguese center performing renal transplantation from NHBD after using extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) to prevent ischemic injury of the kidneys.

### MATERIAL AND METHODS

Through review of clinical files, we analyzed the outcome of renal transplantation from NHBD supported with ECMO performed at our institution.

### RESULTS

From January 2016 to June 2017, 23 patients received kidneys from NHBD. The population of receptors was constituted by 14 (60.9%) men and 9 (39.1%) women, with a median age of 51 years. Surgery was performed without interurrences in all cases. There were 3 (13%) early graft losses, one due to vascular thrombosis and the others due to ischemia related to graft rejection. Surgical complications without compromising renal graft viability occurred in 6 (26%) cases: one hematuria caused by renal artery pseudoaneurysm (solved by embolization), two lymphoceles (one drained percutaneously and the other with laparoscopic peritoneal window) and three surgical wound dehiscences (all closed by second intention). Delayed graft function was evident in 56.5% of the patients, with an average serum creatinine at discharge of 2.43 mg/dL. The median follow-up time was 6 months.

### CONCLUSION

Despite being preliminary results, our series suggests that renal transplantation from NHBD is a valuable option, allowing an improvement in the balance between patients in list for transplant and available kidneys.

### C030

#### **ESTENOSE URETERAL APÓS TRANSPLANTE RENAL: TREZE ANOS DE EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERENCIA**

DIOGO NUNES-CARNEIRO<sup>1</sup>; DANIEL OLIVEIRA-REIS<sup>1</sup>; DIOGO GIL-SOUSA<sup>1</sup>; ANDRE MARQUES-PINTO<sup>1</sup>;  
MIGUEL SILVA-RAMOS<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar do Porto

### INTRODUÇÃO

O Transplante Renal (TR) é o tratamento mais eficaz da doença renal crónica terminal.

A Estenose Ureteral (EU) é uma das complicações urológicas mais comuns estando descrita em 2.6-15% dos doentes transplantados.

O objetivo deste trabalho é descrever a experiência do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Porto no tratamento da EU como complicação tardia do TR.

### MATERIAL E MÉTODOS

Foi feita uma análise retrospectiva de 1218 doentes submetidos a TR entre Janeiro de 2004 e Dezembro de 2016 com descrição do tratamento realizado e respetiva recorrência.

### RESULTADOS

Em todos os doentes submetidos a TR foi realizada a anastomose vesico-ureteral segundo a técnica de Paquin. A média de tempo de follow-up foi de 38.6±25.7 meses. A EU foi diagnosticada num total de 36 doentes (2.96%). O tempo médio entre o TR e o diagnóstico da EU foi de 3.5 [3-5] meses. A maioria das EU (29 casos, 82.8% dos doentes) envolvia o ureter terminal (junção vesico-ureteral), atingindo em 3 casos (8.2%) o ureter médio ou a junção pielo-ureteral.

A extensão mediana da EU foi de 2cm com um intervalo interquartis de 1.5-3cm.

O tratamento cirúrgico realizado e a recidiva global e específica da técnica são apresentados na tabela 1. O tratamento cirúrgico com maior taxa de recidiva foi o endoscópico que estava associado a maior tempo operatório do TR (121 vs. 101 min., p=0.022). O tempo médio global de tratamento da EU até à recorrência foi de 2 meses.

Foram reportados dois casos de perda do enxerto (5.6%) associado à EU.

# APRESENTAÇÃO CARTAZES

22 SET | 8.00 - 10.00

O tempo decorrido entre o TR e o diagnóstico da EU, a localização e extensão da estenose não se correlacionaram com a recidiva global ou com a recidiva específica da técnica ( $p > 0,05$ )

## CONCLUSÃO

O tratamento das EU deve ser planeado caso a caso, de acordo com as características clínicas, taxas de recidiva específica da técnica cirúrgica, historial de cirurgias prévias tendo sempre em conta o risco benefício das intervenções neste tipo específico de doentes.

## C031

### TRANSPLANTAÇÃO RENAL PEDIÁTRICA – ESTUDO COMPARATIVO COM A POPULAÇÃO ADULTA

HUGO ANTUNES<sup>1</sup>; EDGAR TAVARES SILVA<sup>1</sup>; JOÃO CARVALHO<sup>1</sup>; CARLOS ALBERTO BASTOS<sup>1</sup>; BELMIRO PARADA<sup>1</sup>; ARNALDO FIGUEIREDO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Serviço de Urologia e Transplantação Renal - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

## INTRODUÇÃO

A transplantação renal pediátrica difere dos adultos em vários aspectos, tais como a resposta imunológica, metabolismo farmacológico e particularidades cirúrgicas. Este trabalho tem como objectivo rever a experiência do nosso Serviço na transplantação pediátrica e comparar os resultados com a população adulta.

## PACIENTES E MÉTODOS

Entre Janeiro de 1981 e Maio de 2017 foram realizados no nosso hospital 3008 transplantes renais dos quais 101 foram realizados em receptores pediátricos (< 18 anos). Neste trabalho fizemos uma avaliação retrospectiva de taxas de sobrevida global e sobrevida do enxerto bem como factores de risco para perda do enxerto renal. Foram analisados factores como tempo de isquemia, idade do dador, tipo de antígenos de leucócitos humanos (HLA) e valores de PRA (Panel Reactive Antibody) e creatinina sérica. Análise estatística realizada com recurso ao software SPSS V.21.

## RESULTADOS

A idade média dos receptores foi  $13,4 \pm 3,2$  anos na população pediátrica e  $46,4 \pm 12,8$  na população adulta. O doente transplantado em idade mais precoce tinha 3 anos e o receptor mais velho tinha 76 anos na altura do transplante. Não se verificou

diferença significativamente estatística na tipagem HLA. A população adulta apresenta valores de PRA significativamente mais elevados do que a população pediátrica ( $p = 0,027$ ). A idade do dador foi significativamente inferior na população pediátrica (25,6 vs. 42,7 anos,  $p < 0,001$ ), sendo que a idade do dador influenciou a sobrevida do enxerto. A idade mais avançada do dador associou-se a menores sobrevidas do enxerto ( $p < 0,001$ ). O tempo médio de isquemia fria não foi estatisticamente diferente entre os grupos (17h22 vs. 18h43,  $p = 0,081$ ). Os valores de creatinina sérica dos receptores com enxerto funcionante não diferiram entre os dois grupos. As rejeições agudas foram mais frequentes na população adulta ( $p < 0,001$ ). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na sobrevida global do enxerto entre ambas as populações ( $p = 0,507$ ). A sobrevida do enxerto renal na população pediátrica foi de 89,4%, 55,3% e 36,2% aos 1, 5 e 10 anos respectivamente enquanto na população adulta as sobrevidas do enxerto foram de 78,6%, 54,2% e 29,5%. A taxa de sobrevivência no grupo pediátrico aos 1, 5 e 10 anos foi de 98,1%, 97,7% e 90,1%, respectivamente, superior à da população adulta (92,1%, 85,3% e 73,3%).

## CONCLUSÕES

Na nossa série verificamos uma taxa de rejeições agudas superior nos adultos. Apesar das diferenças encontradas entre as duas populações, as sobrevidas dos enxertos em ambos os grupos são favoráveis e estatisticamente semelhantes. A transplantação renal pediátrica representa assim uma opção de substituição renal com bons resultados.

## C032

### SERÁ AINDA O DESVANTAGEM DO TEMPO DE ISQUEMIA QUENTE UMA DESVANTAGEM DA NEFRECTOMIA DE DADOR VIVO LAPAROSCÓPICA?

DIOGO NUNES-CARNEIRO<sup>1</sup>; ANDRÉ MARQUES-PINTO<sup>1</sup>; JOÃO CABRAL<sup>1</sup>; ISAAC BRAGA<sup>2</sup>; MANUELA ALMEIDA<sup>1</sup>; VÍTOR CAVADAS<sup>2</sup>; MIGUEL SILVA-RAMOS<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar do Porto; <sup>2</sup> - Instituto Português de Oncologia do Porto

## INTRODUÇÃO

A nefrectomia de dador vivo é um procedimento único na qual indivíduos saudáveis são submetidos a uma cirurgia maior sem benefícios terapêuticos.

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## APRESENTAÇÃO CARTAZES

22 SET | 8.00 - 10.00

A nefrectomia laparoscópica de dador vivo (NLDV) é geralmente considerada uma melhor opção comparativamente à nefrectomia aberta (NADV) estando associada a melhores resultados cosméticos, menor dor no pós-operatório e a uma recuperação mais rápida. A NLDV tem uma maior curva de aprendizagem e as séries publicadas descrevem um maior tempo cirúrgico e maior tempo de isquemia quente quando comparada com a via aberta. Este trabalho compara a nefrectomia de dador vivo por mini-lombotomia (NDVML), realizada por um único cirurgião, com a nefrectomia laparoscópica de dador vivo transperitoneal (NLDVT) realizada pela mesma equipa cirúrgica no que toca aos resultados a curto e longo prazo.

### MÉTODOS

Duzentos e cinquenta e um doentes, submetidos a nefrectomia de dador vivo através de mini-laparotomia (n=141) e por via laparoscópica (n=110) foram comparados tendo em conta o tempo operatório, tempo de isquemia quente, complicações do pós-operatório (usando a escala de Clavien-Dindo) e duração de internamento. A função do enxerto foi avaliada pela Necrose Tubular Aguda (NTA) durante a primeira semana, e o Atraso da Função do Enxerto (AFE), Creatinina sérica (Cr) e a Taxa de Filtração Glomerular (TFG) durante o primeiro ano pós-transplante.

### RESULTADOS

O tempo operatório médio operatório na NDVML (120±29 min) não foi significativamente diferente quando comparado com a NLDVT (127±32 min, p=0.08). Os rins doados por via laparoscópica tiveram um tempo de isquemia quente mais curto (238 vs 310 seg, p=0.01), e os dadores destes tiveram um tempo de internamento mais curto (4,3 vs 5,9 dias, p<0.001) e um menor número de complicações pós-operatórias (p=0.03). A incidência de NTA foi superior na NDVML (89% vs 25%, p<0.001) apesar de não haver diferença significativa na Cr e na TFG ao primeiro ano (Cr 1.38mg/dL vs Cr 1.33mg/dL e TFG 63.7 vs 63.1) quando comparados os dois grupos de doentes. A sobrevida a longo prazo também não diferiu entre os dois grupos. Não houve também associação entre os eventos de NTA no pós-operatório e a função do enxerto a longo prazo.

### DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

O transplante de dador vivo tem um papel muito importante no nosso centro. A colheita por mini-lombotomia iniciou-se em 1988

e em 2010, dada a expansão da laparoscopia, a NLDV começou a ser implementada tornando-se o procedimento standard de colheita em 2011. Tendo em conta as mais recentes séries, há uma clara vantagem da NLDV no que toca à dor no pós-operatório e à recuperação, o mesmo não se verificando na duração do procedimento e no tempo de isquemia quente.

Contrariando estes resultados, o nosso centro apresentou melhores tempos de isquemia quente na colheita por via laparoscópica sem haver um aumento significativo na duração do procedimento.

Com o aumento da experiência nos centros de grande volume e com a criação de equipas especializadas, a NLDV deverá ser considerada a técnica mais adequada para a nefrectomia de dador vivo com melhores resultados a curto prazo e resultados equivalentes a longo prazo.

### C033

#### ARTÉRIAS RENAIIS MÚLTIPLAS NA TRANSPLANTAÇÃO RENAL: SERÁ UM PROBLEMA ATUALMENTE?

JÓÃO CARVALHO<sup>1</sup>; PEDRO NUNES<sup>1</sup>; PAULO DINIS<sup>1</sup>; EDGAR TAVARES-DA-SILVA<sup>1</sup>; VERA MARQUES<sup>1</sup>; BELMIRO PARADA<sup>1</sup>; LORENZO MARCONI<sup>1</sup>; PEDRO MOREIRA<sup>1</sup>; ANTONIO ROSEIRO<sup>1</sup>; CARLOS BASTOS<sup>1</sup>; FRANCISCO ROLO<sup>1</sup>; ARNALDO FIGUEIREDO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

### INTRODUÇÃO

O transplante renal é considerado o melhor tratamento para a insuficiência renal terminal. A escassez de dadores levou a uma crescente necessidade de órgãos compatíveis: enxertos com artérias renais múltiplas (ARM) é uma das soluções, embora possa ser considerado um potencial fator de risco que possa prejudicar o prognóstico.

### OBJECTIVOS

O objetivo deste estudo é avaliar a experiência de um centro hospitalar terciário como utilização de enxertos renais com ARM no transplante renal e comparar o prognóstico entre os enxertos com ARM e com uma artéria renal única (ARU).

### MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo Retrospectivo de 2989 recetores submetidos a transplante renal no nosso centro entre Janeiro de 1980 e Fevereiro de 2017: as características demográficas e o prognóstico foram

# APRESENTAÇÃO CARTAZES

## 22 SET | 8.00 - 10.00

comparados entre receptores de enxertos com ARM (648 doentes) e com ARU (2341 doentes).

A análise estatística foi realizada utilizando o IBM SPSS Statistics 22: teste qui-quadrado, teste t de amostra independentes e teste de Kaplan Meier com um valor de p de 0.05.

### RESULTADOS

Os dadores eram do tipo cadáver em 96,1% e vivo em 3,9%. Os receptores do grupo ARM apresentaram maior tempo de diálise ( $50,3 \pm 43,1$  vs  $46,30 \pm 37,5$  meses,  $p: 0,04$ ), maior tempo operatório ( $2,43 \pm 0,57$  vs  $2,28 \pm 0,49$  horas,  $p < 0,001$ ), maior tempo de isquémia fria ( $19,08 \pm 6,05$  vs  $18,34 \pm 6,17$  horas,  $p: 0,04$ ) e mais transfusões de sangue ( $1,80 \pm 0,8$  vs  $1,65 \pm 0,8$  Unidades,  $p: 0,01$ ) do que os receptores do grupo ARU. No grupo ARM, foram utilizadas técnicas de cirurgia de banco ex-vivo, anastomose sequencial in vivo e técnicas mistas. As diferentes opções não alteraram o prognóstico. A taxa de função tardia do enxerto, as complicações cirúrgicas, o tempo de internamento, as taxas de rejeição aguda e crónica, a perda do enxerto, a morte com enxerto funcionante e a causa da morte não foram estatisticamente diferentes entre os grupos. O seguimento não foi estatisticamente diferente: grupo ARM ( $8 \pm 7,3$  anos) vs ARU ( $7,7 \pm 6,6$  anos) ( $p: 0,1$ ). O estado actual do doente (vivo, morte ou em diálise) não foi dependente do número de artérias utilizadas.

### DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Os enxertos renais de ARM não foram um problema no nosso centro hospitalar: apesar de necessitarem de um maior tempo operatório, maior tempo de isquémia fria e uma maior taxa de transfusão de sangue, os resultados a curto e longo prazo foram comparáveis entre os grupos.

### C034

#### SERÁ A OBESIDADE UM PESADELO NA TRANSPLANTAÇÃO RENAL?

JOÃO CARVALHO<sup>1</sup>; PEDRO NUNES<sup>1</sup>; PAULO DINIS<sup>1</sup>; EDGAR TAVARES-DA-SILVA<sup>1</sup>; MÁRIO LOURENÇO<sup>1</sup>; BELMIRO PARADA<sup>1</sup>; LORENZO MARCONI<sup>1</sup>; PEDRO MOREIRA<sup>1</sup>; ANTÓNIO ROSEIRO<sup>1</sup>; CARLOS BASTOS<sup>1</sup>; FRANCISCO ROLO<sup>1</sup>; ARNALDO FIGUEIREDO<sup>2</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; <sup>2</sup> - IPO de Coimbra

### INTRODUÇÃO

A obesidade é uma patologia comum em todo o mundo, estando também presente nos candidatos a transplantação renal. O

seu efeito nestes doentes é controverso, sendo alvo de intensa discussão.

### OBJETIVOS

Este estudo pretende avaliar o impacto da obesidade nos receptores de transplante renal e compará-lo com doentes sem esta patologia.

### MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional retrospectivo de 913 doentes submetidos a transplante renal entre Setembro de 2010 e Maio de 2017. Obesidade foi definida como índice de massa corporal (IMC)  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> e excesso de peso foi definido como um IMC entre 25-29,99kg/m<sup>2</sup>. Várias variáveis foram testadas comparativamente com doentes com IMC normal (18,5-24,9 Kg/m<sup>2</sup>): tempo de cirurgia, tempo de internamento, função inicial do enxerto, complicações perioperatórias, taxas de rejeição aguda e crónica, níveis séricos de creatinina, sobrevivência do enxerto e do doente.

### RESULTADOS

Verificou-se excesso de peso em 34,1% e obesidade em 11,6% dos doentes, com um predomínio masculino nos três grupos (obesidade – 2,4:1, excesso de peso – 2,7:1, IMC normal – 1,7:1), sem diferenças significativas consoante o escalão etário. Nos doentes com excesso de peso e obesidade, verificou-se uma maior prevalência preoperatória de Diabetes Mellitus tipo II (16%, 18%,  $p < 0,001$ ). A creatinina sérica era estatisticamente diferente no 1<sup>o</sup> mês pós-transplante (Obesidade –  $1,72 \pm 0,82$  mg/dL; Excesso de peso –  $1,55 \pm 0,6$  mg/dL, IMC normal –  $1,4 \pm 0,6$  mg/dL,  $p < 0,05$ ), não se verificando alterações nas determinações posteriores. Nos doentes com excesso de peso e obesidade, comparativamente com os doentes com IMC normal, verificou-se uma maior duração de cirurgia (2,18h, 2,25h vs 2,01h), menor percentagem de diurese imediata (80%, 63% vs 87%), maior percentagem de função tardia do enxerto (14%, 30% vs 9%). Apenas se verificou no pós-operatório uma maior prevalência de linfocelo (7%, 21%, principalmente a partir do IMC: 29,75 Kg/m<sup>2</sup> vs 4%), menor hemorragia (15%, 7% vs 30%), maior deiscência (6%, 21%, principalmente a partir do IMC de 30,82 Kg/m<sup>2</sup>, vs 1,2%). Todas estas alterações foram estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

Não se assistiram a diferenças estatisticamente significativas na taxa de rim não funcionante, na duração do internamento,

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## APRESENTAÇÃO CARTAZES

22 SET | 8.00 - 10.00

na perda de enxerto, na taxa de rejeição aguda e crónica, na necessidade de transplantectomia e sobrevivência do enxerto e do doente.

### DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

A obesidade é um fator de risco que é necessário ter em conta: pior função renal no 1º mês, maior duração de tempo operatório, maior percentagem de função tardia do enxerto e maior prevalência de linfocelo e de deiscência são algumas das condicionantes que surgem. O seu maior efeito verifica-se no período perioperatório e numa fase precoce após o transplante renal, sendo que a longo prazo esse efeito acaba por se desvanecer.

### C035

#### **OTIMIZAÇÃO DA NEFRECTOMIA DE DADOR VIVO: COLHEITA DE RIM ESQUERDO COM MÚLTIPLAS ARTÉRIAS VERSUS RIM DIREITO**

DIOGO NUNES-CARNEIRO<sup>1</sup>; ANDRÉ MARQUES-PINTO<sup>2</sup>; MANUELA ALMEIDA<sup>1</sup>; ISAAC BRAGA<sup>2</sup>; VÍTOR CAVADAS<sup>2</sup>; MIGUEL SILVA-RAMOS<sup>1</sup>

1 - Centro Hospitalar do Porto; 2 - Instituto Português de Oncologia do Porto

### INTRODUÇÃO

Dado que a procura de órgãos para doação excede largamente a oferta, a nefrectomia de dador vivo adquire cada vez maior importância hoje em dia. Os critérios atuais prevêm que se colha o rim, em primeiro lugar com base no maior benefício para dador, e em segundo lugar no melhor para o receptor. O menor tamanho da veia renal direita, e a maior incidência de trombozes venosas descritas em algumas séries, fazem com que o rim esquerdo seja o órgão mais frequentemente escolhido para doação. No entanto, nem todos os potenciais dadores de rim esquerdo têm uma anatomia convencional e por esta razão o estudo das diferenças a curto e longo prazo na função do enxerto entre os rins com múltiplas artérias renais (REMA) à esquerda em comparação com rins diretos (RD) poderá ajudar na seleção do rim a ser doado.

### MÉTODOS

No Centro Hospitalar do Porto foram realizadas cinquenta e seis nefrectomias de dador entre 1999 e 2016 com as seguintes características: 28 nefrectomias de REMA (14 por minilombotomia e 14 por via laparoscópica) e 27 nefrectomias de RD (13 por mini-laparotomia e 14 laparoscópicas). Estes dois grupos foram comparados tendo em conta o tempo operatório, tempo

de isquemia quente, complicações do pós-operatório (utilizando a classificação de Clavien-Dindo), incidência de trombose da veia renal e tempo de internamento quer do dador quer do receptor. A função do enxerto foi avaliada tendo em conta a incidência de Necrose Tubular Aguda (NTA) durante a primeira semana de pós-operatório, Atraso da Função do Enxerto (AFE), Creatinina sérica (Cr) e Taxa de Filtração Glomerular (TFG) durante o primeiro ano após o transplante.

A análise dos dados foi feita com recurso ao STATA v13 usando o teste t, chi quadrado e modelos de sobrevivência ajustados.

### RESULTADOS

A mediana do tempo operatório não diferiu significativamente entre a nefrectomia de REMA (140±32min) e de RD (127±36min) tal como o tempo de isquemia quente (264±179seg vs 211±72seg), tempo médio de internamento do dador (5.0±2.5 vs 4.6±1.1 dias), tempo médio de internamento do receptor (12.1±9.6 vs 13.0±6.9 dias) e complicações do pós-operatório (p=0.79). A prevalência de NTA foi superior no transplante de RD (66.7% vs 39.2%, p=0.01), contudo não houve diferença estatisticamente significativa entre a Cr e a TFG durante o primeiro mês, primeiro semestre e primeiro ano pós-transplante. A sobrevivência a longo prazo não diferiu entre os grupos mas foram reportados dois casos de trombose da veia renal com perda do enxerto no grupo de doentes submetidos a transplante de RD.

### CONCLUSÃO

Com esta revisão podemos concluir que a segurança e a eficácia da nefrectomia de REMA não difere da nefrectomia de RD à exceção dos episódios de NTA durante a primeira semana que são superiores nas nefrectomias de RD. Além disso foram descritos dois episódios de trombose da veia renal após nefrectomia de RD. Assim sendo, apesar de ser tecnicamente mais desafiante, a nefrectomia de REMA deverá ser tida como opção para dador vivo expandindo assim o potencial de dadores disponível.

### C036

#### **ISQUÉMIA FRIA DE 18H: SERÁ QUE OS NOSSOS RESULTADOS DESAFIAM AS GUIDELINES?**

JÓÃO CARVALHO<sup>1</sup>; PEDRO NUNES<sup>1</sup>; PAULO DINIS<sup>1</sup>; HUGO ANTUNES<sup>1</sup>; MÁRIO LOURENÇO<sup>1</sup>; EDGAR TAVARES-DA-SILVA<sup>1</sup>; BELMIRO PARADA<sup>1</sup>; LORENZO MARCONI<sup>1</sup>; PEDRO MOREIRA<sup>1</sup>; ANTÓNIO ROSEIRO<sup>1</sup>; CARLOS BASTOS<sup>1</sup>; FRANCISCO ROLO<sup>1</sup>; VÍTOR DIAS<sup>1</sup>; ARNALDO FIGUEIREDO<sup>1</sup>

# APRESENTAÇÃO CARTAZES

## 22 SET | 8.00 - 10.00

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC); 2 - IPO Coimbra

### INTRODUÇÃO

O tempo de isquemia fria influencia a sobrevivência do enxerto após transplante renal proveniente de dador cadáver. Nas últimas guidelines, é postulado que os rins devem ser transplantados até às 18h de isquemia fria para que não haja prejuízo da sobrevivência do enxerto.

### OBJETIVOS

Analisar os resultados do nosso centro, avaliando o cut-off das 18h.

### MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional retrospectivo de 3020 doentes submetidos a transplante renal entre Junho de 1980 e Maio de 2017. Foram criados 2 grupos de doentes: grupo 1 que apresentava um tempo de isquémia até 18h ( $\leq 18$  horas) e grupo 2 que apresentava um tempo de isquémia superior a 18h ( $> 18$  horas). Foram comparadas variáveis demográficas, clínicas, perioperatórias, complicações, sobrevida do enxerto e do doente.

### RESULTADOS

A idade média do recetor era de  $45.44 \pm 14.2$  anos, numa relação 2H:1M, sendo 97.8% caucasianos, com um peso corporal de  $70.9 \pm 13.4$  kg, sem diferenças entre grupos., não estatisticamente diferente entre grupos. A idade do dador era diferente entre grupos (grupo 1 -  $42.7 \pm 16.6$  vs grupo 2 -  $41.4 \pm 17.9$  anos), numa relação 2H:1M. Tanto o peso ( $73.15 \pm 13.9$  kg) como a creatinina do dador ( $1.1 \pm 0.5$  mg/dL) não era estatisticamente diferente entre grupos. Contudo, os rins provenientes de dadores marginais tiveram mais de 18 horas de isquémia (55%,  $p < 0.001$ ). O tipo de anastomose arterial, venosa e urinária não tiveram influência no número de horas de isquémia. O tempo de cirurgia foi diferente (grupo 1 -  $2.4 \pm 0.8$  vs grupo 2  $2.6 \pm 0.9$  horas,  $p < 0.001$ ), contudo as complicações perioperatórias foram semelhantes. A pressão venosa na desclampagem foi semelhante ( $13.8 \pm 0.83$  cmH<sub>2</sub>O), contudo a tensão arterial sistólica (Tas) e a tensão arterial diastólica (TAd) na reperusão foram diferentes entre grupos (grupo 1 - Tas:  $123 \pm 19$ , TAd:  $73 \pm 14$  vs grupo 2 - Tas:  $126 \pm 20$  mmHg, TAd:  $75 \pm 13.8$  mmHg,  $p$  value  $< 0.05$ ). A duração do internamento foi similar ( $19.44 \pm 20.2$  dias). 67,7% dos rins não funcionantes, 61% dos rins com função tardia e 65% das rejeições agudas pertenciam ao grupo 2 ( $p < 0.003$ , 0.05). A creatinina sérica foi diferente no 1<sup>o</sup> mês (grupo 1 -  $1.5 \pm 0.9$  vs grupo 2 -  $1.7 \pm 1.1$  mg/

dL,  $p < 0.007$ ), aos 3 anos (grupo 1 -  $1.4 \pm 0.6$  vs grupo 2 -  $1.5 \pm 0.8$  mg/dL,  $p$  value 0.04), aos 7 anos (grupo 1 -  $1.3 \pm 0.5$  vs grupo 2 -  $1.5 \pm 0.8$  mg/dL,  $p < 0.001$ ) e aos 15 anos (grupo 1 -  $1.3 \pm 0.6$  vs grupo 2 -  $1.6 \pm 0.9$  mg/dL,  $p < 0.03$ ).

Não houve alterações significativas entre grupos no desenvolvimento de nefropatia crónica do enxerto contudo verificou-se que 63.7% das perdas de enxerto eram rins do grupo 2,  $p < 0.001$ .

Não houve diferença global na sobrevida dos doentes ( $55.4 \pm 13.2$  anos). Contudo houve diferença na sobrevivência do enxerto (grupo 1 -  $15.8 \pm 0.5$  vs grupo 2 -  $14.7 \pm 0.4$  anos,  $p < 0.008$ ).

O cut-off de 18h de isquémia fria admitido neste estudo prevê uma maior perda de enxerto a partir das 18h com uma sensibilidade de 63,7% e especificidade de 48,2%.

### DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Os rins do grupo 2 de facto estão associados a maior necessidade de hemodiálise no pós-operatório, a maior quantidade de rins não funcionantes, função tardia do enxerto, rejeição aguda, piores valores de creatinina, perdas de enxerto com sobrevida do enxerto menor.

Os rins do grupo 2 de facto estão associados a maior necessidade de hemodiálise no pós-operatório, a maior quantidade de rins não funcionantes, função tardia do enxerto, rejeição aguda, piores valores de creatinina, perdas de enxerto com sobrevida do enxerto menor.

### C037

#### TRANSPLANTAÇÃO RENAL PELA MADRUGADA – COMPLICAÇÕES PERIOPERATÓRIAS

MÁRIO LOURENÇO; JOÃO CARVALHO; MIGUEL ELISEU; LORENZO MARCONI; PEDRO MOREIRA; PEDRO NUNES; BELMIRO PARADA; VITOR DIAS; ANTÓNIO ROSEIRO; CARLOS BASTOS; ARNALDO FIGUEIREDO<sup>1</sup>

1 - Serviço de Urologia e Transplantação Renal, CHUC

### INTRODUÇÃO

Com o objectivo de reduzir o tempo de isquémia fria (TIF), muitos transplantes renais (TR) são realizados de madrugada. A prática de cirurgias complexas de madrugada pode influenciar a capacidade técnica do cirurgião e possivelmente influenciar a taxa de complicações cirúrgicas (CC).

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## APRESENTAÇÃO CARTAZES

22 SET | 8.00 - 10.00

### OBJECTIVO

Avaliar a influência do horário de início de cirurgia (HIC) de TR na duração da cirurgia (DC), na taxa de CC e na taxa de rejeição aguda (RA). Comparar a influência do HIC com o TIF do enxerto, em relação à taxa de CC e à taxa de RA.

### MÉTODOS

Avaliados retrospectivamente os resultados de 3019 transplantes realizados entre Junho de 1980 e Março de 2017. Em relação ao horário de incisão, foram criados dois grupos: Grupo M (00:00h – 05:59h) e o Grupo D (06:00h – 23:59h). Avaliação da influência do HIC no tempo de cirurgia, na diurese imediata do enxerto (DI) e na TCC. Avaliação da relação entre o TIF (< 18h; 18-30h;>30h) com a DI e a TCC. Avaliação estatística com SPSS.

### RESULTADOS

Obteve-se HIC de 2973 doentes, sendo que 8,5% foram iniciados entre as 00:00h e 00:59h. O HIC não influenciou a taxa de CC ( $p=0,298$ ), a DC ( $p=0,669$ ) ou a DI ( $p=0,298$ ), mas relacionou-se com maior taxa de RA ( $p=0,015$ ). TIF superiores relacionam-se com maiores taxas de RA ( $p<0,001$ ), não tendo influência na DI ( $p=0,334$ ) ou na taxa de CC ( $p=0,667$ ).

### DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O HIC não influencia o TC, a DI ou a taxa de CC. Com estes resultados, a prioridade deverá centrar-se na redução do TIF.

### C038

#### **FRATURAS PENIANAS: CORREÇÃO CIRÚRGICA E RESULTADOS FUNCIONAIS A LONGO PRAZO.**

PEDRO SIMÕES DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; TIAGO RIBEIRO OLIVEIRA<sup>1</sup>; SANDRO GASPAR<sup>1</sup>; JOÃO ALMEIDA<sup>1</sup>; DAVID MARTINHO<sup>1</sup>; FRANCISCO MARTINS<sup>1</sup>; TOMÉ LOPES<sup>2</sup>

<sup>1</sup> - CHLN-Hospital de Santa Maria; <sup>2</sup> -

### INTRODUÇÃO

A fratura do pénis (FP) é uma emergência urológica infrequente. É definida como a rutura da túnica albugínea do corpo cavernoso após traumatismo no pénis ereto. A correção cirúrgica imediata é o tratamento de eleição e deve ser oferecido a todos os doentes uma vez que o tratamento diferido está associado a sequelas a longo prazo quer anatómicas quer funcionais.

### OBJETIVOS

Avaliar a apresentação e localização da FP e a sua correlação com os resultados funcionais a longo prazo após correção cirúrgica.

### MATERIAL

Entre fevereiro de 2013 e outubro de 2016, oito doentes recorreram ao serviço de urgência por FP, sete dos quais foram submetidos a correção cirúrgica.

### MÉTODOS E RESULTADOS

A apresentação clínica foi avaliada e a localização da fratura identificada por ecografia e intra-operatóriamente. O follow-up (FU) dos doentes incluiu exame físico, urofluxometria, ecodoppler peniano com prova vasoativa (EPV), Índice Internacional de Função Eretil (IIEF-5) e International Prostate Symptom Score (IPSS). O FU mediano foi de 42 meses (intervalo 4 - 48).

A idade mediana foi de 45 anos (intervalo: 26 - 57), a etiologia foi atividade sexual em 7 doentes (87,5%) e queda sobre pénis ereto em um (12,5%). Tempo mediano até à cirurgia foi de 15 horas (intervalo: 3-20). Um doente recusou cirurgia. Dor estava presente à apresentação em 5 (62,5%) doentes, hematoma e detumescência em 6 (75%), tumefação do pénis e uretrorragia em 3 (37,5%), "crack" audível, retenção urinária aguda e desvio peniano em 4 (50%). A fratura foi bilateral em um doente (12,5%), dorsal em 2 (25%), ventral em 6 (75%), proximal em 5 (62,5%), no 1/3 médio em 2 (25%) e distal em um (12,5%). Lesão uretral ocorreu em 4 (50%) doentes. O IIEF-5 mediano foi de 22,5 (Q1-Q3: 18,75-23,75) com 5 (62,5%) doentes sem disfunção erétil (DE) (IIEF-5  $\geq$  22) e 3 (37,5%) com ED (IIEF-5 < 22). O IPSS mediano foi de 6 (Q1-Q3: 1,25-10,75) com 5 (62,5%) doentes com LUTS leves (IPSS  $\leq$  7), 2 (25%) com LUTS moderados (IPSS 8-19) e um (12,5%) com LUTS severos (IPSS 20-35). Não foi identificada qualquer alteração hemodinâmica na EPV. O Qmáx mediano foi de 16,8 mL/s (Q1-Q3: 10,2-27,3). Curvatura do pénis, alterações da ejaculação e parestesia ocorreram em 2 (25%) doentes cada, nódulo palpável em 6 (75%), estenose uretral em 4 (50%). O hematoma foi associado a LUTS leves ( $p=0,04$ ). Seis doentes com uretrorragia desenvolveram nódulos palpáveis ( $p=0,04$ ). Dois doentes com fratura do 1/3 médio desenvolveram alterações da ejaculação ( $p=0,04$ ).

# APRESENTAÇÃO CARTAZES

22 SET | 8.00 - 10.00

## DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

A correção cirúrgica da FP está associada a bons resultados funcionais, com preservação da função erétil e função miccional na maioria dos pacientes.

## C039

### VARICOCELE DOLOROSO: PREDITORES DE SUCESSO NO TRATAMENTO CIRÚRGICO

JOÃO NUNO PEREIRA<sup>1</sup>; JORGE RICARDO CORREIA<sup>1</sup>; CARNEIRO DIOGO<sup>1</sup>; DANIEL OLIVEIRA<sup>1</sup>; DIOGO GIL SOUSA<sup>1</sup>; ISAAC BRAGA<sup>1</sup>; PAULO PRINCIPE<sup>1</sup>; SEVERINO RIBEIRO<sup>1</sup>; JOSÉ QUEIMADA SOARES<sup>1</sup>; AVELINO FRAGA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Porto; 2 - Clínica de Urologia do Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil

## INTRODUÇÃO

Varicocele define-se como uma dilatação e tortuosidade do plexo pampiniforme do cordão espermático.

A sua prevalência na população geral é de aproximadamente 15%, estando associado a infertilidade primária e secundária (35 e 75-81% dos casos, respectivamente) e a dor escrotal (2-10% dos casos).

Varicocelectomia por dor testicular é ainda um tema que gera debate, devido à variabilidade do sucesso da intervenção na resolução das queixas algícas.

## OBJECTIVO

Descrever a casuística e apresentar possíveis preditores de sucesso nos doentes submetidos a varicocelectomia por dor testicular no Centro Hospitalar do Porto.

## MATERIAL E MÉTODOS

Colheita de dados obtidos a partir da informação clínica informatizada e entrevista por meio telefónico aos doentes submetidos a varicocelectomia por dor testicular entre Março de 2011 e Outubro de 2016.

Análise estatística retrospectiva, descritiva e analítica, dos dados obtidos com recurso ao software SPSS v.23.

## RESULTADOS

Foram submetidos a varicocelectomia por dor escrotal 56 doentes entre Março de 2011 e Outubro de 2016, maioritariamente pela técnica de Palomo clássica aberta (98,2% dos doentes). Idade média  $27,1 \pm 7,9$  anos [18-48]. A maioria dos doentes apresentava

varicocele grau  $\geq 2$  (87,5%). Tempo cirúrgico médio  $40,1 \pm 11,4$  minutos [20,0-70,0].

A grande maioria dos doentes referiu dor predominantemente testicular (80,4%). O carácter da dor mais vezes referido foi a dor tipo indolente (46,4%), seguido da dor aguda/paroxística (26,8%). Na escala decimal de intensidade da dor (0 a 10), 58,9% dos doentes classificaram a dor como moderada (entre 5 e 7), 30,4% como dor ligeira ( $\leq 4$ ) e 10,7% como dor grave ( $\geq 8$ ). Quanto à evolução temporal, 62,5% apresentava queixas algícas  $>1$  ano, com apenas 5 doentes a apresentarem dor  $<3$  meses aquando da avaliação inicial.

85,7% dos doentes manifestaram melhoria das queixas algícas, enquanto que 14,3% referiram dor sobreponível ou agravada em relação ao prévio à cirurgia.

No estudo de possíveis preditores de sucesso da cirurgia (resolução parcial ou total das queixas algícas), a análise inferencial não alcançou resultados estatisticamente significativos ( $p < 0,05$ ) em nenhuma das variáveis analisadas: Carácter da dor (Aguda Vs Moedeira) –  $X^2=1,346$ ;  $p=0,246$ , Intensidade da dor (Grau  $\leq 4$  Vs 5-7 vs  $\geq 8$ ) –  $X^2=2,778$ ;  $p=0,249$ , Localização da dor (Testicular Vs Irradiada) –  $X^2=0,325$ ,  $p=0,569$ ; Tempo de Evolução da dor ( $<1$  ano Vs  $\geq 1$  ano) –  $X^2=2,489$ ,  $p=0,115$ ; ou Grau do Varicocele (Grau  $\leq 2$  Vs 3) –  $X^2=5,436$ ,  $p=0,066$ .

## DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

As diversas variáveis clínicas analisadas nesta população não demonstraram associação clinicamente significativa com maior taxa de sucesso da varicocelectomia na melhoria das queixas algícas, sublinhando a necessidade de mais estudos e amostras alargadas.

## C040

### URINARY FUNCTION AFTER SEX REASSIGNMENT SURGERY

MARIA JOSÉ FREIRE<sup>1</sup>; PAULO TEMIDO<sup>1</sup>; PAULO AZINHAI<sup>1</sup>; FRANCISCO ROLO<sup>1</sup>; LUÍS SOUSA<sup>1</sup>; SUSANA PINHEIRO<sup>1</sup>; SARA RAMOS<sup>1</sup>; CARLA DIOGO<sup>1</sup>; FRANCISCO FALCÃO<sup>1</sup>; GISELDA CARVALHO<sup>1</sup>; MARGARIDA BASTOS<sup>1</sup>; LIGIA FONSECA<sup>1</sup>; ARNALDO FIGUEIREDO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

## INTRODUCTION AND OBJECTIVE

Sex reassignment surgeries (SRS) involve manipulation of the urethra and pelvic floor, being these patients at an increased

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## APRESENTAÇÃO CARTAZES

22 SET | 8.00 - 10.00

risk of micturition disorders. In the post-operative period, sexual function is widely studied, but less is known about changes in urinary function. The aim of this study is to evaluate the urinary function of patients after SRS.

### MATERIAL AND METHODS

Retrospective analysis of 18 patients submitted to SRS, of which 7 female-to-male patients (F-M) underwent phalloplasties and 11 male-to-female (M-F) patients performed vaginoplasties, between September 2011 and December 2016, in a large academic centre. Five F-M and 10 M-F patients answered, by telephone, to a questionnaire designed by the authors in order to investigate the impact of surgery on urinary function.

### RESULTS

In the F-M group, with a median follow-up of 43.6 months, 1 patient urinates through a suprapubic catheter and 4 through the neophallus, of which all have good urinary stream and sensation of total bladder emptying. None have stress or urge-incontinence, but 2 patients have loss of drops through a urinary fistula and 3 complain about dribbling. All patients had temporary voiding dysfunction due to surgical corrections of fistula of the neourethra.

After a median follow-up of 23.5 months, none of the patients in the M-F group had stress or urge-incontinence (1 patient had mixed urinary incontinence only in the first month). All have sensation of completely bladder emptying and good urinary stream (except 1). The most common complaint is anterior diverted stream (n=3) and de novo UTI's (n=3).

Overall, 8 M-F and 4 F-M patients are satisfied the way they urinate.

### CONCLUSION

Although most of the patients are satisfied the way they urinate, most of them had some degree of urinary dysfunction. They should be informed before surgery that SRS may cause temporary and/or permanent urinary symptoms that may lead to discomfort.

### C041

#### OUTCOMES DO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA COM SLING DE INCISÃO ÚNICA, ALTIS®, EM REGIME AMBULATORIAL

RAQUEL RODRIGUES<sup>1</sup>; JORGE DIAS<sup>2</sup>; PEDRO COSTA<sup>2</sup>; RUI AMORIM<sup>2</sup>; LUÍS FERRAZ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> - CHVNG/S; <sup>2</sup> - CHVNG/E

### INTRODUÇÃO

A incontinência urinária é uma patologia muito prevalente na nossa população e com um grande impacto na qualidade de vida. Estima-se que a sua prevalência esteja subestimada, com muitas mulheres não procurando activamente um tratamento para o seu problema. No serviço de Urologia do CHVNG/E recebemos em média 515 P1/ano por incontinência urinária, correspondendo a 20% da totalidade dos P1 recebidos. Actualmente a maioria da IUE (incontinência urinária de esforço) na nossa instituição é tratada em regime ambulatorial com sling de incisão única (Altis®)

### OBJECTIVOS

avaliar a eficácia e segurança do tratamento de IUE em regime ambulatorial com sling Altis®, identificando possíveis factores preditores de insucesso.

### MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo retrospectivo de doente submetidas a tratamento de IUE com implantação de mini-sling Altis em regime ambulatorial entre Abril de 2012 e Dezembro de 2016. Foram excluídas deste estudo doentes com sintomas predominantemente de IUU, prolapsos dos órgãos pélvicos >2 e doenças neuro-musculares.

Aplicação de questionário "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)" validado para a língua portuguesa, no pré e pós operatório.

Os outcomes avaliados foram a cura subjectiva (ICIQ-SF=0), a melhoria subjectiva ICIQ-SF >0 and < pré-operatório) e cura objectiva (não utilização de pensos). Calculadas as taxas de complicações intra e pós-operatórias, aparecimento de urgência urinária de novo e alterações do esvaziamento vesical.

### RESULTADOS

Entre Abril de 2012 e Dezembro de 2016 162 mulheres foram submetidas a tratamento de IUE em regime ambulatorial na nossa instituição, com uma idade média de 53,43 anos e um número médio de pensos utilizados de 2. O diagnóstico de IUE foi

# APRESENTAÇÃO CARTAZES

22 SET | 8.00 - 10.00

confirmado por estudo urodinâmico (EUD) em 89,5% dos casos. 45,7% das mulheres referiam queixas concomitantes de urgência, tendo esta hiperactividade sido reproduzida no EUD em 23,1% dos casos.

Cura subjectiva foi reportada em 79,4% das doentes e 15,6% apresentaram melhoria subjectiva após o procedimento, tendo 89,4% das doentes deixado de usar penso para se proteger.

A taxa de complicações no pós-operatório imediato foi de 14,9%. Apenas 1 doente apresentou extrusão de banda. Pequenas alterações do jacto urinário foram reportadas em 19,9% dos casos e 1,9% das mulheres referiam jacto fraco. Objectivamente 93,4% apresentavam resíduo pós-miccional inferior a 50 cc com apenas 4,4% superior a 100 cc. Hiperactividade de novo ocorreu em 10%.

Não houve diferenças estatisticamente significativas na taxa de cura (ICIQ-SF=0 vs. ICIQ-SF>0) com o número de partos vaginais, presença de prolapso do pavimento pélvico (gau I e II), ICIQ pré-operatório, presença de sintomas de urgência ou status pós-menopáusicos. A análise multivariada demonstrou que IMC (OR= -0,046 por cada aumento em 1Kg/m<sup>2</sup>; IC95% 1,037-1,319, p=0,02) demonstrou ser um factor independente para o sucesso da técnica.

## CONCLUSÃO

O sling de incisão única - Altis® demonstrou ser uma técnica segura e eficaz (no follow up a curto prazo) para a correcção da IUE, apresentando taxas de cura similares a outras técnicas de incisão dupla como o TOT. Sendo uma técnica menos invasiva é passível de ser realizada em regime ambulatorial, sem necessidade de pernoita.

## C042

### UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE SLING MASCULINO AJUSTÁVEL TRANSOBTURADOR (ATOMS®) PARA O TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA: EXPERIÊNCIA INICIAL

PALLO PE LEVE<sup>1</sup>; CAROLINA PONTE<sup>1</sup>; JOÃO FELICIO<sup>1</sup>; JOÃO ALMEIDA<sup>1</sup>; JOÃO MARCELINO<sup>1</sup>; TOMÉ LOPES<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar Lisboa Norte

## INTRODUÇÃO

Incontinência urinária de esforço é uma complicação devastadora que pode afectar homens submetidos a qualquer tipo de cirurgia da próstata e tem um impacto muito significativo na sua qualidade de vida. A incidência deste tipo de incontinência urinária iatrogénica tem sido reportado com taxas que variam entre 1-48%, em doentes submetidos a prostatectomia radical. O sistema ATOMS® consiste numa nova forma de tratamento desta patologia com possibilidade de ajuste pós-operatório de uma forma minimamente invasiva.

## OBJECTIVOS

Avaliar a eficácia e segurança do sistema ATOMS®, tal como o grau de satisfação dos doentes submetidos ao procedimento.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Analisámos retrospectivamente base de dados de todos os doentes submetidos a colocação do sistema ATOMS® no Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte, no período de Junho de 2013 a Dezembro de 2016. Os doentes foram entrevistados e submetidos aos questionários PGI-I ("Patient Global Impression of Improvement") e VAS ("Visual analogue scale").

## RESULTADOS

Um total de 15 doentes com uma média de idades de 73 (68-75) anos foram submetidos ao procedimento. A incontinência urinária foi consequência de Prostatectomia radical retropubica (PRR) em 12 doentes e de Ressecção transuretral da Próstata (RTUP) em 3 doentes. 12 dos doentes foram submetidos previamente a radioterapia externa. A média de tempo cirúrgico foi de 77 (60-95) minutos e o tempo médio de internamento hospitalar foi de 1 dia. Não se verificaram quaisquer complicações intraoperatórias. O número médio de pensos utilizados pelos doentes era previamente de 2,5/dia. Após o procedimento, e com um tempo de follow-up médio de 33 (6-42) meses, o número médio de pensos utilizados é de 1,3/dia. Foi conseguida uma melhoria das queixas e diminuição do número de pensos utilizados/dia em 11 doentes (73%), sendo que apenas em 4 doentes (27%) foi atingida a continência total (ausência de necessidade de pensos). Na nossa amostra, todos os doentes que não obtiveram qualquer melhoria tinham sido submetidos previamente a radioterapia externa.

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## APRESENTAÇÃO CARTAZES

22 SET | 8.00 - 10.00

Quanto ao nível de satisfação dos doentes, um Score PGI-I < 4 foi reportado por 12 doentes (66%). Apenas 2 doentes (13%) documentaram dor no pós-operatório imediato com um valor de 3 no score VAS.

Infecção do dispositivo ocorreu em 1 doente (cerca de 7%), com necessidade de extracção do dispositivo. As restantes complicações verificadas foram: retenção urinária aguda (em 13%) e dor escrotal (em 13%). O número médio de ajustes necessários pós-operatoriamente foi de 2.25 (0-6) durante todo o follow-up.

### DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Na nossa amostra verifica-se uma boa taxa de satisfação e de sucesso, e uma baixa taxa de complicações. Os resultados estão em sintonia com os resultados publicados na literatura.

A radioterapia externa prévia parece estar associada a piores resultados terapêuticos, no entanto a nossa amostra é pequena, não atingindo significado estatístico.

Concluimos no nosso estudo que o ATOMS é um dispositivo eficaz e seguro a curto prazo. Serão, contudo, necessários mais estudos com maior casuística e maior seguimento para confirmação destes resultados a longo prazo.

### C043

#### **FÍSTULAS VESICO-ENTÉRICAS: RESULTADOS DE UMA INSTITUIÇÃO AO LONGO DE 8 ANOS DE EXPERIÊNCIA.**

Raquel Rodrigues<sup>1</sup>; Pedro Costa<sup>1</sup>; Daniela Pereira<sup>1</sup>; Rui Amorim<sup>1</sup>; Mariana Leite<sup>1</sup>; Luís Ferraz<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - CHVNG/E

### INTRODUÇÃO

As fístulas vesico-entéricas acarretam uma grande morbidade afectando a qualidade de vida dos doentes. Os sinais e sintomas vão variar maioritariamente com a localização da fístula e a abordagem ideal vai depender da etiologia e localização da mesma. Em alguns casos a abordagem das fístulas coloca-se como um desafio, combinando várias abordagens e necessitando da intervenção de uma equipa multidisciplinar.

### OBJECTIVOS

Avaliar os resultados do tratamento de fístulas vesico-entéricas no CHVNG/E ao longo de 8 anos, identificando possíveis factores preditivos de sucesso.

### MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo coorte retrospectivo de doentes com fístulas vesico-entéricas admitidos no CHVNG/E entre Janeiro de 2008 e Dezembro de 2016. Análise estatística realizada com SPSS®.

### RESULTADOS

No período supramencionado foram admitidos 29 doentes com o diagnóstico de fístula vesico-entérica, com idade média de 63,58. 38,5% dos doentes foram admitidos em regime programado e os restantes 61,5% através do serviço de urgência. A etiologia da fístula foi em 42,3% diverticulite aguda, 26,9% neoplasia, 19,2% iatrogenia, 7,7% doença inflamatória intestinal e 3,8% etiologia indeterminada. Quanto a localização da fístula a distribuição foi a seguinte: 69% sigmoidovesical, 23% rectovesical, 8% ileovesical. O tratamento foi cirúrgico em 65,40% dos casos tendo os restantes 34,6% realizado tratamento conservador. Houve resolução da fístula em 57,7% dos casos. A taxa de complicações foi de 34,6% com 11,1% de classe I de Clavien-Dindo, 22,2% de classe II, 22,2% de classe III, 11,1% de classe IV e 33,3% de classe V. Não houve correlação entre o tipo de terapêutica (cirúrgica vs conservadora), score ASA ou patologia de base com a taxa de complicações.

Na análise univariada, não houve correlação estatisticamente significativa entre a taxa de sucesso e o tipo de admissão, etiologia, localização e antecedentes de radioterapia. A abordagem cirúrgica (OR= 11,375; IC 95%; p=0,014) e a intervenção de uma equipa contendo um elemento de Urologia (OR=36; IC 95% p=0,022) demonstraram-se factores preditor independentes para a cura.

### CONCLUSÃO

As fístulas vesico-entéricas são raras e o seu tratamento vai depender da localização e etiologia. As principais etiologias nomeadamente diverticulite aguda e patologia oncológica são patologias a carecer tratamento por Cirurgia Geral. No entanto, a grande maioria dos doentes refere sintomas urinários como apresentação da sua patologia, passando pelas mãos da Urologia. Independentemente da etiologia e de todos os outros factores o tratamento cirúrgico e a presença de um urologista na equipa demonstraram ser factores independentes para a taxa de cura.

# APRESENTAÇÃO CARTAZES

## 22 SET | 8.00 - 10.00

### C044

#### **TREATMENT WITH BOTULINUM-A TOXIN WITH URETHRAL DILATATION FOR REFRACTORY DYSFUNCTIONAL VOIDING IN FEMALE PEDIATRIC PATIENTS. RETROSPECTIVE ANALYSIS OF 12 YEARS OF CLINICAL PRACTICE IN A REFERENCE CARE CENTER.**

RAQUEL ORTIZ PEROJO<sup>1</sup>; TIAGO RIBEIRO DE OLIVEIRA<sup>2</sup>; SARA DÍAZ NARANJO<sup>1</sup>; JOSÉ MARÍA ANGULO MADERO<sup>3</sup>

1 - Complexo Assistencial de Segovia; 2 - Centro Hospitalar Lisboa Norte; 3 - Hospital Materno-Infantil Gregório Maranhão

#### **INTRODUCTION**

In children, dysfunctional voiding (DV) is defined as an increased activity of the urethral sphincter or the pelvic floor muscles during voluntary voiding, leading to urinary tract infections (UTI), urinary incontinence (UI) and high post-voiding residues (PVR). If not resolved, DV may lead to deterioration of the entire urinary tract and progressive renal failure. Unfortunately, when all the approved therapies fail, there is no consensus on the strategy to implement. Some reports on the use of botulinum-A toxin (BTX-A) are available in the literature but, to date, high-quality clinical evidence on the use of BTX-A in pediatric DV is still lacking.

#### **AIM**

To review 12 years of experience with intrasphincteric injection of BTX-A and urethral dilatation in children with refractory DV.

#### **MATERIALS AND METHODS**

From January 2005 to May 2017, patients with DV who underwent intrasphincteric injection of BTX-A along with urethral pneumatic dilatation after failure of all the available conservative treatment options, were retrospectively analyzed. Patients with neurological disorders, patients submitted to urogenital reconstructive surgery, and those who did not follow a standardized management of their dysfunctional voiding were excluded. After being informed about the procedure, parents signed an Informed Consent. A total of 100 IU of BTX-A diluted in 4 mL of saline was injected at the 4 cardinal points of the urethral sphincter followed by pneumatic dilatation of the urethra with a high pressure balloon up to BATM. After the intervention all patients were reviewed after 1 month. The median follow-up was 25.84 months (12 to 96).

#### **RESULTS**

A total of 13 female patients, between 5 and 14 years old at the time of treatment, met all the inclusion criteria. Mean maximum flow rates before and after the procedure were 18.07 mL/s and 28.46 mL/s, respectively ( $p=0.02$ ). In 84.61% of patients, there was an improvement of the uroflowmetry parameters, achieving normal values in 53.85% of cases. Complete resolution of UTI and/or UI was achieved in 61.53% of patients. A PVR below 20 mL after BTX-A was present in 69.23% of patients. Only 2 patients experienced a UTI within 15 days after the intervention.

#### **CONCLUSIONS**

In our sample of female pediatric patients with refractory DV, intrasphincteric injection of BTX-A and pneumatic urethral dilatation were safe and effective. Despite the absence of studies with greater statistical significance, the literature published so far and the results of the present study support the use of BTX-A in selected pediatric patients with refractory DV.

### C045

#### **EXTROFIA DA BEXIGA: ABORDAGEM PRIMÁRIA EM ADOLESCENTE**

ALINE VAZ-SILVA<sup>1</sup>; PEDRO REINO-PIRES<sup>1</sup>; VANDA PRATAS-VITAL<sup>1</sup>; DINORAH CARDOSO<sup>1</sup>; FATIMA ALVES<sup>1</sup>; FILIPE CATELA-MOTA<sup>1</sup>; JOÃO PASCOAL<sup>1</sup>

1 - Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

#### **INTRODUÇÃO**

A extrofia da bexiga é uma malformação congénita em que ocorre um defeito da formação da parede abdominal anterior e fúseo anterior da pélvis, associado a não encerramento da placa vesical e herniação anterior da bexiga e uretra. Tendo em conta a sua etiologia e apresentação, a abordagem habitual é a reconstrução anatómica no período neonatal, com encerramento da placa vesical e uretra posterior, associada a osteotomia ilíaca bilateral, com o objetivo de proteger a mucosa vesical e permitir a ciclagem e amadurecimento da bexiga. Por se tratar de uma patologia complexa e rara tem indicação para tratamento em centros com experiência no acompanhamento multidisciplinar destes doentes. Por isso com frequência existe demora na referência e transferência, condicionando uma adaptação do tratamento médico e cirúrgico à idade e condições de cada caso.

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## APRESENTAÇÃO CARTAZES

22 SET | 8.00 - 10.00

### OBJECTIVOS

Apresentamos um caso de acesso tardio aos cuidados de saúde de uma adolescente com extrofia da bexiga referenciada para avaliação inicial e tratamento aos 14 anos de idade.

### MATERIAL E MÉTODOS

análise retrospectiva de um caso clínico.

### RESULTADOS

Doente do sexo feminino, natural da Guiné-Bissau, referenciada à consulta de Urologia Pediátrica por extrofia da bexiga, sem ter sido submetida a qualquer tratamento prévio, com placa vesical exposta. Operada em Julho/2009; encerramento da uretra posterior e placa vesical com osteotomia bi-iliaca com osteossíntese com fixador externo. Pós-operatório sem intercorrências. No ano após a cirurgia teve um episódio de infecção urinária baixa. Avaliação ecográfica da capacidade vesical em Junho/2010 revelou bexiga com capacidade vesical de 65cc, contornos regulares de normal espessura da parede. Razões sociais (nomeadamente o desejo manifesto de regressar ao país de origem) inviabilizaram a possibilidade de realização de derivação urinária continente, pelo que em Novembro/2010 optou-se por realizar apenas reimplantação ureteral bilateral, uretroplastia distal, correcção do epispiádias, plastia cutânea e dos pequenos lábios. Em Maio/2011 realizou cistografia, que revelou capacidade vesical de 100cc. Mantinha continência apenas por períodos inferiores a uma hora. Após resolução da situação social foi decidida intervenção para realização de derivação continente, e em Outubro/2012 foi submetida a enterocistoplastia de aumento com encerramento do colo vesical e criação de derivação urinária continente com apendicostomia. Pós-operatório decorreu sem complicações. Actualmente tem 22 anos, realiza cateterização vesical intermitente de 4/4horas, com intervalo nocturno de 6 horas, e considera ter boa qualidade de vida e adaptação social.

### CONCLUSÃO

Apesar de se tratar de uma patologia malformativa congénita identificada no período pré-natal ou neonatal, o acesso a cuidados de saúde especializados destes doentes . pode ser tardio. A correcção tardia da extrofia da bexiga, embora não ideal, pode ter bons resultados funcionais e estéticos.

### C046

#### EVALUATING THE OUTCOME OF CONVENTIONAL TESTICULAR SPERM EXTRACTION FROM CLINICAL PRESENTATION IN PATIENTS WITH NON-OBSTRUCTIVE AZOOSPERMIA

CELSO MARIALVA<sup>1</sup>; NUNO RAMOS<sup>1</sup>; VANESSA METROGOS<sup>1</sup>; JOÃO PAULO ROSA<sup>1</sup>; JOSÉ METELLO<sup>1</sup>; PEDRO SÁ E MELO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Hospital Garcia de Orla

#### INTRODUCTION

Non-obstructive azoospermia (NOA) refers to the complete absence of spermatozoa in semen because of minimal or no spermatogenesis. Several etiologies for this condition have been identified and some clinical factors might predict the probability of finding sperm in these patients. In this study we try to identify and correlate the clinical findings to the success of testicular sperm extraction (TESE).

#### MATERIAL AND METHODS

Retrospective review of patients with NOA undergoing TESE in our department between 2012 and 2015. We analyzed the sperm retrieval rate (SRR) based on testicular size, Follicle-Stimulating Hormone (FSH), Luteinizing Hormone (LH), total testosterone and prolactin levels as well as on the karyotype findings. We also report the results of ICSI based on clinical features combined.

#### RESULTS

A total of 54 patients with a mean age of 34,57 years were enrolled. The overall sperm retrieval rate was 51,9%. We found statistical difference between negative vs. positive SRR regarding mean FSH (p=0,002) and mean LH (p=0,007). No statistical significance was found in terms of SRR based on karyotype findings (p=0.127) or testicular size (p=0,336). A multivariate binary regression model concluded that only FSH could be used as a predictor for TESE+. A FSH value < 11,0 UI/L was associated with an OR of 19 for TESE+ result (95% CI 4.1-87.6). With FSH <11,0 UI/L the probability of TESE+ increases to 85% and if FSH> 11,0UI/L the probability of TESE+ will be 24%. 28 patients proceeded to ICSI with clinical pregnancy and live birth rates of 20,7% and 17,2%.

#### CONCLUSIONS

In this study we achieved a SRR with multiple c-TESE of 51,9% supporting this low-cost technique associated with ICSI as the

# APRESENTAÇÃO CARTAZES

22 SET | 8.00 - 10.00

first line treatment of NOA patients. These patients should always be fully assessed, and informed about the probability of positive TESE. FSH levels alone might be predictive as presented in this study. Furthermore those with normal FSH and normal testicular size can expect higher rates of sperm retrieval and live birth after ICSI.

## C047

### **SERÁ O NÚMERO DE GÂNGLIOS UM FATOR PREDITIVO DE PROGNÓSTICO EM DOENTES SUBMETIDOS A CISTECTOMIA RADICAL?**

DIOGO GIL SOUSA<sup>1</sup>; ANDRÉ MARQUES PINTO<sup>1</sup>; DANIEL OLIVEIRA REIS<sup>1</sup>; JOSÉ SOARES<sup>1</sup>; MANUEL OLIVEIRA<sup>1</sup>; AVELINO FRAGA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar do Porto

#### **INTRODUÇÃO**

A cistectomia radical é considerado o "standard of care" em doentes com neoplasia da bexiga não-musculo invasiva de muito alto risco e doença musculo-invasiva. Linfadenectomia alargada demonstrou ter implicações no estadiamento patológico correto e na identificação de doentes em risco de recorrência após terapêutica local invasiva. Diversos estudos apontam ainda para a potencial melhoria de prognóstico em doentes com maior número de gânglios ressecados. Pretendemos avaliar o volume de gânglios ressecados como fator preditivo de melhor outcome em doentes submetidos a CR.

#### **MATERIAL E MÉTODOS**

Consultámos retrospectivamente os registos clínicos dos doentes submetidos a CR, no CHP, entre Janeiro-2010 e Junho-2017. A análise estatística foi realizada recorrendo ao software STATA® 13.1, utilizando o teste estatístico adequado (teste-t,  $\chi^2$ , ANOVA ou regressão linear ou logística multivariada), com um nível de significância de 0,05.

#### **RESULTADOS**

Total de 181 doentes submetidos a cistectomia radical no período referido. 84,5% do sexo masculino.

O número mediano de gânglios ressecados foi 14 (intervalo interquartil, IQR 10-20, máximo 34), destacando-se a presença de metástases ganglionares em 26,5% dos doentes. O tempo de follow-up mediano foi 33,5 meses (IQR 21,1-51,6 meses).

Considerando o volume de gânglios ressecados, 23,9% dos doentes apresentaram <10 gânglios ressecados, 50,9% 10-19 gânglios e em 25,2%  $\geq 20$  gânglios ressecados.

Na série apresentada não verificamos associação entre o estadiamento ganglionar patológico positivo (pN+) e o número de gânglios ressecados ( $p=0,29$ ).

Na análise multivariada, ajustada para os fatores clinicopatológicos mais relevantes (estadio TNM, idade, complicações pós-op de acordo com escala Clavien-Dindo e ASA), o subgrupo de maior volume de gânglios ressecados apresentou menor mortalidade durante o follow-up considerado - IC95%: -1.297952 a -0.1927212;  $p=0,008$ .

Maior número de gânglios ressecados revelou ainda uma associação estatisticamente significativa com menor taxa de mortalidade específica no subgrupo de doentes pN0, que se manteve após análise multivariada - IC95%: -1.1525379 a -0.0113543;  $p=0,023$ .

#### **DISCUSSÃO / CONCLUSÃO**

Na série apresentada, o maior número de gânglios ressecados em doentes submetidos a cistectomia radical revelou-se um fator preditivo de menor mortalidade, quer na população total, quer nos doentes sem evidência de metástases ganglionares no estadiamento patológico.

## C048

### **CISTECTOMIA RADICAL: EXPERIÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO 2010-2017**

Diogo Gil Sousa<sup>1</sup>; André Marques Pinto<sup>1</sup>; Daniel Oliveira Reis<sup>1</sup>; José Soares<sup>1</sup>; Manuel Oliveira<sup>1</sup>; Avelino Fraga<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar do Porto

#### **INTRODUÇÃO**

A cistectomia radical (CR) é considerado o "standard of care" em doentes com neoplasia da bexiga não-musculo invasiva de muito alto risco e doença musculo-invasiva.

Trata-se de um procedimento cirúrgico de elevada complexidade, associado a morbilidade significativa.

#### **OBJETIVO**

Análise dos casos de CR realizadas no Centro Hospitalar do Porto (CHP) nos últimos 7 anos.

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## APRESENTAÇÃO CARTAZES

22 SET | 8.00 - 10.00

### MATERIAL E MÉTODOS

Consultámos retrospectivamente os registos clínicos dos doentes submetidos a CR, no CHP, entre Janeiro-2010 e Junho-2017. A análise estatística foi realizada recorrendo ao software STATA® 13.1, utilizando o teste estatístico adequado (teste-t,  $\chi^2$ , ANOVA ou regressão linear ou logística multivariada), com um nível de significância de 0,05.

### RESULTADOS

Total de 181 doentes submetidos a cistectomia radical no período referido. 84,5% do sexo masculino. O tipo histológico mais frequente foi carcinoma de células de transição, com 72,7% de casos, e adenocarcinoma em 2,8%. Em 70,7% dos casos, a indicação para CR foi carcinoma urotelial músculo-invasivo.

O tempo operatório médio foi 4,5±1,3 horas. A derivação urinária selecionada foi uretero-ileostomia cutânea em 66,5%, neobexiga ortotópica ileal tipo Studer em 13,6% dos casos e em 15,9% ureterostomia cutânea. A cirurgia laparoscópica representou 13,8% dos doentes intervencionados neste período.

O número mediano de gânglios ressecados foi 14 (intervalo interquartis, IQR 10-20, máximo 34), destacando-se a presença de metástases ganglionares em 26,5% dos doentes.

A mediana de tempo de internamento foi 14 dias (IQR 9-25 dias).

Nos primeiros 90 dias pós-operatórios, 59 doentes (32,6%) sofreram complicações  $\geq 3$  na escala de Clavien-Dindo (ECD), estando a maioria relacionada com a necessidade de encerramento de deiscência da ferida operatória. Ajustando para género, idade e comorbilidades, verificou-se associação de complicações graves com cirurgias mais longas ( $p=0,04$ ) e doença mais avançada ( $p=0,01$ ), mas não com o tipo de derivação urinária ( $p=0,78$ ).

Não se verificou associação entre doença ganglionar e o número de gânglios ressecados ( $p=0,29$ ).

O tempo de follow-up mediano foi 33,5 meses (IIQ 21,1-51,6 meses)

Documentou-se metastização à distância em 45 doentes (24,9%), com uma mediana de sobrevida livre de metástases neste subgrupo de 7,1 meses (IQR 2,6-9,5).

A sobrevida global a 1 ano é de 72,0%. Apresentamos uma taxa de mortalidade de 38,7%, sendo que 72,5% dos casos relacionaram-se com progressão da doença oncológica. Ajustando para idade, género e comorbilidades, os factores associados a maior mortalidade são estadio avançado ( $p<0,001$ ) e complicações cirúrgicas ECD $\geq 3$  ( $p=0,01$ ).

### DISCUSSÃO / CONCLUSÃO

Os resultados do CHP são globalmente sobreponíveis aos da literatura internacional.

### C049

#### SELECTIVE ABLATING UROLOGIC CANCER WITH COLD ATMOSPHERIC PLASMA

CATARINA ALMEIDA-FERREIRA<sup>1,2</sup>; EDGAR TAVARES-DA-SILVA<sup>1,3,4</sup>; RAFAEL SILVA-TEIXEIRA<sup>1</sup>; MAFALDA LARANJO<sup>1,3,5</sup>; INÉS MARQUES<sup>1,3</sup>; RITA NEVES<sup>1,3</sup>; ANA MARGARIDA ABRANTES<sup>1,3,5</sup>; FRANCISCO CARAMELO<sup>1,3,6</sup>; ARNALDO FIGUEIREDO<sup>1,4</sup>; MARIA FILOMENA BOTELHO<sup>1,3,5</sup>

*1 - Instituto de Física - IBILI - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2 - Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra; 3 - CIMAGO - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 4 - Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 5 - CNC.IBILI - Universidade de Coimbra; 6 - Laboratório de Bioestatística e Informática Médica - IBILI - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*

### BACKGROUND

Prostate and bladder cancers are the first and fourth most common noncutaneous cancers in men in developed nations. Plasma, also called the fourth state of matter, is as an ionized gas composed of reactive species, electrical and excited particles. Cold plasmas recently came into the attention of medical society due to its non-inflammatory selective ablative effects in tumor cells.

### OBJECTIVE

The aim of this work was to evaluate the cytotoxicity of cold atmospheric plasma (CAP) in prostate and urinary bladder cancer cell lines.

### METHODS

Our group developed an electronic device capable of generating high output voltage that can ionize a significant fraction of air particles producing cold atmospheric plasma (CAP). The device was designed to expose cell cultures seeded in multiwell plates to short periods of CAP, ranging from 15 to 120 seconds. Two prostate adenocarcinoma cell lines, LNCaP and PC3 (grade IV) and an urinary bladder carcinoma cell line HT1376 (grade III), plated in a concentration of 50.000-100.000 cells/mL in 200 $\mu$ L of cell culture medium, were tested. An additional phenotypically normal human fibroblasts cell line, HFF-1, the standard of somatic cells, was used to screen for selective anti-tumoral effects. Metabolic activity (MA) and protein content (P) were assessed with colorimetric assays MTT and SRB, respectively.

# APRESENTAÇÃO CARTAZES

22 SET | 8.00 - 10.00

## RESULTS

The metabolic activity of LNCaP decreased more than 90% after only 60s of CAP exposure (MA:  $8.83 \pm 2.30\%$ ,  $p < 0.001$ ), with concordant protein content (P:  $21.12 \pm 3.12\%$ ,  $p = 0.01$ ) suggesting an efficient ablative effect. Similar results were obtained for HT1376 with a metabolic rate of  $19.82 \pm 3.21\%$ , ( $p = 0.001$ ) and protein content of  $16.19 \pm 2.79\%$  ( $p < 0.01$ ) after 60s of CAP exposure. Regarding PC3 cell line, the metabolic activity of PC3 was  $7.92 \pm 2.62\%$ , ( $p < 0.001$ ) after 60s of CAP exposure, however a protein content of  $74.37 \pm 6.12\%$  ( $p < 0.001$ ) was still seen after 120s, which suggests that CAP may be causing disproportional derangements in cell function when compared to cell death in this cell line. When these tumoral cell lines were compared with HFF-1 cell line, fibroblasts remained intact after the same CAP time exposure ( $P = 100.34 \pm 17.18\%$ ,  $p > 0.05$ ).

## DISCUSSION/ CONCLUSION

CAP may offer a selective anti-tumoral therapy capable of providing ablation of tumors after short time courses, typically in the range of seconds-minutes, without damaging with adjacent normal tissues.

## COS10

### MAIN DETERMINANTS OF THE EXTENT OF LYMPHADENECTOMY IN RADICAL CYSTECTOMY: A STUDY BASED ON CLINICAL PRACTICE

Luis Vale<sup>1,2</sup>, Filipa Mendes<sup>2</sup>, Luis Pacheco-Figueiredo<sup>1</sup>, Tiago Antunes-Lopes<sup>1</sup>, João Silva<sup>1,2</sup>, Carlos Silva<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Urologia, Centro Hospitalar São João, Alameda Prof. Hernâni Monteiro, 4200-319 Porto, Portugal; <sup>2</sup> Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Rua Dr. Plácido da Costa, 91, 4200-450 Porto, Portugal.

## INTRODUCTION

During radical cystectomy of patients with muscle-invasive bladder cancer, bilateral lymphadenectomy is used not only for an accurate staging, but also to provide local and regional control of the disease. Although recent studies evaluating the anatomical extent of lymphadenectomy recommend an extended template, the extent of lymphadenectomy and its relation with the number of dissected nodes remains on discussion.

## OBJECTIVE

To study the main predictors of the extent of lymphadenectomy in patients with bladder cancer submitted to radical cystectomy.

## MATERIALS AND METHODS

Retrospective analysis of 119 patients with muscle-invasive or selected high-risk non-muscle invasive bladder cancer submitted to radical cystectomy between 2010 and 2015 at a tertiary center.

## RESULTS

Extended lymphadenectomy, performed in 22 patients (20.2%), proved to have a higher number of dissected lymph nodes when compared to standard lymphadenectomy, performed in 87 patients (15.2 vs 14.9 lymph nodes;  $p < 0.05$ ) and showed a trend toward better overall survival, although without statistical significance. Extended lymphadenectomy was performed preferentially in patients undergoing an orthotopic bladder substitution (47.8%) relatively to other types of urinary diversion (around 10-11%). These patients had more dissected lymph nodes relatively to cutaneous ureterostomy (15 vs 8 lymph nodes), on average.

## DISCUSSION/CONCLUSION

The number of retrieved lymph nodes was associated with the extent of lymphadenectomy. Extended lymphadenectomy was more likely to further a better overall survival however without reaching statistical significance. As the type of lymphadenectomy was dependent on the type of diversion it seems that the surgeon's decision about the type of urinary diversion to be performed is the main determinant of the extent of lymphadenectomy in patients with bladder cancer undergoing radical cystectomy.

## COS11

### ANÁLISE DOS AGENTES ISOLADOS EM UROCULTURA NO CHLN E ADEQUAÇÃO DAS NORMAS DE PROFILAXIA ANTIBIÓTICA AOS PADRÕES LOCAIS DE RESISTÊNCIA AOS ANTIBIÓTICOS

Carolina Borges Da Ponte<sup>1</sup>; Ricardo Pereira E Silva<sup>1</sup>; João Felício<sup>1</sup>; Paulo Pé-Leve<sup>1</sup>; Álvaro Aires Pereira<sup>2</sup>; José Palma Dos Reis<sup>1</sup>; Tomé Lopes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup> - Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo das Infecções e da Resistência aos Antimicrobianos

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## APRESENTAÇÃO CARTAZES

22 SET | 8.00 - 10.00

### INTRODUÇÃO

As infeções do trato urinário constituem uma patologia frequente num centro hospitalar terciário. Apesar de existirem recomendações europeias e nacionais para a profilaxia antibiótica do local cirúrgico, há que salientar a variabilidade da frequência dos agentes patogénicos e o seu padrão de resistência a antibióticos conforme cada centro hospitalar e entre os diferentes serviços da mesma instituição. Assim, importa aferir se a profilaxia antibiótica preconizada é adequada aos agentes patogénicos locais.

### OBJETIVO

Caraterizar os isolamentos em uroculturas do Serviço de Urologia (internamento e consulta externa), compará-los com os do restante hospital e verificar se a profilaxia de infeção dos procedimentos urológicos, conforme as normas da DGS (2014) e as guidelines da EAU, são apropriadas à nossa realidade.

### MATERIAL E MÉTODOS

Efetuuou-se análise retrospectiva dos isolamentos em urocultura durante o ano de 2016 no Hospital de Santa Maria (HSM), utilizando o software WHONET 5.6. Os resultados dos produtos colhidos no S. Urologia (internamento/consulta externa) e no restante hospital foram analisados separadamente. Realizado estudo comparativo dos resultados de suscetibilidade aos antibióticos com os protocolos de profilaxia antibiótica do local cirúrgico aconselhada para os procedimentos urológicos (DGS, 2014 e EAU,2017).

### RESULTADOS

Foram identificados 10244 isolamentos: 490 uroculturas no S. Urologia e 9754 no restante HSM. Os agentes mais frequentes em ambas as amostras foram E. Coli (44% no S. Urologia e 52% no HSM), seguida de Klebsiella pneumoniae (19% no S. Urologia e 15% no HSM). Foram isolados cerca de 7% de Pseudomonas aeruginosa no S. Urologia, assim como 7% de Enterococcus faecalis, em comparação com 6% no HSM e 2% de Proteus mirabilis (versus 6% no HSM). O Staphylococcus aureus foi isolado em 3% das uroculturas do S. Urologia e 2% no HSM, enquanto que o Staphylococcus saprophyticus surgiu em 2% das culturas do HSM, sem nenhum isolamento no S. Urologia. Os restantes isolamentos corresponderam a 18% da amostra do S. Urologia e 11% do HSM.

Relativamente à sensibilidade a antibióticos no S. Urologia, 35% das E. coli, aproximadamente metade das Klebsiella pneumoniae e das Pseudomonas aeruginosa, 18% para Proteus mirabilis e 86% dos S. aureus eram resistentes a Quinolonas. No que se refere ao Sulfametoxazol-trimetoprim, constatou-se uma taxa de resistência de cerca de um terço das E. coli, aproximadamente metade das Klebsiella pneumoniae e dos Proteus mirabilis. Metade das Klebsiella pneumoniae eram resistentes a cefalosporinas de 2ª geração e cerca de 50% a cefalosporinas de 3ª geração. As Pseudomonas aeruginosa isoladas eram resistentes a Meropenem e Piperacilina-Tazobactam em 13% e 17% dos casos, respetivamente.

### DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A frequência e perfil de resistências dos microrganismos isolados nas uroculturas do S. Urologia foi sobreponível à do restante hospital. De um modo geral, verificou-se uma elevada taxa de resistências aos antibióticos propostos nas linhas de orientação para profilaxia cirúrgica em procedimentos urológicos e antibioterapia empírica das infeções do trato urinário, tais como as Quinolonas e Sulfametoxazol-Trimetoprim. As Cefalosporinas de 2ª e de 3ª geração foram os antibióticos com menor taxa de resistência nesta amostra.

# CARTAZES A EXPOR

## C052

### NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA - A EXPERIÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

CATARINA TAVARES<sup>1</sup>; DIOGO GIL SOUSA<sup>1</sup>; JOÃO LOURO<sup>1</sup>; MIGUEL SILVA-RAMOS<sup>1</sup>; FILIPE COUTINHO<sup>1</sup>; PAULO PRÍNCIPE<sup>1</sup>; JOSÉ SOARES<sup>1</sup>; FREDERICO TEVES<sup>1</sup>; AVELINO FRAGA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar do Porto

#### INTRODUÇÃO

Quando surgiu no final do século XIX, a nefrectomia parcial era reservada a doentes com rim único ou doença renal crónica em estadio avançado. Atualmente tem vindo a substituir a nefrectomia radical em doentes com tumores localizados, apresentando vantagens em termos de preservação da função renal e sobrevida. Persistem no entanto dúvidas quanto ao seu resultado em termos oncológicos e potenciais complicações. A evolução nas técnicas da cirurgia minimamente invasiva levou à prática de nefrectomia parcial por via laparoscópica (NPL), apresentando esta vantagem em termos de recuperação mais célere do doente.

#### OBJETIVO

Rever a casuística do serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Porto em NPL

#### MATERIAL E MÉTODOS

Análise retrospectiva dos processos clínicos (eletrónicos/ em papel) dos doentes submetidos a NPL entre janeiro de 2010 e junho de 2017.

#### RESULTADOS

Setenta e sete doentes, dos quais 70% homens, com idade média de 58,4 anos, foram submetidos a NPL por tumor(es). A abordagem cirúrgica foi transperitoneal em 92% e por retroperitoneoscopia nos restantes. O tempo cirúrgico médio foi de 2h e 48min, com uma média de 19min 50seg de isquemia quente. Complicações pós-operatórias ocorrem em 8 doentes (10,4%): 7 complicações Clavien-Dindo grau 3 (maioria por hematoma perirenal com necessidade de drenagem percutânea ou de reintervenção) e um caso Clavien-Dindo grau 5. Os tumores tinham em média 27±10 mm de maior eixo, sendo 80% malignos. Neste subgrupo, 5 casos (7,8%) apresentavam margens cirúrgicas intercetadas por tumor. Foi calculado o RENAL score em 48 dos 78 doentes com tumores, sendo o score médio 6,2 (amplitude 4-8). Ao comparar os doentes

com tumores de "risco intermédio" com os doentes com tumores de "baixo risco" (classificação pelo RENAL score), verificamos que os primeiros tinham maior tempo cirúrgico médio (176 vs. 155 minutos, p=0.07) e maior tempo médio de isquemia quente (22.3 vs 18.3 min, p=0.03). Relativamente à taxa de variação da TFG pré-operatória comparativamente à TFG pós-operatória, nos doentes de "baixo risco" houve um aumento de 2%, ao invés dos doentes de "risco intermédio" em que houve uma redução de 8% na TFG.

#### DISCUSSÃO/ CONCLUSÃO

Em centros com experiência em NPL, esta abordagem apresenta um baixo risco de complicações pós-operatórias. A fração de doentes com margens cirúrgicas positivas foi sobreponível à descrita na literatura, não existindo nenhum caso de recorrência diagnosticado até à data. A preservação da TFG é notória nesta serie, com uma redução média de apenas 2% em relação à TFG pré-operatória. O RENAL score parece ser uma ferramenta útil como forma de antecipar fatores determinantes na cirurgia (tempo cirúrgico total/ de isquemia, margens cirúrgicas livres, risco hemorrágico, entre outros).

## C053

### MASSAS DA SUPRA-RENAL EM IDADE PEDIÁTRICA

SOFIA MORÃO<sup>1</sup>; MARIA KNOBLICH<sup>1</sup>; FÁTIMA ALVES<sup>1</sup>; RUI ALVES<sup>1</sup>; HENRIQUE SÁ COUTO<sup>1</sup>; FILOMENA PEREIRA<sup>2</sup>; JOÃO PASCOAL<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central; <sup>2</sup> - Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

#### INTRODUÇÃO

A glândula supra-renal representa uma localização pouco frequente de massas em idade pediátrica. Nesse grupo, há a destacar os tumores benignos como o feocromocitoma e os malignos como o neuroblastoma e o carcinoma adrenocortical. O neuroblastoma é a neoplasia maligna sólida extra-craniana mais frequente em idade pediátrica; é um tumor embrionário do sistema nervoso simpático. Apresenta características únicas clínicas, histológicas e biomoleculares. O carcinoma adrenocortical é um tumor maligno raro que deriva das células do córtex da supra-renal; pode ser funcionante ou não funcionante conforme a produção aumentada de hormonas. O feocromocitoma é um tumor raro da medula da supra-renal, que está associado a algumas doenças hereditárias e alterações genéticas.

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## CARTAZES A EXPOR

### OBJECTIVOS

Rever e analisar a experiência relativamente ao diagnóstico e tratamento das massas da supra-renal em idade pediátrica no Centro Hospitalar.

### MÉTODOS

Revisão retrospectiva bi-institucional, através da consulta dos processos clínicos em papel e em registo informático, de todas as massas da supra-renal diagnosticadas no período entre Janeiro de 2007 e Dezembro de 2016, nos doentes com menos de 16 anos de idade, analisando as suas características clínicas, estudos imagiológicos, abordagem cirúrgica, achados histopatológicos e seguimento.

### RESULTADOS

Durante este período, foram tratadas 31 crianças com massas da supra-renal: 19 neuroblastomas, 3 ganglioneuroblastomas, 2 ganglioneuromas, 3 tumores adrenocorticais e 4 feocromocitomas. A maioria era do sexo masculino (n=22), com idade média de 2 anos (entre 2 meses e 15 anos). Na apresentação clínica, os neuroblastomas manifestaram-se sobretudo como massa abdominal palpável, os feocromocitomas sob o aparecimento de hipertensão arterial e os tumores adrenocorticais com febre e prostração. Na avaliação analítica destaca-se o doseamento da LDH, ferritina, enolase neuro-específica e os metabolitos das catecolaminas na urina. A ecografia abdominal foi o primeiro exame de imagem em todos os doentes, sendo que a grande maioria realizou também TC e RM. Todos realizaram MIBG que captou doença à distância em 6 casos. Destaca-se 1 caso de neuroblastoma com amplificação do gene MYCN e 5 casos com presença de alterações cromossómicas. Os tumores adrenocorticais foram negativos para a presença do p53; um deles apresentava metastização ganglionar. Os doentes com tumores malignos realizaram quimioterapia e radioterapia segundo o estadiamento e os protocolos. Todos os doentes foram submetidos a adrenalectomia por laparotomia. Registou-se 1 caso (neuroblastoma) de oclusão intestinal no pós-operatório re-intervencionado. O seguimento médio foi de 4 anos (entre 1 e 10 anos), tendo sido diagnosticado um caso (feocromocitoma) de recidiva tumoral com necessidade de nova cirurgia; a grande maioria dos doentes está livre de doença em vigilância periódica em consulta.

### DISCUSSÃO/ CONCLUSÃO

Os nossos resultados são semelhantes aos da literatura, sendo a amostra sobreponível a outras séries publicadas. As massas da supra-renal apresentam uma grande variabilidade clínica, pelo que a avaliação laboratorial e imagiológica é útil na diferenciação entre patologia benigna e maligna, embora o diagnóstico final seja dado pela análise histopatológica. A excisão cirúrgica completa da massa representa uma terapêutica definitiva, mas no caso dos tumores malignos estes beneficiam de terapêutica combinada pré e pós cirurgia.

### C054

#### **HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA DE ETIOLOGIA ESTROMAL PREDOMINANTE – CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

MÁRIO LOURENÇO<sup>1</sup>; MIGUEL ELISEU<sup>1</sup>; ROBERTO JARIMBA<sup>1</sup>; BELMIRO PARADA<sup>1</sup>; ARNALDO FIGUEIREDO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Serviço de Urologia e Transplantação Renal, CHUC

### INTRODUÇÃO

A hiperplasia benigna da próstata (HBP) é uma entidade clínica altamente prevalente, sendo o seu diagnóstico confirmado histologicamente. Do ponto de vista histopatológico, a HBP resulta do crescimento hiperplásico do epitélio glandular e estromático, com coalescência de micro e macronódulos na próstata. Habitualmente a HBP é classificada como epitelial/glandular (maioria de células glandulares), mista (células glandulares e estromáticas) e fibromuscular (células estromáticas). Tradicionalmente, a HBP fibromuscular (HBP-F) é entendida como uma precursora da HBP glandular/mista (HBP-G/M), embora a importância clínica desta distinção não esteja bem definida.

### MÉTODOS

Avaliados os resultados histopatológico de 89 doentes sujeitos a resseção transuretral da próstata (RTUP) por aumento do volume prostático, identificando-se 12 HBP-F, 76 HBP M e 3 diagnósticos diferentes de HBP. Os doentes com HBP-F e HBP-G/M foram caracterizados em relação à idade, comorbilidades, volume prostático, PSA pré-operatório, análises pré-operatórias (creatinina, PCR e hemoglobina), medicação com finasterida ou alfa-bloqueante, retenção urinária crónica (RUC), hematúria pré-

# CARTAZES A EXPOR

operatória, antecedentes de infecções do trato urinário (ITUs) de repetição, antecedentes de litíase vesical, antibioterapia na véspera da cirurgia, necessidade transfusional e complicações médico-cirúrgicas no internamento, dias de sonda vesical pós-operatória, complicações nos primeiros 2 meses pós-operatórios e presença de lesões inflamatórias de prostatite na avaliação histológica.

## RESULTADOS

A idade média dos doentes com HBP-F é menor em relação aos doentes com HBP-F/M (66,0 vs. 70,0 anos), embora sem significância estatística ( $p=0,396$ ). Também não existiram diferenças significativas em relação ao volume prostático (52,4 vs. 51,7 cc), PSA (4,0 vs. 3,4 ng/ml), alterações laboratoriais de creatinina, PCR e hemoglobina (1,0 vs. 1,2 mg/dl; 1,0 vs. 0,9 mg/dl; 14,4 vs. 13,7 g/dl, respectivamente), RUC (58,3% vs. 31,5%), litíase vesical (0,0% vs. 12,2%), ITUs de repetição (8,3% vs. 14,1%), hematúria pré-operatória (0% vs. 6,8%), necessidade transfusional (8,3% vs. 5,4%), complicações médico-cirúrgicas no internamento (16,6% vs. 22,6%) e complicações aos 2 meses (19,2% vs. 17,9%).

A avaliação histopatológica dos doentes com HBP-F mostrou maior percentagem de alterações compatíveis com prostatite crónica (75,0% vs. 43,2%;  $p=0,042$ ).

Os doentes em RUC ou com episódio prévio de retenção urinária aguda (com HBP-F ou HBP-G/M), apresentaram menor número de complicações no internamento, relativamente aos doentes sem episódios de retenção (10% vs. 30%;  $p=0,032$ ).

**Discussão e Conclusão:** O número de HBP-F é muito inferior ao de HBP-G/M. No entanto, os doentes com HBP-F apresentam maior taxa de prostatite histológica. Admitindo a teoria que a HBP-F surge primeiro que a HBP-G/M, é de admitir a hipótese que o processo de prostatite agrava os sintomas de LUTS decorrentes da HBP, levando a tratamentos invasivos em fases mais precoces da doença.

No entanto, não existem outras diferenças de relevo do ponto de vista clínico entre as duas entidades.

Neste estudo, os doentes em RUC ou com episódios prévios de retenção aguda não apresentaram mais complicações médico-cirúrgicas.

## C055

### FACTORES DE RISCO PARA TRANSPLANTECTOMIA RENAL NOS 3 PRIMEIROS MESES APÓS O TRANSPLANTE

ANA MARINHO<sup>1</sup>; EDGAR TAVARES-DÁ-SILVA<sup>1</sup>; PAULO DINIS<sup>1</sup>; PEDRO NUNES<sup>1</sup>; PEDRO SIMÕES<sup>1</sup>; CARLOS BASTOS<sup>1</sup>; ARNALDO FIGUEIREDO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

#### INTRODUÇÃO

O transplante renal é o tratamento de eleição para doentes com doença renal crónica em estado terminal. No entanto, quando ocorrem complicações vasculares e/ou infecciosas potencialmente fatais pode ser necessária a transplantectomia urgente.

#### OBJECTIVO

Avaliação de factores de risco para transplantectomia nos primeiros 3 meses após o transplante renal.

#### MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório transversal de 414 transplantados renais em adultos, de dador cadáver e dador vivo, realizados entre Setembro de 2014 e Junho de 2017. Para variáveis nominais aplicou-se o teste de  $X^2$  para testar a sua associação com a ocorrência de transplantectomia. Recorreu-se ao teste t-student para comparação de valores médios de variáveis métricas entre transplantados com e sem necessidade de transplantectomia.

#### RESULTADOS

Observaram-se 16 transplantectomias (3,9% do total dos transplantes), apenas 1 de dador vivo, sendo o tempo médio até ao evento de 24 dias. Contabilizaram-se 4 casos por complicações infecciosas e 12 por complicações vasculares.

A obesidade ( $p=0,441$ ), a HTA ( $p=0,813$ ), a presença de doença arterial periférica ( $p=0,654$ ) ou antecedente de eventos trombóticos ( $p=0,863$ ) não se relacionaram com a ocorrência de transplantectomia.

Verificou-se associação entre doentes transplantados diabéticos ( $p=0,005$ ) e indivíduos com idade  $\geq 65$  anos ( $p=0,028$ ) e a necessidade de transplantectomia.

Os 29 casos de re-transplante não se associaram a transplantectomia precoce do segundo enxerto ( $p=0,873$ ). O recurso ao rim direito de dador não se relacionou com a

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## CARTAZES A EXPOR

transplantectomia ( $p=0,515$ ). A realização de anastomoses vasculares aos vasos ilíacos externos ( $p=0,660$ ) ou aos comuns ( $p=0,4$ ), a presença de múltiplas artérias ( $p=0,072$ ) ou veias ( $p=0,542$ ) no enxerto renal, a realização de anastomose urinária de Lich-Gregoir ( $p=0,111$ ) ou Taguchi ( $p=0,113$ ) não se associaram à necessidade de transplantectomia. A pressão venosa central (PVC) média no momento da desclampagem entre os transplantados sem e com necessidade de transplantectomia não diferiu de forma estatisticamente significativa (13,23 vs 13,21;  $p=0,987$ ). A pressão arterial sistólica (PAS) média no momento da desclampagem entre os transplantados sem e com necessidade de transplantectomia não diferiu de forma estatisticamente significativa (117,8 vs 121,3 mmHg;  $p=0,486$ ). Por outro lado, a pressão arterial diastólica (PAD) média na desclampagem entre os transplantados sem e com necessidade de transplantectomia diferiu de forma estatisticamente significativa (70,1 vs 61,9 mmHg;  $p=0,035$ ). O facto de o cirurgião ( $p=0,906$ )/ajudante ( $p=0,419$ ) ser interno em formação, assim como o transplante ser de madrugada ( $p=0,239$ ) não interferiram com o evento em estudo.

Verificou-se que a re- operação nos primeiros 10 dias após o transplante para revisão de hemostase se correlacionou com a necessidade de transplantectomia ( $p<0,001$ ).

### CONCLUSÃO

Na nossa série concluiu-se que doentes com idade  $\geq 65$  anos, os diabéticos e casos de re- operação nos primeiros 10 dias após o transplante se associaram à ocorrência de transplantectomia nos primeiros 3 meses.

### C056

#### **FÍSTULA RECTO-VAGINAL APÓS TRAUMA OBSTÉTRICO: ENCERRAMENTO CIRÚRGICO SIMPLES, TIPO LATZKO MODIFICADO**

GIL FALCÃO<sup>1</sup>; FRANCISCO MARTINS<sup>2</sup>; RUI BERNARDINO<sup>1</sup>; FRANCISCO FERNANDES<sup>1</sup>; PEDRO BALTÁZAR<sup>1</sup>; HUGO PINHEIRO<sup>1</sup>; CABRITA CARNEIRO<sup>1</sup>; LUÍS CAMPOS PINHEIRO<sup>1</sup>

1 - CHLC; 2 - CHLN

### INTRODUÇÃO E OBJECTIVO

A fistula recto-vaginal (FRV) é uma entidade clínica pouco frequente, embora tendo graves repercussões físicas, funcionais psicológicas e sociais. As causas mais frequentes

são: traumatismo obstétrico, radioterapia, infecção peri-rectal e neoplasia. Apresentamos uma FRV de causa obstétrica, de longa duração, corrigida cirurgicamente com recurso a uma modificação da técnica de Latzko simples e retalhos laterais de parede vaginal.

### MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma doente de 54 anos de idade, previamente saudável, diagnosticada com FRV baixa sem destruição do corpo perineal, com 29 anos de evolução. A FRV foi diagnosticada após o seu 1º parto por via vaginal (aos 24 anos de idade) com utilização de fórceps. Desde então apresenta pequeno orifício fistuloso no 1/3 inferior vaginal associado a corrimento vaginal fétido ocasional, particularmente em períodos de diarreia. Dada a ausência de sintomatologia relevante e por receio das complicações associadas à correção cirúrgica, a doente protelou a sua correção. Cinco anos após o diagnóstico, realizou 2º parto via vaginal, que decorreu sem intercorrências. Por ligeiro agravamento da sintomatologia no último ano decidiu-se pela sua correção cirúrgica com a realização de "flaps" laterais. Foi efectuada a reparação cirúrgica via vaginal com excisão de tecido cicatricial, mobilização dos planos rectal e vaginal com preservação de vascularização e suturas sem tensão com aposição por planos com retalhos laterais de mucosa vaginal.

### RESULTADOS

O pós-operatório decorreu sem intercorrências, tendo a doente tido alta às 48 hrs. A doente encontra-se bem, satisfeita com resultados e sem recidiva de fístula.

### DISCUSSÃO

A maioria dos esquemas de classificação usa a dimensão, localização e etiologia como critérios para categorização como simples ou complexas. São consideradas simples se  $\leq 2,5$ cm de diâmetro, localização baixa (abaixo da linha pectínea com abertura no 1/3 inferior da vagina), secundárias a infecção ou trauma. Geralmente são envolvidas por tecido saudável e bem vascularizado, sendo usualmente corrigidas por abordagem vaginal/perineal. As complexas são:  $> 2,5$ cm, altas (a abertura vaginal encontra-se ao nível do colo uterino), causadas por doença inflamatória intestinal/radiação ou recorrentes. Estas são preferencialmente abordadas por laparotomia por muitos cirurgiões. O tratamento é geralmente cirúrgico. No caso das fistulas simples, a reparação com o uso de "flaps" laterais

# CARTAZES A EXPOR

apresenta bons resultados (77-100%). Por sua vez, as fístulas complexas, apresentam taxas de sucesso inferiores, variáveis de acordo com a patologia subjacente, nomeadamente a radiação ou doença inflamatória intestinal, e experiência do cirurgião. Conclusão: A correcção transvaginal da FRV simples por trauma obstétrico é um procedimento simples, com elevadas taxas de êxito e de baixa morbi-mortalidade.

## C057

### **TUMORES DO TESTÍCULO: 10 ANOS DE EXPERIÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO**

DIOGO GIL SOUSA<sup>1</sup>; DIOGO CARNEIRO<sup>1</sup>; JOAO PEREIRA<sup>1</sup>; ANDRÉ MARQUES PINTO<sup>1</sup>; JOSÉ SOARES<sup>1</sup>; LAFUENTE CARVALHO<sup>1</sup>; NUNO LOURO<sup>1</sup>; AVELINO FRAGA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

#### **INTRODUÇÃO**

Os tumores do testículo são raros, representando no entanto a neoplasia mais comum em homens dos 20 aos 40 anos. Os tumores mais comuns derivam das células germinativas (TCG), 95% dos casos, e dividem-se em seminoma (TS) e não-seminoma (TNS) de acordo com as suas características histológicas.

O cancro do testículo é uma neoplasia com elevada taxa de cura com uma sobrevida média aos 5 anos de 96%.

#### **OBJECTIVOS**

Caracterização de doentes com neoplasia testicular submetidos a orquidectomia radical no Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Porto a partir de Março de 2006 até Dezembro de 2016.

#### **MÉTODOS**

Análise retrospectiva da informação clínica dos doentes admitidos com o diagnóstico de neoplasia maligna do testículo e submetidos a orquidectomia radical.

Foram registados dados demográficos, clínicos (sintomatologia, antecedentes e fatores de risco), estadiamento pré e pós-operatório e tratamento realizado.

Análise descritiva e analítica dos dados com recurso ao software STATA v13.1.

#### **RESULTADOS**

Apresentamos uma série de 115 orquidectomias realizadas no período considerado, com uma idade média ao procedimento

de 34,6 ±12,4 anos. A mediana de follow-up foi 45 meses [6-129 meses].

A maioria dos doentes (69,2%) foi referenciada por massa testicular e 18,0% dos doentes por dor testicular. Seis doentes tinham história de criptorquidia.

Onze dos doentes apresentavam ginecomastia à data de diagnóstico, sendo este sintoma mais frequente em doentes com tumores do estroma (33% vs 13%), apesar de não apresentar relação estatisticamente significativa com o tipo histológico (p=0,25).

Oito dos doentes que entraram no estudo apresentavam tumores sem características de malignidade (5 de células de Leydig, 1 tumor epidermóide, 1 tumor adenomatóide e 1 fibroma testicular). Relativamente ao tipo histológico dos tumores malignos registaram-se 95 casos de TCG (90,1%), 8 casos de tumores do estroma testicular (7,6%), 1 linfoma e 1 leiomiossarcoma.

Dos TCG, 55,8% revelaram-se TS e 44,2% TNS (sendo a maioria destes de padrão celular misto). Ao analisar a distribuição do estadiamento dos TCG ao diagnóstico verificamos que 77,7% dos doentes com TS foram diagnosticados no estadio I, contra 56,2% dos doentes com TNS. Estadio III à apresentação foi diagnosticado em 4,4% dos doentes com TS e 13,2% dos casos com TNS.

O tamanho do tumor ao diagnóstico correlacionou-se significativamente com o estadio (p=0,035).

57,5% dos doentes apresentavam marcadores positivos ao diagnóstico e 32,7% (do total n=37) normalizaram no pós-operatório.

Foram submetidos a quimioterapia 58 doentes (52,5%): 26 dos doentes com seminoma (49,1% dos doentes com TS) e 31 dos doentes com não-seminoma (73,8% dos doentes com TNS).

Linfadectomia retroperitoneal foi realizada em 17 doentes. Registaram-se 11 recidivas: 3 lesões metacronas (realizada orquidectomia contralateral) e 8 retroperitoneais.

Durante este período faleceram 5 doentes, entre eles os diagnosticados com leiomiossarcoma e linfoma e um doente com tumor de células de Leydig disseminado; dois faleceram de causas não relacionadas com a neoplasia.

#### **CONCLUSÕES**

Os resultados do CHP são globalmente sobreponíveis aos de centro de referência internacional.

# APU 2017

## CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE UROLOGIA

### CARTAZES A EXPOR

#### C058

##### **ABORDAGEM TERAPÊUTICA DE FÍSTULAS VESICOVAGINAIS – EXPERIÊNCIA DA ULSM**

RAQUEL CATARINO<sup>1</sup>; ANDRÉ CARDOSO<sup>1</sup>; CARLOS FERREIRA<sup>1</sup>; DIOGO PEREIRA<sup>1</sup>; TIAGO CORREIA<sup>1</sup>; MANUEL CERQUEIRA<sup>1</sup>; FREDERICO CARMO REIS<sup>1</sup>; MARTINHO ALMEIDA<sup>1</sup>; RUI PRISCO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Serviço de Urologia, Hospital Pedro Hispano

#### **INTRODUÇÃO**

As fístulas vesíco-vaginais são comunicações patológicas entre a bexiga e a vagina. Em países desenvolvidos, a causa mais comum é iatrogénica, e o tratamento é predominantemente cirúrgico. Apresentamos uma série de casos de fístulas vesíco-vaginais tratadas na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, durante um período de 20 anos.

#### **MATERIAL E MÉTODOS**

Este estudo inclui a análise retrospectiva de doentes com fístulas vesicovaginais tratadas cirurgicamente na nossa instituição, durante um período de 20 anos. Foram incluídos 28 casos, com idade média de 44 anos.

A maioria das fístulas apresentadas eram de pequena dimensão, sendo superiores a 1 cm em 4 casos.

Todos os casos tiveram etiologia iatrogénica, sendo 27 em 28 casos secundárias a histerectomia, uma secundária a cesariana e outra a complicação de esfíncter urinário artificial. Todas as doentes apresentaram incontinência urinária.

#### **RESULTADOS**

Foi tentado tratamento conservador em 8 doentes, sem sucesso, e as doentes foram posteriormente tratadas cirurgicamente.

As técnicas de correção utilizadas incluíram fulguração do trajeto fistuloso (1 caso), abordagem transvaginal (1 caso), abordagem suprapúbica transvesical extraperitoneal (20 casos) e abordagem suprapúbica transvesical intraperitoneal (7 casos) com interposição com epíplon.

A taxa de sucesso do tratamento cirúrgico foi de 86% após a única intervenção. Em 4 casos verificou-se recidiva após cirurgia transvesical, que foram novamente submetidos a correção cirúrgica, com resolução do quadro em todas as doentes. Mantivemos cateteres ureterais exteriorizados em 10 doentes, e cistostomia suprapúbica em 18 casos. Todas as doentes ficaram algatadas no pós-operatório, em média 16 dias.

O tempo desde a causa até diagnóstico foi de 74 dias e o tempo médio desde causa até correção cirúrgica foi de 216 dias.

Relativamente a complicações, de referir 3 casos de complicações da ferida operatória, 1 caso infeção do trato urinário e 5 casos de imperiosidade, que melhoraram com medicação anticolinérgica. O seguimento após correção foi em média de 14 meses.

#### **DISCUSSÃO E CONCLUSÕES**

A lesão cirúrgica do trato urinário baixo ocorre mais comumente durante a realização de histerectomia. O tratamento desta patologia é predominantemente cirúrgico e este pode ser realizado através de técnicas transvaginais ou suprapúbicas, com elevadas taxas de sucesso.

O tratamento cirúrgico deve ser realizado o mais precocemente possível. No entanto, está recomendado um tempo de espera de alguns meses desde o evento causal até à reparação cirúrgica para diminuir o edema tecidual e inflamação e permitir menos hemorragia e menor tensão nas linhas de sutura.

A nossa série apresentada representa um longo período, de 20 anos, com resultados semelhantes a outros publicados na literatura, com elevadas taxas de sucesso no tratamento cirúrgico e reduzido número de complicações.

#### C059

##### **CRIOABLAÇÃO NO TRATAMENTO DA RECIDIVA LOCAL APÓS RADIOTERAPIA NO CARCINOMA DA PRÓSTATA – RESULTADOS INICIAIS DE UM CENTRO DO NORTE**

JOÃO NUNO PEREIRA<sup>1</sup>; ISAAC BRAGA<sup>1</sup>; RUI FREITAS<sup>1</sup>; SANCHES MAGALHÃES<sup>1</sup>; VÍTOR MOREIRA DA SILVA<sup>1</sup>; FRANCISCO LOBO<sup>1</sup>; ANTÓNIO MORAIS<sup>1</sup>; BELARMINO GONÇALVES<sup>1</sup>; JORGE OLIVEIRA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Clínica de Urologia do Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil; <sup>2</sup> - Unidade de Angiografia do Serviço de Radiologia de Intervenção do Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil

#### **INTRODUÇÃO**

Apesar do avanço tecnológico e da implementação contínua de novas técnicas de radioterapia no tratamento do carcinoma da próstata localizado, o tratamento da recidiva continua a ser uma realidade difícil para a Urologia, uma vez que as opções de tratamento disponíveis parecem apresentar uma taxa de efeitos laterais alta com benefício pouco sustentado em termos de sobrevivência global ou relacionada com cancro.

Ainda assim, a crioablação da próstata tem sido proposta como uma alternativa viável no tratamento de doentes com recidiva

# CARTAZES A EXPOR

local após radioterapia primária de carcinoma da próstata localizado.

Desta forma, sendo uma opção terapêutica implementada pela Clínica de Urologia do IPO do Porto desde Maio de 2014, o objectivo deste trabalho visa apresentar os resultados oncológicos dos doentes desta instituição submetidos a crioablação da próstata por recidiva local após radioterapia primária de carcinoma da próstata localizado.

## MATERIAL E MÉTODOS

Colheita de dados obtidos a partir da informação clínica informatizada dos doentes submetidos a crioablação da próstata por recidiva local após radioterapia primária de carcinoma da próstata localizado entre Maio de 2014 e Abril de 2017.

O critério de recidiva bioquímica adoptado foi o de Phoenix, ou seja, um aumento  $\geq 2$  ng/ml acima do PSA-nadir quer após radioterapia primária, quer após crioablação de salvamento.

Análise estatística retrospectiva dos dados obtidos com recurso ao software SPSS v.23.

## RESULTADOS

12 doentes foram submetidos a crioablação da próstata por recidiva local após radioterapia primária de carcinoma da próstata localizado. Idade média ao diagnóstico primário de  $63,2 \pm 5,5$  anos [53-70]. A mediana do PSA ao diagnóstico foi de 10,45 ng/ml [4,64-31,90]. 9 doentes apresentaram tumor grau  $\leq 7$  (3+4), enquanto os restantes apresentaram tumor grau  $\geq 7$  (4+3). 10 doentes foram submetidos a radioterapia extra-corporal e 2 doentes a braquiterapia. A mediana do tempo até atingir o PSA-nadir após radioterapia foi de 17 meses [5-33]. A mediana do tempo livre de doença após PSA-nadir foi de 51 meses [29-126]. A mediana do valor de PSA pré-crioablação foi de 6,81 [2,52-16,91]. Não houve evidência de doença à distância em nenhum dos doentes. A mediana do tempo de follow-up foi de 14,36 meses [1,08-38,37]. Metade dos doentes atingiram PSA-nadir após crioablação, 5 doentes continuam com valor de PSA em decrescendo, sendo que 1 doente apresentou valores de PSA sustentadamente superiores aos pré-crioablação. A mediana do valor de PSA-nadir após crioablação foi de 0,236 ng/ml [0,015-5,24].

Quanto às complicações do procedimento, as mais frequentes foram sintomas urinários baixos de novo (50%), incontinência urinária de novo (41,7%) e dor perineal (33,3%).

## CONCLUSÃO

A crioablação da próstata constitui uma opção terapêutica minimamente invasiva e alternativa à prostatectomia radical de salvamento no tratamento de doentes com recidiva local após radioterapia primária de carcinoma da próstata localizado. Embora a amostra e o tempo de seguimento dos doentes tratados no IPO do Porto sejam curtos, os resultados oncológicos e a morbilidade associada à crioablação da próstata são equivalentes aos resultados existentes na literatura.

## C060

### CONCORDÂNCIA ENTRE BIÓPSIA E ANATOMIA PATOLÓGICA APÓS PROSTATECTOMIA RADICAL NOS CARCINOMAS DA PRÓSTATA GLEASON 8

RUI BERNARDINO<sup>1</sup>; LUIS SEVERO<sup>1</sup>; FRANCISCO FERNANDES<sup>1</sup>; HUGO PINHEIRO<sup>1</sup>; PEDRO BALTAZAR<sup>1</sup>; GIL FALCÃO<sup>1</sup>; LUIS CAMPOS PINHEIRO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar de Lisboa Central

## INTRODUÇÃO

A biópsia transrectal e o score Gleason são usados para prever a anatomopatologia final e para decidir acerca do tratamento mais adequado do carcinoma da próstata (CAP).

## OBJETIVO

Neste trabalho, pretendemos avaliar a concordância entre o CAP diagnosticado como Gleason 8 na biópsia e a sua anatomopatologia verdadeira após prostatectomia radical (PR).

## MATERIAL

Entre 2010-2016, 560 doentes foram submetidos a PR aberta no Centro Hospitalar de Lisboa Central. 41 destes foram diagnosticados com score Gleason 8 na biópsia prostática.

## MÉTODOS E RESULTADOS

A biópsia e a anatomopatologia após PR foram comparadas e o teste t de Student, o teste do qui-quadrado e o teste exato de Fisher foram utilizados para análise estatística. Houve uma diminuição do grau 8 de Gleason da biópsia prostática comparativamente à análise anatomopatológica após PR em 56,1% dos doentes (23/41). Houveram 22 produtos de biópsia diminuídos para grau 7 de Gleason (Gleason 3 + 4 n = 12; Gleason 4 + 3 n = 10) e 1 foi diminuído para Gleason 6. O downgraded anatomopatológico está significativamente associado com menor PSA na altura da

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## CARTAZES A EXPOR

biópsia (média 4,47 vs 12,9 ng/mL,  $p < 0,03$ ) e com a extensão extracapsular (38,1% vs 61,9%,  $p < 0,02$ ). Está também associado a menor percentagem de margens positivas (26,7% vs 73,3%). A invasão das vesículas seminais, a idade e o estadio clínico não foram associados ao downgraded na anatomia patológica.

### CONCLUSÃO

Concluimos que houveram mais de metade de biópsias prostáticas Gleason 8 que tiveram o seu grau diminuído após PR. Quase 1/3 foram diminuídas para Gleason 7 (3 + 4) e 1/4 para Gleason 7 (4 + 3). Isso significa que podemos estar a sobrediagnosticar o Gleason 8. Isto preocupa-nos não só para os pacientes que não têm um resultado anatomopatológico (aqueles submetidos a radioterapia ou braquiterapia) mas também para aqueles pacientes em que uma pequena diferença de um ou dois pontos Gleason pode influenciar a decisão terapêutica. As limitações deste sistema de pontuação devem ser consideradas ao selecionar tratamentos e devem ser um esforço de melhoria de técnicas de diagnóstico de CAP.

### C061

#### **EVALUATION OF SURGICAL COMPLICATIONS, GRAFT FUNCTION AND PATIENT SURVIVAL IN KIDNEY TRANSPLANTATION: A SINGLE-CENTER EXPERIENCE**

CELSO MARIALVA<sup>1</sup>; NUNO RAMOS<sup>1</sup>; VANESSA METROGOS<sup>1</sup>; NUNO FIGUEIRA<sup>1</sup>; CARLOS OLIVEIRA<sup>1</sup>; MARIA JOSÉ FERREIRA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Hospital Garcia de Orta, E.P.E.

### INTRODUCTION

As renal transplantation is considered the only definitive treatment of end-stage kidney disease, it's interesting to study which factors may predict the functional results of kidney transplantation.

The current work aims to detect the effect of several factors on immediate and delayed graft function, as well as on surgical complications and patient survival.

### MATERIAL AND METHODS

Retrospective review of patients submitted to kidney transplantation from brain death donors in our department between January 2010 and December 2016.

We collected preoperative features, surgical technique, graft characteristics and postoperative events. All surgical

complications were reported and classified with Clavien-Dindo scale.

Chi-square test, odds ratio calculation and binary logistic regression of factors that may predict surgical complications or the onset of delayed graft function were analyzed.

### RESULTS

112 patients, 70 males (62,5%), mean age 58,8±11,2 (25-76) years were enrolled.

A total of 17 patients (15,2%) had surgical complications: 8 grade I, 2 grade II and 7 grade III.

Only donors' age was significant to predict surgical complications, specially if donor is older than 60 years (OR 3,44; 95% CI 1,17-10,15;  $p=0,03$ ).

60 patients (52,2%) had immediate graft function. If previous hemodialysis (OR 0,245; 95% CI 0,065-0,923;  $p=0,049$ ), receptors BMI > 25 (OR 4,15; CI 95% 1,36-12,65;  $p=0,017$ ) and donors' age > 55 years old (OR 2,20; 95% CI 1,02-4,75;  $p=0,033$ ) delayed graft function was significantly higher.

Mean follow-up time was 47,35±24,26 (10-88) months. 15 patients (13,4%) had graft loss, 9 (8,0%) of them immediately after transplantation. 12 patients had their graft surgically removed due to chronic rejection.

During follow up, 6 patients (5,4%) have died, at least 6 months after surgery. To date 91 patients keep good graft function with mean creatinine of 1,66±0,59 (0,7-3,6).

### CONCLUSION

Kidney transplantation might be a challenging surgery and the Urologist should attend to all details to avoid complications and improve graft function. Higher donor's age apparently is associated with more surgical complications. Previous hemodialysis, higher receptor BMI and higher donor's age is associated with delayed graft function.

### C062

#### **EFICÁCIA DOS SLINGS AJUSTÁVEIS (A.M.I) EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE STRESS POR INSUFICIÊNCIA INTRÍNSECA DO ESFÍNCTER**

RUI BERNARDINO<sup>1</sup>; LUIS SEVERO<sup>1</sup>; FREDERICO FERRONHA<sup>1</sup>; HUGO PINHEIRO<sup>1</sup>; FRANCISCO FERNANDES<sup>1</sup>; PEDRO BALTAZAR<sup>1</sup>; GIL FALCÃO<sup>1</sup>; LUIS CAMPOS PINHEIRO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital de São José

# CARTAZES A EXPOR

## INTRODUÇÃO

Os slings para uretrais são o tratamento cirúrgico padrão da incontinência urinária de esforço. No entanto, apesar do sucesso deste tipo de cirurgia, cerca de 20% das pacientes sofrem de sintomas persistentes e recorrentes após a cirurgia. Os slings ajustáveis são uma alternativa recente, mas ainda com poucos estudos na literatura.

## OBJECTIVO

Pretende-se apresentar os casos de incontinência urinária de esforço por insuficiência intrínseca do esfíncter, que foram submetidos a colocação de sling transobturador ajustável (A.M.IÖ) no serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central, e avaliar este procedimento cirúrgico em termos de eficácia, segurança, melhoria da qualidade de vida e satisfação da doente.

## MATERIAL E MÉTODOS

10 mulheres foram submetidas à colocação de sling transobturador ajustável durante o ano 2016 no Centro Hospitalar de Lisboa Central durante o ano de 2016, num total de 10 doentes.

## MÉTODOS E RESULTADOS

Registaram-se as características gerais das doentes, fatores de risco para incontinência, história obstétrica e resultados dos exames urodinâmicos. As doentes foram questionadas telefonicamente solicitando-se o preenchimento de uma versão curta do questionário Urogenital Distress Inventory (6 questões) juntamente com duas perguntas: "repetiria o procedimento" e "está satisfeita com a sua função urinária".

Aumentámos a tensão da fita em uma das doentes e diminuímos a tensão em duas das pacientes por retenção urinária aguda no pós-operatório. Seis das dez doentes tinham sido submetidas a colocação de slings uretrais anteriormente e todas tinham pelo menos um fator de risco para incontinência urinária de stress. Na 1ª consulta de seguimento, 3 meses após a cirurgia todas as doentes, estavam sem queixas.

O questionário foi realizado em média 8,2 meses após a cirurgia, tendo uma das pacientes referido recidiva dos sintomas pelo que não repetiria o procedimento. A satisfação global foi favorável, sendo que todas as outras doentes obtiveram regressão completa dos sintomas urinários e repetiriam o procedimento novamente.

## DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

A combinação ótima de resolução de incontinência urinária de esforço e satisfação da paciente após o sling ajustável poderá estar relacionado com a modulação da tensão deste no período pós-operatório. Isso permite evitar os problemas mais comuns após colocação dos slings convencionais tais como perdas persistentes de urina ou complicações obstrutivas, frequentemente associadas a uma tensão inapropriada.

O nosso trabalho confirma os dados existentes sobre este procedimento em termos de eficácia e satisfação do doente, servindo como um ponto de partida para trabalhos com amostras mais significativas de doentes.

## C063

### ALCALINIZAÇÃO URINÁRIA NO TRATAMENTO DE UROLITÍASE RADIOLUCENTE

ANDRÉ MARQUES PINTO<sup>1</sup>; MÁRCIA MACHADO<sup>2</sup>; FREDERICO TEVES<sup>1</sup>; VÍTOR CAVADAS<sup>1</sup>; AVELINO FRAGA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar Universitário do Porto; <sup>2</sup> - Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar

## INTRODUÇÃO

A urolitíase tem demonstrado incidência e prevalência crescentes, atingindo cerca de 10% da população das sociedades ocidentais, em relação com fatores intrínsecos e ambientais. Os cálculos de ácido úrico representam 5 a 10% dos casos, tendo origem no produto de metabolização das purinas, cuja cristalização é favorecida pela supersaturação e acidez urinária. Os indivíduos com urolitíase radiolucente assintomática beneficiam de quimiodissolução como tratamento não-invasivo de primeira linha, incluindo hidratação, alcalinização urinária, alopurinol e alterações dietéticas.

## OBJETIVO

Avaliação da eficácia da alcalinização urinária em indivíduos com urolitíase radiolucente.

## MATERIAL E MÉTODOS

Consulta do processo clínico e meios complementares de diagnóstico dos indivíduos com urolitíase radiolucente seguidos na Consulta Externa de Litíase Urinária do Centro Hospitalar e Universitário do Porto, entre julho de 2012 e junho de 2016, submetidos a quimiodissolução com alcalinização urinária com Acalca® ou Uralyt®. Os critérios de inclusão compreenderam

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## CARTAZES A EXPOR

1) cálculos radiolúcentes >1cm de maior eixo em ecografia e/ou 2) cálculos >1cm de maior eixo em tomografia computadorizada de densidade <450 unidades de Hounsfield. Foram excluídos indivíduos com 1) dor recorrente, 2) sinais imagiológicos de obstrução, 3) infeção do trato urinário e 4) doença renal crónica (estadio >2 ou hipercaleiémia). A reavaliação imagiológica ocorreu aos três, seis e doze meses. A análise estatística foi realizada com recurso ao programa STATA® 13.0, utilizando modelos de regressão uni- e multivariada, com um nível de significância de 0,05.

### RESULTADOS

Neste período, 150 indivíduos (53,3% homens; média de idades de 63,0±11,4 anos) foram submetidos a alcalinização urinária, 113 (75,3%) dos quais não necessitaram de tratamento suplementar, verificando-se eficácia terapêutica ao fim de 4,3 meses, em mediana. No início do tratamento, a mediana do maior eixo dos cálculos era de 22mm (13-34), verificando-se redução para 0mm (0-7) nos casos de eficácia terapêutica. A adesão terapêutica auto-reportada foi 92,7%. As comorbilidades mais frequentemente associadas foram excesso de peso/obesidade (n=129, 84,9%), hipertensão arterial (n=96, 64,0%), dislipidemia (n=66, 44,0%), diabetes mellitus tipo 2 (n=54, 36,2%) e hiperuricemia (n=50, 35,5%). Verificou-se uma associação positiva entre valores de ácido úrico sérico mais elevados (p=0,02) ou toma de alopurinol (p=0,04) e eficácia terapêutica. De facto, a hiperuricemia está associada a menor necessidade de fragmentação física dos cálculos (OR=0,72 95CI 0,55-0,94 p=0,018). Os factores preditivos de quimiodissolução completa (n=67) são dislipidemia (OR=1,99 95CI 1,01-3,91 p=0,047), hiperuricemia (OR=1,32 95CI 1,07-1,63 p=0,01), e idade avançada (OR=1,03 95CI 1,00-1,06 p=0,026). Entre aqueles que necessitaram de intervenção adicional (n=37), a análise dos cálculos revelou litíase úrica em apenas 12 casos. Comparando com os casos de quimiodissolução completa, os factores preditivos identificados para a necessidade de fragmentação física dos cálculos foram o diagnóstico prévio de diabetes mellitus tipo 2 (OR=6,67 95CI 1,12-39,59 p=0,037) e cálculo de maiores dimensões (OR 1,10 95CI 1,03-1,17 p=0,004).

### DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

A alcalinização urinária constitui tratamento eficaz e económico da urolitíase radiolúcida, obviando a necessidade de tratamentos onerosos na maioria dos casos, devendo ser

a primeira opção terapêutica, nomeadamente, em indivíduos idosos, com hiperuricemia e dislipidemia.

### C064

#### RESULTADOS A CURTO E LONGO PRAZO DE CISTECTOMIA RADICAL ABERTA VS LAPAROSCÓPICA: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

SARA ANACLETO<sup>1</sup>; CARLA RIBEIRO<sup>2</sup>; CLÁUDIA PEREIRA<sup>2</sup>; PAULO MOTA<sup>1</sup>; AGOSTINHO CORDEIRO<sup>1</sup>; JOÃO TORRES<sup>1</sup>; NUNO MORAIS<sup>1</sup>; MÁRIO CERQUEIRA-ALVES<sup>1</sup>; EMANUEL DIAS<sup>1</sup>; ESTEVÃO LIMA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Hospital de Braga; <sup>2</sup> - Escola de Medicina - Universidade do Minho

### INTRODUÇÃO

A cistectomia radical pode ser realizada por diferentes técnicas, nomeadamente laparoscopia ou cirurgia aberta.

### OBJETIVO

Comparar os resultados peri-operatórios e as complicações a curto e longo prazo da cistectomia radical por via laparoscópica e aberta.

### MÉTODOS

Estudo retrospectivo com 142 pacientes submetidos a cistectomia radical entre janeiro de 2008 e dezembro de 2016. Definiram-se dois grupos consoante a técnica usada em cada cirurgia: o grupo laparoscopia com 76 doentes e o grupo cirurgia aberta com 65 doentes. Os dois grupos foram comparados quanto à idade, sexo, tempo de cirurgia, necessidade de transfusão, tempo de internamento, perdas sanguíneas, tipo de derivação urinária, complicações intraoperatórias e complicações a curto e a longo prazo. As complicações foram analisadas e categorizadas de acordo com a classificação de Clavien-Dindo.

### RESULTADOS

A idade média dos doentes foi 67,75 ±9,811 anos, sendo 90,1% homens. As perdas sanguíneas, a necessidade de transfusão, as complicações intraoperatórias e os dias de internamento foram significativamente menores no grupo da cirurgia laparoscópica. 87 (61%) doentes manifestaram complicações a curto prazo (33,1% complicações minor e 28,2% major); 76,9% dos doentes do grupo cirurgia aberta e 48,1% do grupo laparoscopia (p=0,002). As complicações a longo prazo afetaram 74 (55,7%) doentes (27,1% complicações minor e 28,6% complicações major). Não houve diferenças significativas entre os dois grupos nas complicações

# CARTAZES A EXPOR

a longo prazo em geral nem no número de estenoses da anastomose.

## CONCLUSÃO

A cistectomia radical laparoscópica apresentou menor taxa de morbidade do que a cirurgia aberta. Apesar de a duração da cirurgia ser mais longa, a técnica laparoscópica apresenta menos perdas sanguíneas, menor necessidade de transfusões, menos complicações intra e pós-operatórias e menos dias de internamento do que a cirurgia aberta.

## C065

### **ENZALUTAMIDA VS QUIMIOTERAPIA COMO PRIMEIRA OPÇÃO NO CARCINOMA DA PRÓSTATA RESISTENTE À CASTRAÇÃO**

JOÃO CARVALHO<sup>1</sup>; PEDRO NUNES<sup>1</sup>; PAULO DINIS<sup>1</sup>; BELMIRO PARADA<sup>1</sup>; MARIA FREIRE<sup>1</sup>; PAULO AZINHAIS<sup>1</sup>; ÁLVARO BRANDÃO<sup>1</sup>; VÍTOR DIAS<sup>1</sup>; ARNALDO FIGUEIREDO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)

## INTRODUÇÃO

A enzalutamida é uma terapêutica hormonal utilizada na terapêutica do carcinoma da próstata resistente à castração metastizado (CPRCm).

## OBJETIVOS

Avaliar os resultados obtidos nos doentes que utilizaram a enzalutamida até Julho de 2017, comparando os que utilizaram a terapêutica numa fase pré-quimioterapia (grupo 1) e numa fase pós-quimioterapia (grupo 2).

## MATERIAL E MÉTODOS

Estudo Retrospectivo observacional envolvendo 40 doentes tratados com enzalutamida.

## RESULTADOS

A idade média ao diagnóstico de neoplasia da próstata foi de 66.3±9.9 anos com um PSA inicial de 264.7±158.0 ng/dL e Gleason score predominante de 7 (40.5%). A doença inicial era principalmente localizada (58.3%), a maioria (37.8%) tratados com cirurgia. Todos os doentes desenvolveram metástases após uma média de 69.7±12 meses: metástases ósseas (94.9%), ganglionares (43.6%) e pulmonares (5.1%). A hormonoterapia foi iniciada 42.6± 11.4 meses após o tratamento inicial, com

um PSA de 134.6± 96.3 ng/mL. Os doentes atingiram o estado de resistência à castração 88.5 ± 12.5 meses após o tratamento inicial com um PSA de 97.2 ± 27.8 ng/dL.

Foram criados 2 grupos: 25 doentes (62.5%) iniciaram enzalutamida antes de realizarem quimioterapia (grupo 1) e 15 doentes (37.5%) iniciaram quimioterapia antes de iniciar enzalutamida (grupo 2). Os doentes começaram a tomar enzalutamida 108.8 ±12.4 meses após o tratamento inicial, com um PSA de 427.8 ± 143.8 ng/dL. A duração do tratamento com enzalutamida foi de 385.1 ± 38.6 dias, sem diferença estatística entre grupos.

Verificou-se num doente astenia e noutro episódios convulsivos: este último tinha antecedentes epilépticos. A taxa de descontinuação foi 62.5% (25 doentes), principalmente por morte (37.5%), sem diferença entre grupos. O PSA na descontinuação da enzalutamida foi estatisticamente diferente entre grupos (grupo 1 – 252.8 ±307.6 vs grupo 2 – 1482.2±1788.1 ng/dL, p:0.04).

O tempo de internamento desde o diagnóstico de CPRCm foi de 8.1±2.7 dias, independente do grupo a que pertenciam. O número observações no Serviço de Urgência foi estatisticamente diferente (grupo 1 – 1.6 ± 2.1 vs grupo 2 – 8.3±11.4 dias, p:0,01).

A mortalidade global foi de 42.5% (17 doentes), ocorrendo principalmente no grupo 2 (10 doentes), p 0.02.

Para um tempo de seguimento global de 9.7±6.4 anos desde o diagnóstico de neoplasia da próstata, assistiu-se a uma sobrevivência mediana após o início da enzalutamida de 20.3±1.6 no grupo 1 vs 17.1±3.6 meses no grupo 2, p value:0.03.

Assistiu-se a uma redução do PSA, independentemente dos grupos, principalmente no 1ºmês (redução de 66 ng/dL). Contudo, a partir do 6ºmês assistiu-se a um aumento progressivo até ao 12ºmês.

A última medição do PSA foi diferente entre grupos (grupo 1 – 157.4±195.5 vs grupo 2 – 1304.9 ± 1680.1 ng/dL), p:0.02.

## DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

A enzalutamida parece ter bons resultados principalmente numa fase anterior à quimioterapia: maior sobrevivência desde o seu início, menor necessidade de consultas urgentes, redução do PSA e reduzidos efeitos secundários são algumas variáveis a ter em conta aquando da escolha da sua utilização.

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## CARTAZES A EXPOR

### C066

#### **ENZALUTAMIDA NA ABORDAGEM DO CARCINOMA DA PRÓSTATA METASTIZADO RESISTENTE À CASTRAÇÃO**

SÓNIA RAMOS<sup>1</sup>; ANDRÉ BARCELOS<sup>1</sup>; ANDREA FURTADO<sup>1</sup>; GONÇALO ATALAIA<sup>1</sup>; LOBATO FARIA<sup>1</sup>; JOÃO VARREGOSO<sup>1</sup>; CARRASQUINHO GOMES<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.

#### **INTRODUÇÃO**

A abordagem dos doentes com carcinoma da próstata metastizado resistente à castração (CPRCm) tem sido alvo de recentes avanços e mudanças de paradigma, em parte com a melhor compreensão dos mecanismos de resistência à castração e a consequente introdução de novas terapêuticas dirigidas ao eixo do recetor de androgéneos (RA). O benefício teórico da enzalutamida (ENZ) tem-se refletido em respostas clínicas favoráveis e aumento de sobrevida nos doentes com CPRCm nos ensaios clínicos publicados.

#### **OBJETIVO**

Reportar a experiência da nossa instituição com a utilização da enzalutamida no tratamento dos doentes com CPRCm.

#### **MATERIAL/MÉTODOS**

Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes com CPRCm tratados com enzalutamida entre Outubro de 2013 e Maio de 2017. As seguintes variáveis foram analisadas: características demográficas dos doentes; score de Gleason inicial; tratamento local prévio com intenção curativa; tratamento prévio com docetaxel; duração de hormonoterapia primária; PSA aquando introdução da enzalutamida; padrão de metastização; nadir de PSA e tempo até obtenção do nadir.

Definiu-se progressão da doença como agravamento clínico e/ou progressão imagiológica da metastização sob terapêutica. Considerou-se progressão bioquímica um aumento  $\geq 25\%$  o valor de nadir atingido.

#### **RESULTADOS**

Trinta e dois ( $n = 32$ ) doentes foram incluídos, com idade média de 69.8 anos [ $\pm 8.7$  anos]. Na altura do diagnóstico 73% apresentavam score de Gleason  $\geq 8$ . Catorze (42.7%) doentes foram submetidos inicialmente a tratamentos locais com intenção curativa. A duração média de hormonoterapia primária até evidência de resistência à castração foi de 49.5 meses [ $\pm$

45.7 meses]. Vinte doentes (62.5%) receberam tratamento com docetaxel previamente.

No momento de introdução da enzalutamida todos os doentes tinham metastização óssea, 68.7% tinham metastização visceral e o valor médio de PSA era de 297.9ng/dL [7.26 – 2757]. A duração média da terapêutica com ENZ foi de 5.1 [ $\pm 2.4$  meses]. Não se verificou qualquer resposta bioquímica em 4 (12.5%) doentes. Nos restantes, em 63.6% houve redução de  $\geq 50\%$  no valor do PSA, e o nadir de PSA atingido foi de 84.1ng/dL [1.87 – 1061.9] após um tempo médio de terapêutica de 3 meses [1-16 meses].

Sete doentes estão atualmente sob tratamento. Nos restantes, a progressão bioquímica objetivou-se após um período médio de 4.2 [ $\pm 1.6$  meses]. A sobrevida livre de progressão da doença e a sobrevida global médias desde introdução da ENZ foram de 5.1 [ $\pm 2.2$  meses] e 11.2 [ $\pm 7.6$  meses], respetivamente.

#### **DISCUSSÃO/CONCLUSÃO**

Os nossos resultados relativos à sobrevida global e sobrevida livre de progressão são inferiores ao publicado nos estudos PREVAIL e AFFIRM, o que poderá ser em parte explicado pelas evidentes diferenças na população estudada (estado geral no início da terapêutica, quimioterapia prévia, percentagem de doentes com metastização visceral, dimensão da amostra). Estudos prospetivos a longo prazo são necessários para definir a sequenciação terapêutica ideal no doente com CPRCm, e para estabelecer que grupos de doentes mais podem beneficiar das alternativas terapêuticas disponíveis, nomeadamente a enzalutamida.

### C067

#### **HÉRNIA INGUINAL DO URETER**

RAQUEL CATARINO<sup>1</sup>; JOÃO SILVA<sup>2</sup>; DIOGO PEREIRA<sup>1</sup>; RUI PRISCO<sup>1</sup>; CARLOS SILVA<sup>2</sup>

<sup>1</sup> - Serviço de Urologia, Hospital Pedro Hispano; <sup>2</sup> - Serviço de Urologia, Hospital São João, EPE, Porto, Portugal

#### **INTRODUÇÃO**

As hérnias inguinais do ureter são doenças raras pouco descritas na literatura. Podem ocorrer com ou sem uropatia obstrutiva, embora a obstrução urinária seja incomum devido ao grande volume destas hérnias inguinais.

Descrevemos um caso clínico de um doente com hérnia do ureter deslizante, não relacionada com transplante renal.

# CARTAZES A EXPOR

## CASO CLÍNICO

Doente de 72 anos, género masculino, com antecedentes de hernioplastia inguinal bilateral e colecistectomia laparoscópica recente com diagnóstico anatomopatológico de adenocarcinoma da vesícula biliar. Foi internado eletivamente para a realização de hepatectomia parcial. Durante o internamento e após a cirurgia, foi avaliado por Urologia por achado de hérnia inguinal do ureter em exame de imagem.

Clinicamente sem queixas urinárias, sem dor lombar, débito urinário preservado, com hérnia inguinal direita palpável. Analiticamente sem alterações de relevo, nomeadamente da função renal.

A tomografia axial computadorizada abdominopélvica demonstrou hidronefrose direita, com bacinete de 21mm de diâmetro anteroposterior, com duplicação parcial do sistema excretor direito e identificação do ureter direito no interior de hérnia inguinal direita contendo exclusivamente gordura e o ureter. Sem alterações no sistema coletor à esquerda. Posteriormente realizou renograma com MAG3, que demonstrou rim direito de maiores dimensões, aparentemente duplex, com marcada estase pielocalicial não obstrutiva. Função renal diferencial do rim direito de 37%.

Assim, dada a natureza não obstrutiva da dilatação pielocalicial num doente assintomático e sem alteração da função renal, foi decidido vigilância clínica.

## DISCUSSÃO/CONCLUSÕES

A protusão de estruturas retroperitoneais para o canal inguinal é denominada de hérnia deslizante. As hérnias inguinais do ureter são doenças raras e podem ser de dois tipos: tipo paraperitoneal (mais comum, sendo responsável por cerca de 80% dos casos), em que o ureter se estende paralelamente a um saco peritoneal e deve-se provavelmente à adesão do ureter ao peritônio posterior; e o tipo extraperitoneal, que se acredita ser devido a uma alteração embrionária que resulta na fusão do ureter e ligamentos genitoinguinais. O envolvimento da bexiga é muito raro, associado a hérnia direta e apresenta-se geralmente com sintomas de obstrução infravesical, como retenção urinária, hematuria e aumento da frequência urinária.

Existem poucos casos semelhantes descritos na literatura, com menos de 180 casos publicados a nível mundial. São mais comuns em homens, tipicamente na quinta e sexta década de vida e a maioria dos casos publicados foram descritos em doentes com história de transplante renal. As hérnias deslizantes

são predominantemente indiretas (cerca de 80% dos casos) e ocorrem mais frequentemente à direita, porque à esquerda a fásia de Todt se apoia na raiz do mesocólon sigmóide, que parece fixar o ureter no retroperitônio.

Estão descritos alguns fatores de risco para o desenvolvimento deste tipo de hérnias, nomeadamente, obesidade, mobilização cirúrgica anterior do ureter e hernioplastias inguinais prévias. Geralmente não originam estrangulamento ou uropatia obstrutiva, dado o seu grande volume.

O diagnóstico é muitas vezes incidental, aquando a realização de hernioplastias inguinais. Assim, a hérnia inguinal do ureter deve ser considerada no diagnóstico diferencial de doentes com hérnias inguinais que apresentam hidronefrose, insuficiência renal ou infecção do trato urinário.

## C068

### A LAPAROSCOPIA EXPLORADORA NO ESCROTO VAZIO – EXPERIÊNCIA DE 8 ANOS NO HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA

SARA VAZ RODRIGUES<sup>1</sup>; MÁRIO LOURENÇO<sup>1</sup>; ALINE VAZ SILVA<sup>1</sup>; DINORAH CARDOSO<sup>1</sup>; VANDA PRATAS VITAL<sup>1</sup>; FÁTIMA ALVES<sup>1</sup>; FILIPE CAELA MOTA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Hospital Dona Estefânia

## INTRODUÇÃO

A criptorquidia é a anomalia congénita génito-urinária mais frequente. Nesta situação, os testículos podem encontrar-se no canal inguinal, na cavidade abdominal, e alguns são mesmo ausentes.

Devido à falta de sensibilidade e especificidade dos exames imagiológicos (Ecografia e Ressonância), estes não são necessários por rotina na avaliação destes doentes. Nestas situações, a exploração cirúrgica por laparoscopia é indicada não só pelo seu papel diagnóstico, como terapêutico.

O objectivo deste trabalho é avaliar a abordagem diagnóstica e terapêutica dos doentes com testículos não palpáveis.

## MÉTODOS

Estudo observacional e descritivo de uma coorte de doentes com testículos não palpáveis submetidos a laparoscopia exploradora num hospital pediátrico entre Janeiro de 2009 e Dezembro de 2016.

Análise retrospectiva de dados dos processos clínicos informáticos, tendo em conta as variáveis a avaliar.

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## CARTAZES A EXPOR

### RESULTADOS

70 doentes, criptorquidia unilateral em 59 (84,2%) e bilateral em 11 (15,7%).

Realizaram-se 78 laparoscopias, tendo sido intervençionados 80 testículos. Identificaram-se 23 anorquias (28,8%), 16 testículos atróficos em que se fez orquidectomia (20%) e 41 testículos viáveis em que se realizou orquidopexia (51,2%) (10 em 2 tempos – Stephen-Fowler).

Como complicações registou-se um caso de hematoma escrotal que necessitou de re-intervenção (1,3%).

As 16 orquidectomias realizadas tiveram confirmação histológica de testículo atrófico.

Nas 41 orquidopexias realizadas verificaram-se 32 testículos viáveis (78%), 4 atrofas (9,8%) e em 5 casos houve perda de follow-up (12,2%).

### DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

A laparoscopia é o método diagnóstico e terapêutico de eleição nos doentes com testículos não palpáveis, com reduzido número de complicações.

Houve uma boa correlação entre a avaliação intra-operatória e os achados histológicos e os resultados, traduzidos pelo número de testículos fixos e viáveis, são satisfatórios

### C069

#### CIRURGIA LAPAROSCÓPICA NO TRATAMENTO DE REFLUXO VESICO-URETERAL NO ADULTO

CAROLINA BORGES DA PONTE<sup>1</sup>; RICARDO PEREIRA E SILVA<sup>1</sup>; JOÃO LEMOS ALMEIDA<sup>1</sup>; PEDRO OLIVEIRA<sup>1</sup>; JOSÉ PALMA DOS REIS<sup>1</sup>; TOMÉ LOPES<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte

### INTRODUÇÃO

O refluxo vesico-ureteral (RVU) pode ser congénito ou adquirido. O RVU primário em adultos, mais frequente no sexo feminino, manifesta-se geralmente na 2ª e 3ª décadas de vida, sendo uma entidade de prevalência desconhecida e provavelmente subdiagnosticada. A cistografia retrógrada, isolada ou integrada em estudo vídeo-urodinâmico mantém-se como método de diagnóstico gold standard. Pelo risco de pielonefrites de repetição e nefropatia de refluxo, o tratamento pode ser indicado e compreende diversas abordagens, tais como via endoscópica, cirurgia aberta ou laparoscópica. A escolha da melhor estratégia

terapêutica deve ter em conta a idade, sexo, grau de refluxo, comportamento funcional da bexiga e experiência da equipa cirúrgica.

### OBJETIVOS

Demonstrar a utilidade do estudo vídeo-urodinâmico na avaliação do RVU e apresentar a via laparoscópica como potencial abordagem terapêutica.

### MATERIAL E MÉTODOS

Descreve-se o caso clínico de uma doente do sexo feminino com RVU bilateral congénito, no qual o estudo vídeo-urodinâmico foi determinante no diagnóstico diferencial e que foi submetida a cirurgia anti-refluxiva (técnica Lich-Gregoir) via laparoscópica.

### RESULTADOS

Doente do sexo feminino, 35 anos, raça negra, evacuada de Cabo Verde, referenciada à consulta de Urologia no contexto de pielonefrites de repetição. O primeiro episódio ocorreu aos 21 anos com dois episódios adicionais durante a gravidez, tendo mantido bacteriúria assintomática persistente no intervalo das infeções sintomáticas. Ainda no país de origem, realizou cistografia retrógrada, compatível com RVU bilateral grau II/III e suspeita de divertículo vesical. Do estudo realizado, salienta-se creatinina 1,3 mg/dL (TFG: 65 mL/min), isolamento de *Citrobacter koseri* na urina, cistoscopia e ecografia renal e vesical sem alterações. Para segura exclusão de obstrução infra-vesical eventualmente na gênese do divertículo vesical, realizou estudo vídeo-urodinâmico. Na cistometria de enchimento, observou-se bexiga de formato normal, sem divertículos, com RVU apenas à esquerda, e RVU bilateral no estudo pressão-fluxo, sem outras alterações relevantes. A doente foi submetida a cirurgia anti-refluxiva (técnica de Lich-Gregoir) via laparoscópica, sem intercorrências, tendo alta ao segundo dia de pós-operatório. Na consulta de seguimento às 12 semanas, apresentou-se assintomática e com urocultura negativa, sugerindo resolução do quadro de base.

### DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

A abordagem do RVU bilateral congénito no adulto é desafiante. A literatura é insuficiente, sendo a maioria dos dados extrapolados a partir dos doentes pediátricos. Em todo o caso, a correção cirúrgica só deve ser realizada após exclusão de disfunção do aparelho urinário inferior, daí a importância do estudo vídeo-urodinâmico. Relativamente ao tratamento, quando indicado, a

# CARTAZES A EXPOR

reimplantação bilateral por via aberta é ainda a estratégia mais frequentemente utilizada, principalmente em idade pediátrica. Pelas reconhecidas vantagens, nomeadamente no per-operatório, em centros com experiência em cirurgia laparoscópica pélvica esta via constitui uma opção viável. No entanto, reconhece-se que o seguimento não está padronizado e o outcome a longo prazo é desconhecido pelo limitado número de casos descritos.

## C070

### NEOPLASIA DO TESTÍCULO - 10 ANOS DE EXPERIÊNCIA NA NOSSA INSTITUIÇÃO

RAQUEL RODRIGUES<sup>1</sup>; PEDRO COSTA<sup>1</sup>; DANIELA PEREIRA<sup>1</sup>; RUI AMORIM<sup>1</sup>; LUÍS FERRÁZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - CHVNG/E

#### INTRODUÇÃO

A neoplasia testicular é uma neoplasia rara com uma incidência de 1% no global, representando 5% de todas as neoplasias genito-urinárias. Actualmente apresenta elevadas taxas de cura, devendo-se esse facto ao diagnóstico precoce e à sua alta química e radiosensibilidade, representado deste modo o paradigma do tratamento oncológico.

#### OBJECTIVOS

Avaliar a distribuição epidemiológica da neoplasia testicular da nossa população, avaliando as taxas de cura e a sua correlação com o tipo histológico e o estadió.

#### MATERIAL E MÉTODOS

Análise retrospectiva de doentes tratados no CHVNG/E com o diagnóstico de neoplasia testicular entre Janeiro de 2007 e Maio de 2017. Análise estatística realizada com SPSS®.

#### RESULTADOS

Entre Janeiro de 2007 e Maio de 2017 foram diagnosticados 53 doentes com neoplasia testicular. Foram excluídos da análise de dados 6 doentes por ausência de informação, resultado num total de 47 doentes. A idade média da nossa população foi de 34,87, apresentando um pico de incidência na 4ª década de vida e um segundo pico na 8ª. Os Tumores de Células germinativas foram os tipos histológicos mais comuns (89,4%) apresentando 71,7% dos doentes alterações dos marcadores ao diagnóstico. A grande maioria dos doentes apresentava-se em estadió inicial, 48,94% Estadió IA, 12,77% IB, 6,38% IS, 17,02% IIA, 8,51%

IB, 2,13% IIIB, 4,25% IIIC. Não houve correlação estatisticamente significativa entre o grau de elevação dos marcadores e o estadió, bem como correlação entre o tipo histológico e o estadió inicial. 97,9% realizaram orquidectomia radical tendo 66% dos doentes realizado criopreservação. Houve correlação estatística entre esta e a idade do doente  $p < 0,001$ .

Na nossa instituição, dos doentes com tumores seminomatosos estadió I, 3 doentes foram propostos para vigilância, 8 doentes realizaram AUC 7 e 6 doentes foram submetidos a radioterapia. Dos doentes com NSGCT estadió I, 3 doentes foram propostos para vigilância e 5 doentes foram propostos para quimioterapia com BEP. A taxa de recidiva foi de 14,3%, não tendo sido identificada correlação entre esta e o estadió da doença ou histologia. No caso da doença em estadió não houve correlação entre a recidiva e a realização ou não de tratamentos adjuvantes. A taxa de mortalidade foi de 4,3% (n=2), ambos NSGCT de mau prognóstico.

#### CONCLUSÃO/DISCUSSÃO

A neoplasia testicular é uma patologia com elevadas taxas de cura, mas com um potencial de morbidade associado aos tratamentos elevada. Assim sendo, é necessário a adopção de estratégias mais poupadoras, adoptando a vigilância naqueles doentes em que tal está preconizado. A criação de centros de referência para as neoplasias de mau prognóstico no nosso país ainda necessita de ser validada, mas representa um passo importante no tratamento desta patologia dado que as taxas de cura se associam a número de casos tratados na instituição.

## C071

### PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA – EXPERIÊNCIA DOS ÚLTIMOS 5 ANOS DO HOSPITAL PEDRO HISPANO

RAQUEL CATARINO<sup>1</sup>; ANDRÉ CARDOSO<sup>1</sup>; CARLOS FERREIRA<sup>1</sup>; DIOGO PEREIRA<sup>1</sup>; TIAGO CORREIA<sup>1</sup>; MANUEL CERQUEIRA<sup>1</sup>; FREDERICO CARMO REIS<sup>1</sup>; MARTINHO ALMEIDA<sup>1</sup>; RUI PRISCO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Serviço de Urologia, Hospital Pedro Hispano

#### INTRODUÇÃO

A prostatectomia radical laparoscópica tem sido amplamente utilizada no tratamento do cancro da próstata, e em alguns centros tem substituído quase completamente a cirurgia aberta. No Hospital Pedro Hispano, a prostatectomia radical

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## CARTAZES A EXPOR

laparoscópica é desde 2012 a técnica preferencial do tratamento cirúrgico do cancro da próstata. Neste estudo reportamos os resultados oncológicos e funcionais obtidos nos últimos cinco anos.

### MATERIAL E MÉTODOS

Desde Janeiro de 2012 até Dezembro de 2016 foram realizadas 201 prostatectomias radicais, 114 das quais por via laparoscópica. A abordagem cirúrgica foi transperitoneal em 2 casos e extraperitoneal nos restantes 112.

Em 6% dos casos doentes foi tentada preservação do feixe vasculonervoso e foi realizada linfadenectomia em 15.8% dos doentes. A análise dos dados foi efectuada de forma retrospectiva, através da consulta do processo clínico. A idade média dos doentes foi de 63.9 anos e a média de PSA foi de 9.9 ng/ml. A maioria dos doentes apresentaram estadio clínico T1c (63.2%), com graus combinados de Gleason em biópsia prostática 6, 7 e > 7 de 48,2%, 45,6% e 4,4%, respectivamente.

### RESULTADOS

O tempo médio de cirurgia foi de 160 min.

O dreno foi removido em média após 4.2 dias e a mediana de internamento foi de 7 dias.

O estadió patológico foi pT2 em 85% e pT3 em 15% dos casos.

O grau combinado de Gleason da peça cirúrgica foi 6 em 23,7%, 7 em 71,9%, 8 em 2,6% e 9 em 1,8% dos casos.

As margens cirúrgicas foram positivas em 30.4% dos casos.

Tempo médio de seguimento de 30.8 meses (mínimo 10 meses e máximo 56 meses).

Diagnosticou-se recidiva bioquímica em 26 doentes (22.8% dos casos), 25 dos quais foram submetidos a radioterapia de salvação.

O intervalo livre de progressão mediano foi de 11.5 meses.

Não se encontrou diferença estatisticamente significativa na ocorrência de recidiva ou no tempo até recidiva nos doentes com margens positivas ou negativas.

93.5% dos doentes apresentaram continência urinária (média de 5.6 meses) e 13,2% mantiveram função eréctil.

A taxa de complicações cirúrgicas foi de 13% (1 infeção da ferida operatória, 9 estenoses da anastomose vesicouretral, 2 estenoses da uretra, 2 hematórias macroscópicas e 1 enfisema subcutâneo supraclavicular).

### DISCUSSÃO/CONCLUSÕES

Tal como descrito na literatura, a prostatectomia radical laparoscópica apresenta vantagens relativamente à cirurgia aberta: menor invasividade, melhor aspeto cosmético, menor tempo de internamento, menor perda hemática, menor consumo de analgésicos e recuperação mais rápida.

Este estudo demonstra a nossa experiência na realização desta cirurgia, com bons resultados oncológicos e funcionais, semelhantes a outras series publicadas na literatura, e com uma taxa de complicações muito baixa.

### C072

#### **ABIRATERONA E CANCRO DA PRÓSTATA METASTÁTICO RESISTENTE À CASTRAÇÃO: A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL CENTRAL**

ANDRÉ MARQUES PINTO<sup>1</sup>; DANIEL OLIVEIRA REIS<sup>1</sup>; DIOGO NUNES CARNEIRO<sup>1</sup>; DIOGO GIL SOUSA<sup>1</sup>; CATARINA TAVARES<sup>1</sup>; JORGE CORREIA<sup>1</sup>; JOÃO PEREIRA<sup>1</sup>; JOANA FEBRA<sup>1</sup>; ANA FERREIRA CASTRO<sup>1</sup>; MANUEL CASTANHEIRA DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; FREDERICO TEVES<sup>1</sup>; JOSÉ SOARES<sup>1</sup>; ANTÓNIO ARAÚJO<sup>1</sup>; AVELINO FRAGA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar Universitário do Porto

### INTRODUÇÃO

O cancro da próstata é o tipo de cancro mais frequente nos homens europeus. O tratamento primário pode contemplar cirurgia, radioterapia e castração, na doença avançada. Nestes últimos, a resistência à castração (CPmRC) é sistemática, o que levou ao desenvolvimento de fármacos que actuam no eixo androgénico, nomeadamente o acetato de abiraterona (AA). Os factores de prognóstico de CPmRC mais consensuais são a cinética de prostate-specific antigen (PSA), o grau de diferenciação tumoral Gleason, o volume de doença (óssea e visceral) e o tempo de hormonoterapia (HT). Actualmente, o AA é recomendado no tratamento de primeira linha de CPmRC em homens com bom performance status, assintomáticos/sintomas ligeiros e sem evidência de doença visceral, ou em segunda linha, após falência de quimioterapia (QT) com taxanos.

### OBJECTIVO

Caracterizar a experiência do Centro Hospitalar Universitário do Porto na utilização de AA

# CARTAZES A EXPOR

## MATERIAL E MÉTODOS

Estudo retrospectivo observacional incluindo todos os doentes submetidos a tratamento com AA no Centro Hospitalar Universitário do Porto. Foram colhidos dados epidemiológicos e clínicos com recurso a consulta do processo clínico, cruzando informação com os serviços farmacêuticos. A análise estatística foi realizada no programa STATA13.0.

## RESULTADOS

Desde 2013, 23 homens foram tratados com AA nesta instituição. A idade mediana ao diagnóstico foi 64,8 anos (intervalo interquartis, IIQ 58,2-70,3). A maioria (57,1%) apresentava Gleason>7 e 56,5% haviam realizado tratamento primário com intuito curativo. O tempo mediano até recidiva foi 32,9 meses (IIQ 11,0-42,5). Em 68,2% dos casos, o tratamento com AA iniciou-se após QT. Nestes, o tempo mediano entre a castração e AA foi 13,8 meses (IIQ 8,8-23,9). A duração mediana do tratamento é 7,1 meses (IIQ 3,0-18,5), até ao momento, já que 12 doentes mantêm-se em tratamento activo. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, estratificando para o momento do tratamento (pré-QT 5,9 meses vs. pós-QT 9,4 meses, Mann-Whitney  $p=0,39$ ). Antes do tratamento, verificou-se progressão bioquímica em 100% dos casos, com tradução imagiológica em 86,9% e clínica em 54,6% dos doentes. A progressão acompanhou-se de metastização óssea em 86,9%, ganglionar em 21,7% e visceral em 8,7% dos casos. A descontinuação de AA ocorreu em 43,5% dos doentes (por progressão em seis casos - do total, 26,1% apresentaram progressão óssea, 8,7% ganglionar e 4,3% visceral - e toxicidade em dois). Verificou-se duas mortes durante o tratamento não relacionadas com toxicidade. A sobrevivência mediana desde o início do tratamento é de 10,7 meses (IIQ 5,6-19,7), até ao momento, salientando que a maioria dos doentes (13) encontra-se viva.. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, estratificando para o momento do tratamento (pré-QT 5,9 meses vs. pós-QT 11,5 meses, Mann-Whitney  $p=0,17$ ). No entanto, cinco (71,4%) doentes sob AA pré-QT continuam em tratamento activo contra sete (46,7%) pós-QT.

## DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Na experiência reportada, o tratamento com AA traduz-se num aumento da sobrevivência em linha com os resultados das séries internacionais. Contudo, o número de doentes analisados é escasso e o tempo de seguimento é curto, nomeadamente

naqueles sob AA pré-QT. São necessários estudos prospectivos randomizados para aferir o benefício comparativo da utilização de AA, nos vários contextos clínicos.

## C073

### TUMORES PRIMÁRIOS DA URETRA: A EXPERIÊNCIA CLÍNICA DO CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

DANIELA FILIPA COSTA PEREIRA<sup>1</sup>; LUÍS COSTA<sup>1</sup>; PEDRO COSTA<sup>1</sup>

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

## INTRODUÇÃO

Os tumores primários da uretra são neoplasias extremamente raras, mais comuns no género feminino. Pela limitada experiência no tratamento destes tumores, a melhor opção terapêutica é ainda objeto de controvérsia, sendo na maioria dos casos, defendida a utilização de uma abordagem multimodal.

## MÉTODOS

Entre 2005 e 2016 foram diagnosticados no CHVNG/E quatro casos de carcinoma primário da uretra no género feminino. Este trabalho procura analisar a experiência do nosso centro hospitalar na abordagem a esta patologia.

## RESULTADOS

A média de idades das doentes avaliadas foi de 71,7 anos. Em três das quatro doentes o sintoma de apresentação foi hematúria, sendo o intervalo de tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico muito variável. Todas as doentes foram estudadas com cistoscopia e RMN pélvica para avaliação da extensão local do tumor. O diagnóstico histológico foi obtido por biópsia uretral endoscópica. Na nossa amostra duas doentes foram diagnosticadas com adenocarcinoma, uma com carcinoma epidermoide e uma com carcinoma urotelial de alto grau. Todos os tumores eram localmente avançados, em dois casos com envolvimento vesical. Nenhuma das doentes apresentava metastização à distância. A decisão terapêutica foi discutida em reunião de grupo oncológico.

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## CARTAZES A EXPOR

No caso do carcinoma epidermoide foi realizado tratamento inicialmente com radioterapia e em segundo tempo linfadenectomia inguinal e ilio-obturadora por invasão ganglionar. Num dos casos de adenocarcinoma o tratamento inicial foi uretrectomia total com encerramento do colo vesical e cistectomia suprapúbica. Após 5 meses, por recidiva local da neoplasia foi realizada exenteração pélvica anterior com linfadenectomia ilio-obturadora bilateral. A anatomia patológica mostrou a presença de metastização ganglionar bilateral. Após 4 meses a doente fez 4 ciclos de quimioterapia com Cisplatina e Paclitaxel pela presença de adenopatias retroperitoneais.

O outro caso de adenocarcinoma foi submetido a QT neoadjuvante com Cisplatina e Gencitabina e em segundo tempo a ureterocistectomia radical com linfadenectomia ilio-obturadora bilateral.

O carcinoma urotelial de alto grau foi tratado com ressecção do tumor uretral, por recusa da doente em realizar RT ou cirurgia agressiva com necessidade de ostomias. Após 12 meses de seguimento a doente mantém vigilância, actualmente com sinais imagiológicos de recidiva local em estudo.

À data da presente análise duas das doentes morreram. As outras duas doentes mantêm seguimento de 6 em 6 meses com estudo imagiológico. O adenocarcinoma submetido a ureterocistectomia radical mantém-se até ao presente momento sem sinais de recidiva.

### CONCLUSÃO

Os tumores primários da uretra são tumores com mau prognóstico, sendo que metade destes tumores se apresentam com doença localmente invasiva ao diagnóstico.

Um alto índice de suspeita e o diagnóstico precoce permitem identificar tumores em fase inicial e com melhor taxa de sobrevida livre de doença.

O tratamento de escolha depende do estadio e localização do tumor. Tumores localizados à uretra distal permitem um tratamento conservador com impacto importante na qualidade de vida. Tumores da uretra proximal, são normalmente mais agressivos e com necessidade de uma abordagem terapêutica combinada.

### C074

#### **SHUNT SAFENO-CAVERNOSO: ÚLTIMA LINHA NO TRATAMENTO DO PRIAPISMO DE BAIXO DÉBITO – A PROPÓSITO DE 1 CASO CLÍNICO**

CARLOS VEIGA<sup>1</sup>; DIOGO NUNES-CARNEIRO<sup>1</sup>; PEDRO SOUSA<sup>2</sup>; CAROLINA VAZ<sup>1</sup>; MIGUEL RAMOS<sup>1</sup>; PEDRO SÁ-PINTO<sup>1</sup>; AVELINO FRAGA<sup>1</sup>; RUI ALMEIDA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar do Porto; <sup>2</sup> - Centro Hospitalar de Gaia

### INTRODUÇÃO

O priapismo é definido como uma ereção com duração superior a 4h, não associada a estímulo ou desejo sexual. É uma condição rara que pode ser classificada como isquémica ou não-isquémica. O priapismo isquémico (de baixo débito) ocorre quando há estase e acumulação de sangue venoso a nível dos seios cavernosos, associado a um relaxamento persistente do músculo liso cavernoso. Este funciona como uma síndrome de compartimento, causando ereção prolongada e dolorosa, que cursa com isquemia e elevado risco de fibrose e necrose peniana se não for tratado de modo emergente. Em casos prolongados a disfunção erétil é geralmente inevitável. O priapismo isquémico é o tipo mais comum. Na maioria das vezes é idiopático, sendo também comum a sua associação ao uso de determinados fármacos. A aspiração de sangue cavernoso e a instilação de agentes simpático-miméticos são a primeira linha no tratamento desta condição. Quando estas medidas não são eficazes é necessária a confecção de shunts cirúrgicos que permitam a drenagem venosa e detumescência peniana.

### CASO CLÍNICO

Doente de 62 anos recorre ao serviço de urgência de urologia por ereção dolorosa com mais de 24h de evolução. Sem história de trauma, refere toma de trazodona com início 10 dias antes. A gasometria de sangue dos corpos cavernosos demonstrou acidose, hipoxemia e hipercapnia, compatível com o diagnóstico de priapismo isquémico. Inicialmente procedeu-se a lavagem dos corpos cavernosos com injeção de fenilefrina conseguindo-se detumescência. Constatada recidiva 24h após, tendo-se optado por realização de shunt cavernoso-esponjoso segundo a técnica de Al-Ghorab com detumescência inicial. Nova recidiva constatada após 12h. Optou-se então pela realização de shunt safeno-cavernoso segundo a técnica de Grayhack. Num procedimento que envolveu a cirurgia vascular e a urologia, foi realizada uma abordagem bilateral das veias grandes safenas,

# CARTAZES A EXPOR

transposição segmentar das mesmas e sua anastomose aos corpos cavernosos. Verificada permeabilidade dos shunts ao eco-doppler com a presença de fluxos fásicos à compressão peniana. Sem nova recidiva. O doente teve alta ao 4º dia de pós-operatório assintomático e sem ereções espontâneas.

## DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

O priapismo constitui uma emergência médica e quando não tratado atempadamente tem risco elevado de causar disfunção erétil permanente. O tempo de evolução determina não só o prognóstico como também o sucesso terapêutico. A primeira linha de tratamento consiste na aspiração do sangue cavernoso, levando à resolução em até 30% dos casos. Quando associada à injeção de agentes simpático-miméticos a taxa de resolução sobe até aos 80%. Quando refratário às medidas de primeira linha é necessário a confecção de shunts cirúrgicos que permitem a derivação do sangue acumulado. Não há recomendações específicas para o tipo de shunt a realizar e o seu timing exato. No entanto os shunts distais devem ser tentados numa primeira abordagem, estando os shunts proximais guardados para casos de falência. Neste caso o shunt de Grayhack permitiu a resolução do priapismo após a falência de medidas de primeira e segunda linha. No entanto, o longo período de evolução pode associar-se a um mau prognóstico, com elevada probabilidade de disfunção erétil.

## C075

### NEOPLASIA DA PRÓSTATA DE RISCO INTERMÉDIO E ALTO RISCO NO CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL

RITA RODRIGUES FONSECA<sup>1</sup>; JOSÉ SANTOS<sup>1</sup>; NÍDIA ROLIM<sup>1,2</sup>; RENATO MOTA<sup>1,2</sup>; FILIPE LOPES<sup>1,2</sup>; ANA COVITA<sup>1,2</sup>; PEDRO MONTEIRO<sup>1</sup>; ARTUR CANHOTO<sup>1</sup>; RUI NOGUEIRA<sup>1,2</sup>

1 - Hospital Egas Moniz - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, 2 -

## INTRODUÇÃO

A neoplasia da próstata, sendo a segunda neoplasia masculina mais comum, apresenta-se como a sexta causa de morte neoplásica a nível mundial. Este aspecto relaciona-se com a gravidade de doença cujo prognóstico é muito diversificado atendendo à variação de comportamento biológico tumoral. O sistema de classificação D'Amico agrupa os doentes em risco baixo, intermédio e alto de acordo com a probabilidade de recidiva após uma atitude terapêutica, sendo referido nas orientações

clínicas de diversas sociedades internacionais de urologia e oncologia.

## OBJECTIVO

Avaliar a sobrevida global dos doentes com neoplasia da próstata de intermédio e alto risco tratados no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental em relação à decisão terapêutica.

## MATERIAL E MÉTODOS

Efectuou-se uma análise retrospectiva dos resultados histopatológicos das biópsias prostáticas realizadas na instituição no período decorrido entre 2010 e 2015. Os doentes foram agrupados de acordo com a classificação D'Amico seleccionando-se os de risco intermédio e alto. Foram identificadas as terapêuticas instituídas e foi determinada a sobrevida global em relação à existência de metastização inicial, ao grupo de risco e à terapêutica proposta.

## RESULTADOS

Identificaram-se 188 doentes com neoplasia da próstata dos quais 21 se encontravam metastizados ad initium. O tempo médio de seguimento foi de 60 meses. Verificou-se uma diferença significativa dos valores de PSA entre os grupos metastizados ad initium face aos não metastizados ( $p < 0,05$ ). A sobrevida global apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, com taxa de 63,4% aos 60 meses para os doentes M+ e de 89,8% para os M0.

No grupo M0 no diagnóstico, 102 doentes apresentavam neoplasia de risco intermédio e 65 de alto risco. Não se verificou diferença na sobrevida entre esses grupos ( $p = 0,78$ ).

No grupo de risco intermédio foram propostos para terapêutica curativa 75 doentes e para terapêutica hormonal 27 doentes, verificando-se uma diferença significativa no valor de PSA e idade entre os subgrupos terapêuticos ( $p < 0,05$ ). Não se identificou diferença na sobrevida global entre as duas abordagens terapêuticas ( $p = 0,73$ ).

No grupo de alto risco foram propostos para terapêutica curativa 25 doentes e para terapêutica hormonal 40 doentes sem evidência de diferença na sobrevida global entre ambos os grupos ( $p = 0,86$ ). A idade foi estatisticamente diferente entre estes subgrupos ( $p < 0,05$ ).

## DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

A estratificação de risco auxilia na avaliação prognóstica perante um resultado histopatológico. Trata-se de um momento em

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## CARTAZES A EXPOR

que frequentemente não se encontra disponível informação quanto ao estadiamento imagiológico locorregional ou à distância. A investigação de metastização ad initium é sugerida nos doentes de risco intermédio e alto dado o prognóstico ser significativamente pior na doença metastática.

Nos nossos resultados, a idade aparenta ser um factor intimamente associado à opção terapêutica, embora não seja possível excluir que seja uma função da esperança de vida estimada.

Estes resultados, ainda que representativos da instituição, são de difícil validação pelo baixo número de doentes e pelo reduzido período de follow-up carecendo de uma avaliação posterior com período de seguimento oncológico mais prolongado.

### C076

#### **ABIRATERONA NA ABORDAGEM DO CARCINOMA DA PRÓSTATA METASTIZADO RESISTENTE À CASTRAÇÃO**

ANDRÉ BARCELOS<sup>1</sup>; SÓNIA RAMOS<sup>1</sup>; ANDREA FURTADO<sup>1</sup>; LOBATO FARIA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca

#### **INTRODUÇÃO**

As opções terapêuticas para os doentes com Carcinoma da Próstata Metastizado resistente à castração (CPRCm) têm-se expandido ao longo dos últimos anos. As terapêuticas que têm como alvo os receptores androgénicos adquiriram um papel central na abordagem dos doentes com CPRCm, tanto em doentes quimioterápicos naïve, como em doentes que progrediram sob docetaxel.

O Acetato de Abiraterona (AA), inibidor da biossíntese de androgénios através da inibição da enzima CYP17, aprovado na Europa desde 2011, demonstrou aumentar a sobrevida em doentes com CPRCm.

#### **OBJECTIVOS**

Apresentar dados de uma análise retrospectiva de 5 anos de doentes com CPRCm que progrediram sob terapêutica com AA.

#### **MATERIAL**

Análise retrospectiva de todos os doentes com CPRCm que progrediram sob terapêutica com AA no Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca entre Dezembro de 2011 e Dezembro de 2016, totalizando 30 doentes elegíveis.

Relativamente às principais características do grupo de doentes analisados: idade média no início da terapêutica: 75.27anos; Gleason 8 aquando do diagnóstico:67%; duração de hormonoterapia prévia <12 vs 12meses 10.7% vs 89.3 % (média 50.5meses); PSA médio aquando do início da terapêutica: 313.9ng/ml; metastização aquando do início da terapêutica: óssea 60%, visceral 10%, óssea e visceral 30%; docetaxel prévio: 38.7%, duração média da terapêutica com AA: 6.1meses.

#### **MÉTODOS**

A análise retrospectiva pretendeu avaliar os seguintes parâmetros: resposta do PSA após início da terapêutica; tempo de sobrevida livre de progressão bioquímica (bPFS) definido como tempo após o início da terapêutica com AA até à elevação do PSA 25% em relação ao nadir atingido; tempo de sobrevida livre de progressão imagiológica (iPFS) definido como tempo desde o início da terapêutica com AA até à evidência imagiológica de progressão da doença, a sobrevida global (OS) definido como o tempo desde o início da terapêutica até à morte.

#### **RESULTADOS**

O tempo médio de seguimento foi de 15.3 meses, sendo que 9 doentes se mantêm em seguimento, apesar de já terem suspenso a terapêutica com AA. Resposta do PSA: PSA's sempre superiores: 33.3%, redução PSA <50%: 23.3%, redução PSA >50%: 43.3%; bPFS média: 5.5 meses.

Dos 30 doentes 8 suspenderam terapêutica com AA sem evidência imagiológica de progressão, não tendo sido incluídos na avaliação da iPFS. iPFS média: doentes com docetaxel prévio 4.4meses, docetaxel naïve 7.2meses. Não foi encontrada diferença estatística entre os dois grupos.

Dos 30 doentes 21 faleceram. OS média: doentes com docetaxel prévio 15.5 meses, docetaxel naïve 10.5 meses. Não foi encontrada diferença estatística entre os dois grupos.

#### **DISCUSSÃO/CONCLUSÃO**

Este estudo acarreta as limitações inerentes a uma análise retrospectiva com população reduzida, factores estes que possibilitaram apenas a obtenção parcial de resultados sobreponíveis com a bibliografia actual. Ainda assim, é possível afirmar que o início cada vez mais precoce de AA contribui para uma maior sobrevida livre de progressão e global, assim como a sua utilização em doentes docetaxel naïve.

# CARTAZES A EXPOR

Os desafios futuros passarão pela otimização da selecção de doentes, através das suas características e de factores preditores de progressão da doença, do timing de início da terapêutica e da sequência de utilização dos fármacos actualmente disponíveis.

## C077

### **TRAUMATISMOS ESCROTAIS - RESULTADOS DE UMA SÉRIE DE CASOS TRATADOS CIRURGICAMENTE**

JOÃO PIMENTEL TORRES<sup>1</sup>; JORGE CABRAL RIBEIRO<sup>1</sup>; PAULO MOTA<sup>1</sup>; AGOSTINHO CORDEIRO<sup>1</sup>; NUNO MORAIS<sup>1</sup>; SARA ANACLETO<sup>1</sup>; ESTEVÃO LIMA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Hospital de Braga

#### **INTRODUÇÃO**

A ruptura testicular é uma das complicações mais comuns do traumatismo escrotal perfurante ou não-perfurante e consiste na solução de continuidade da túnica albugínea, com extrusão de polpa testicular. Esta é mais comum em adultos jovens, devido aos mecanismos de lesão serem habitualmente acidentes de viação ou lesões desportivas. O diagnóstico baseia-se na colheita de história clínica e do exame físico genital cuidado, aliados à ecografia escrotal. A exploração cirúrgica pode ser necessária para confirmar o diagnóstico e a reparação cirúrgica da lesão é o tratamento preferido. Alterações da função endócrina, trauma psicológico e alterações estéticas podem ser consequências de orquidectomia total, tentando-se sempre que possível a preservação testicular.

#### **OBJETIVOS**

Este trabalho pretende apresentar os resultados de uma série de casos do nosso centro relativamente ao tratamento cirúrgico do traumatismo escrotal com lesão testicular.

#### **MATERIAL E MÉTODOS**

Foi feita uma análise retrospectiva de todos os casos de traumatismo escrotal submetidos a exploração cirúrgica. Foram registados os seguintes dados: idade, mecanismo de lesão, lateralidade da lesão, tempo decorrido da lesão até à admissão e desta à cirurgia, técnica imagiológica, procedimento cirúrgico, lesões associadas, tempo de internamento e complicações pós-operatórias.

#### **RESULTADOS**

Foram incluídos 35 doentes que foram vítimas de traumatismo escrotal e submetidos a exploração cirúrgica. A média de idades dos doentes foi de 36,3 anos (18 a 68). Os mecanismos de trauma mais frequentes foram o traumatismo em sela (37%), traumatismo contuso desportivo (14%), a agressão (11%) e o esfacelo (9%). O exame imagiológico escolhido foi sempre a ecografia excepto um caso de politrauma em que foi feito TAC. A média de tempo entre o traumatismo e a entrada no serviço de urgência foi de 34 horas (4-168), sendo que a média de tempo decorrido entre a admissão do doente e a cirurgia foi de 5,1 horas. Relativamente ao acto cirúrgico, foi feita exérese de polpa testicular inviável com rafia da albugínea em 22 doentes (62,8%) e orquidectomia em 6 doentes (17%). 5 doentes (14%) não tinham lesão do testículo à exploração escrotal e existiram dois casos de ruptura de prótese testicular previamente inserida, que foi removida. O tempo de internamento médio foi de 1,73 dias (1-5 dias), sendo que não houve nenhuma complicação pós-operatória imediata ou tardia.

#### **DISCUSSÃO**

Segundo a experiência do nosso serviço, a abordagem conservadora e poupadora de testículo nos casos de traumatismo escrotal é uma alternativa viável e segura à orquidectomia. O procedimento está associado a um internamento curto e uma taxa de complicações insignificante. As vantagens deste procedimento passam pela possível preservação da função endócrina do testículo remanescente, assim como a menor possibilidade de resultados estéticos desagradáveis ou traumatismo psicológico. No entanto, em casos em que a inviabilidade testicular é clara, a orquidectomia é a alternativa simples e segura

## C078

### **PROSTATECTOMIA SIMPLES ABERTA, TRANSVESICAL OU TRANSCAPSULAR – QUAIS AS DIFERENÇAS?**

DANIEL OLIVEIRA-REIS<sup>1</sup>; DIOGO GIL-SOUSA<sup>1</sup>; ANDRÉ MARQUES-PINTO<sup>1</sup>; TÂNIA C. TEIXEIRA<sup>2</sup>; FREDERICO TEVES<sup>1</sup>; JOSÉ SOARES<sup>1</sup>; JOÃO QUEIROZ<sup>1</sup>; SEVERINO RIBEIRO<sup>1</sup>; AVELINO FRAGA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar Universitário do Porto; <sup>2</sup> - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

#### **INTRODUÇÃO**

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## CARTAZES A EXPOR

A hiperplasia benigna da próstata (HBP) é uma patologia muito frequente. A cirurgia está recomendada na maioria dos casos de doença sintomática, em que o tratamento médico falhou. Para volumes prostáticos superiores a 80 mL a prostatectomia simples aberta (PS), realizada via transcapsular ou transvesical, é considerada um tratamento de eleição. Faltam dados na comparação entre ambas as técnicas por via aberta para uma melhor decisão na técnica a adotar.

### OBJETIVO

Comparar os resultados das técnicas transcapsular e transvesical na abordagem cirúrgica da HBP.

### MATERIAL E MÉTODOS

Estudo observacional retrospectivo de doentes submetidos a PS no período compreendido entre Janeiro de 2010 e Junho de 2015. O nível de significância estatística foi fixado em  $(\alpha) \leq 0,05$ .

### RESULTADOS

Foram submetidos a PS 424 doentes; 59,9% via transvesical e 40,1% via transcapsular. Os grupos não apresentaram diferenças quanto à idade ( $p=0,115$ ), IMC ( $p=0,605$ ), distribuição categoria ASA ( $p=0,277$ ), hemoglobina ( $p=0,679$ ), PSA ( $p=0,340$ ) ou fluxo máximo ( $p=0,089$ ); diferiam no volume prostático (transcapsular 107,0±53,1 ml vs. transvesical 96,2±46,5 ml,  $p=0,032$ ).

O tempo operatório da via transvesical foi superior ao da via transcapsular (98,7 vs 78,4 min;  $p=0,001$ ). No pós-operatório, a PS transvesical apresentou maior tempo de hematúria (5,8 vs 4,1 dias;  $p=0,001$ ), de algiação (7,1 vs 5,6 dias;  $p=0,001$ ), e de internamento (7,9 vs 5,9 dias;  $p=0,001$ ). Não houve diferença na incidência de complicações precoces (necessidade de transfusão, infeção da ferida operatória, infeção urinária, sintomas de armazenamento, incontinência) entre ambas as técnicas ( $p=0,627$ ). As complicações tardias (sintomas de armazenamento, incontinência, infeção urinária, estenose da uretra, esclerose do colo) foram mais frequentes na via transvesical comparativamente com a transcapsular (18,6% vs 8,2%;  $p=0,009$ ). Nos doentes algaliados cronicamente (21,3% na via transvesical vs. 20,0% na transcapsular,  $p=0,754$ ), a proporção de sujeitos com infeção ou deiscência de ferida operatória foi significativamente maior nos que foram abordados por via transvesical (24,1% vs. 5,9%;  $p=0,027$ ).

### DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Neste estudo a PS via transcapsular apresenta vantagens comparativamente com a técnica transvesical quanto ao tempo cirúrgico, tempo de hematúria pós-operatória, tempo de algiação e internamento hospitalar. Também apresenta menor incidência de complicações tardias no geral. Aparentemente no grupo de doentes algaliados cronicamente, haverá vantagem em escolher a técnica transcapsular. Estes resultados devem ser interpretados com precaução atendendo à natureza retrospectiva do estudo, mas mostram uma tendência para uma potencial vantagem para a escolha da via transcapsular.

### C079

#### ENDOMETRIOSE GENITO-URINÁRIA: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO

DIOGO NUNES-CARNEIRO<sup>1</sup>; HUGO CORDEIRO<sup>2</sup>; ANDRÉ MARQUES-PINTO<sup>1</sup>; VÍTOR CAVADAS<sup>1</sup>; AVELINO FRAGA<sup>1</sup>; MIGUEL SILVA-RAMOS<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar do Porto; <sup>2</sup> - USF São João

### INTRODUÇÃO

A endometriose caracteriza-se pela presença de tecido endometrial em focos ectópicos fora da cavidade uterina. O envolvimento do aparelho urinário é raro (1-2%), sendo que em 84% dos casos envolve a bexiga.

Serão reportados 19 casos de doentes com endometriose do aparelho urinário submetidas a cirurgia.

### MATERIAL E MÉTODOS

Foram estudadas retrospectivamente as doentes com endometriose do aparelho urinário, tratadas entre 2014 e 2017. Os dados em análise referem-se à localização dos implantes, história ginecológica, cirurgias prévias, sintomas pré e pós-operatórios, terapêutica médica instituída, tipo de cirurgia realizada incluindo complicações da mesma e problemas relacionados com fertilidade. O tipo de endometriose foi classificada como vesical, ureteral ou mista no caso de haver invasão transmural dos órgãos em questão e superficial nos casos em que a muscularis mucosae se encontrava poupada.

### RESULTADOS

A média de idade das doentes foi de 38,4±5,4 anos, a maioria nulíparas, sendo que 36,8% das doentes tinha história prévia de cirurgia ginecológica. Das doentes intervencionadas, 10

# CARTAZES A EXPOR

encontravam-se sob tratamento médico, 90% sob terapia hormonal combinada.

Os sintomas pré e pós-operatório foram classificados numa escala de 0 a 10 pontos estando a sua evolução representada na tabela 1. Apenas um doente reportou hematúria no pré-operatório que resolveu com a cirurgia.

Os tipos de endometriose mais frequentemente encontrados foram a ureteral e a vesical (36,8%), havendo um acometimento dos dois órgãos em duas doentes e atingimento apenas da serosa em três. O tipo de cirurgia mais frequentemente usada no tratamento da endometriose vesical foi a cistectomia parcial laparoscópica (63,6%) seguida da abordagem combinada (cistectomia laparoscópica com controlo endoscópico transuretral). No caso da endometriose ureteral a cirurgia mais realizada foi a ureterectomia segmentar com anastomose topo-a-topo (54,5%) seguida da ureteroneocistostomia (18,1%). Nos três casos de endometriose superficial foi necessário realizada uretrólise. Em 95% dos casos foram referenciados os ureteres. Em 26% dos casos houve complicações intra-operatórias, na maioria dos casos a perfuração de vísceras vizinhas com necessidade de rafia.

Foram reportados problemas de fertilidade em 42% das doentes, tendo 4 sido submetidas a tratamento sem sucesso.

## DISCUSSÃO/CONCLUSÕES

Ao contrário da maioria das séries reportadas, na nossa coorte o número de casos de endometriose ureteral foi igual ao das doentes com atingimento vesical.

Apesar do número considerável de complicações intra-operatórias, a cirurgia da endometriose urinária apresentou resultados satisfatórios no que toca à sintomatologia das doentes. Não se verificou uma melhoria da fertilidade, problema que poderá estar relacionado não só com a cirurgia como também com o curto seguimento destas doentes e com os aspetos patofisiológicos da doença. Seria importante o estudo de um maior número de doentes para se inferir com mais solidez os benefícios da cirurgia nestas doentes.

## C080

### REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS – O SEU IMPACTO NO FUNCIONAMENTO DE UM SERVIÇO DE UROLOGIA

HUGO PONTES ANTUNES<sup>1</sup>; EDGAR TAVARES SILVA<sup>1</sup>; MIGUEL ELISEU<sup>1</sup>; MARIA JOÃO CUNHA<sup>1</sup>; BELMIRO PARADA<sup>1</sup>; ANTÓNIO ROSEIRO<sup>1</sup>; ARNALDO FIGUEIREDO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Serviço de Urologia e Transplantação Renal, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

## INTRODUÇÃO

Com o constante envelhecimento da população e com o aumento da sobrevida dos doentes oncológicos, os hospitais deparam-se cada vez mais com doentes que podendo ter alta clínica, não têm condições para regressar imediatamente ao domicílio. Nesse sentido surgiu a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). A RNCCI é constituída por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência, tanto no domicílio como em instalações próprias. O objectivo deste trabalho é analisar todos os casos de doentes referenciados para a RNCCI durante o ano de 2016 no Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

## MÉTODOS

Realizada análise retrospectiva de todos os casos referenciados para a RNCCI durante o ano de 2016. Avaliação de tempos de espera, tipologia, motivo de referência e parâmetros clínicos. Resultados: No período analisado 2294 doentes tiveram alta do nosso Serviço. Desses, 55 foram referenciados para a RNCCI. A idade média dos doentes foi de 76,82 (54-93) anos. A duração média de internamento dos doentes referenciados para a RNCCI foi de 20,60 dias, sendo que a duração média global de internamento no período avaliado foi de 4,82 dias. O tempo médio entre o internamento e a referência para a RNCCI foi de 11,02 dias. O tempo entre a referência e a alta do Serviço foi de 10,07 dias. No que concerne ao motivo de internamento, a maioria dos doentes (n=39, 70,9%) referenciados para a RNCCI foram doentes internados por patologias oncológicas. Destes, 17 (30,9%) foram internados com o diagnóstico de carcinoma da próstata, 12 (21,8%) com carcinoma da bexiga, 4 (7,3%) com o diagnóstico de carcinoma de células renais, 4 (7,3%) com o diagnóstico de carcinoma do urotélio alto e dois doentes (3,6%) com o diagnóstico de carcinoma do pénis. Os 16 doentes

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## CARTAZES A EXPOR

restantes foram internados por patologias não oncológicas, sendo a infecção do tracto urinário complicada e a hematúria os diagnósticos mais comuns. Quarenta e um doentes (74,5%) foram internados pelo Serviço de Urgência, sendo que dos restantes, 9 (16,4%) foram internamentos electivos para cirurgia, 3 (5,5%) foram transferidos de outros serviços e 2 doentes (3,6%) foram internados directamente pela Consulta Externa. No que diz respeito aos diferentes tipos de cuidados prestados, 16 (29,1%) doentes foram referenciados para unidades de Cuidados Paliativos, 15 (27,3%) para Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação, 9 (16,4%) para Equipas Domiciliárias de Cuidados Continuados de Saúde, 8 (14,5%) para unidades de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção e 7 (12,7%) doentes foram referenciados para Cuidados Continuados de Convalescença.

### CONCLUSÃO

Os clínicos e os assistentes sociais devem trabalhar em estreita relação com o objectivo de colocar os doentes fora do hospital logo que a situação clínica assim o permita. A precoce identificação por parte dos médicos e enfermeiros dos doentes que necessitarão de apoio após a alta clínica permitirá uma resposta mais atempada por parte dos assistentes sociais e uma melhoria da performance dos hospitais.

### C081

#### **A CASE OF CONCOMITANT EMPHYSEMATOUS CYSTITIS AND PYELONEPHRITIS**

PEDRO BARROS<sup>1</sup>; ANA RITA RODRIGUES<sup>1</sup>; ANIBAL COUTINHO<sup>1</sup>; GILEBRTO ROSA<sup>1</sup>; MIGUEL CABRITA<sup>1</sup>; MARCO DORES<sup>1</sup>; MIGUEL RODRIGUES<sup>1</sup>; LUIS CALADO<sup>1</sup>; JOSE JOAO MARQUES<sup>1</sup>; FRANCISCO BARROS<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar do Algarve

Emphysematous cystitis and pyelonephritis (PN) are characterized by the production of gas by bacteria present in the genito-urinary (GU) tract. Both being relatively uncommon, there have been reports of concomitant infection of different parts composing the GU tract, all of which comprise different outcomes, requiring different therapeutic and surgical approaches. There are some risk factors that predispose patients to such infectious complications, such as diabetes, female gender and the presence of an urinary tract obstruction. The presence of asymptomatic bacteriuria on diabetic patients, aside with the fermentation of

glucose to carbon dioxide in urine, was postulated as a causative explanation for the almost 90% incidence of such pathology in this specific risk group (being that the remaining 10% show some degree of immunoincompetence).

Here we present the case of a 91 year old english male, with an history of diabetes and chronic renal disease, hypocoagulated (the reason not known), who presented to the ER complaining of 7 day constipation with abdominal pain. From the initial evaluation, it stood out the presence of an elevated leucocyte count (12800), with an elevated CRP (440) and an urinalysis with 500 leucocytes and the presence of blood. A vesical catheter was placed and revealed the presence of gross hematuria which led to the institution of continuous vesical wash. Given the laboratory findings, a CT scan was performed which was consistent with the presence of both intraluminal air in the bladder as well as in its wall, with areas of gas filling in the renal parenchyma on the left. The patient was initially admitted in the Intensive Care Unit for close monitoring, and after 5 days was discharged for the Infectious Diseases department. Urine cultures collected on admittance revealed positive for Enterococcus aerogenes and the patient got 60 days of directed antibiotic therapy with Ceftazidime and Linezolid. At the 65th day efforts began to be made in order to transfer him back to England, with the TC follow up showing no persistence of air in the bladder and only a small lesion on the kidney, which was gradually diminishing.

The remark of this case, not only for the concomitance of both bladder and kidney infection, stands on the way it challenged a dark prognosis at start without surgery, in a patient in whom both age and comorbid situations advised conservative management.

### C082

#### **PIELOLITOTOMIA - AINDA FAZ SENTIDO?**

ANDRÉ BARCELOS<sup>1</sup>; MANUEL FERREIRA COELHO<sup>1</sup>; RICARDO CRUZ<sup>1</sup>; PEDRO BARGÃO SANTOS<sup>1</sup>; FRANCISCO CARRASQUINHO GOMES<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca

### INTRODUÇÃO

A abordagem cirúrgica da nefrolitíase, nomeadamente dos cálculos coraliformes, mudou radicalmente nas últimas décadas. Actualmente, procedimentos menos invasivos como litotricia extracorporeal, ureterorenoscopia, nefrolitotomia percutânea e a

# CARTAZES A EXPOR

laparoscopia tornaram o recurso à cirurgia laparotômica cada vez mais raro.

Porém, e apesar de toda a evolução das técnicas supracitadas, é importante ter presente que existem indicações para a abordagem laparotômica, tais como, o insucesso prévio por meios minimamente invasivos, cálculos coraliformes com dimensões superiores a 2500 mm<sup>2</sup>, doentes com obesidade mórbida ou sistemas excretores complexos.

Diversos estudos relatam que um em cada 500 doentes intervenionados por nefrolitíase são submetidos a cirurgia por laparotomia, o que evidencia que embora rara esta é ainda uma abordagem terapêutica válida.

## OBJECTIVOS

Apresenta-se um caso clínico de uma doente com cálculos coraliformes bilaterais submetida a pielolitotomia alargada bilateral em dois tempos.

## MATERIAL

Trata-se de uma doente do sexo feminino, 65 anos, paraplégica por acidente de viação com lesão medular a nível de D4, obesidade (IMC 33.2), diabetes mellitus tipo 2 e anemia ferropénica. Encontrava-se internada no serviço de Medicina Interna com urosépsis por *E. Coli* multirresistente, tendo cumprido antibioterapia dirigida com normalização da função renal. Durante o internamento realizou TC abdómino-pélvico que evidenciou "Rins bilateralmente com contornos lobulados e redução difusa da espessura parenquimatosa. Volumoso cálculo coraliforme preenchendo árvore pielocalicial à esquerda, com uma densidade média cerca de 600 UH. No rim direito identifica-se volumoso cálculo localizado no bacinete, medindo cerca de 4 x 3 cm de diâmetros, com uma densidade de cerca de 700 UH, observando-se outros 2 cálculos ocupando os grupos caliciais e inferior e médio deste rim, moldado à morfologia das cavidades, característico cálculo coraliforme. Dilatação pielocalicial bilateral".

## MÉTODOS

Após estabilização clínica e analítica a doente foi submetida a intervenção cirúrgica. Optou-se por abordagem lombotômica e pielolitotomia alargada de Gil-Vernet bilateral com colocação anterógrada de stent ureteral e drenagem passiva, em dois tempos operatórios, inicialmente à direita, e após oito semanas à esquerda.

## RESULTADOS

Realizou-se a excisão dos três cálculos à esquerda (4 x 3 cm, 2 x 2, 2 x 1 cm e 1,5 cm) e do cálculo coraliforme à direita (5 x 4 cm). O RX do aparelho urinário pós-operatório revelou ausência de cálculos após ambas as cirurgias.

Os pós-operatórios decorrerão sem intercorrências, a remoção dos drenos ocorreu ao 2º dia e as altas ao 4º e 3º dia, respectivamente.

## DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Em casos selecionados e apesar de raramente necessária a abordagem laparotômica permanece uma opção válida, nomeadamente, no tratamento de cálculos coraliformes através de pielolitotomia. Os resultados foram uma elevada taxa de remoção total de cálculos em apenas uma intervenção e muito baixa morbidade.

Dadas as múltiplas comorbilidades em causa, a opção por pielitotomia alargada de Gil-Vernet possibilitou a remoção completa dos cálculos coraliformes em duas intervenções, de forma rápida, sem complicações peri-operatórias e com internamentos curtos.

## C083

### PREVALÊNCIA DE LITÍASE URINÁRIA EM PORTUGAL - RESULTADOS DO IV INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE

ANA SOFIA MILHEIRO<sup>1</sup>; NUNO LUNET<sup>2</sup>; LUÍS PACHECO-FIGUEIREDO<sup>3</sup>

1 - Escola de Medicina Universidade do Minho; 2 - Instituto de Saúde Pública - Universidade do Porto; 3 - Escola de Medicina da Universidade do Minho

A litíase urinária (LU) é um crescente e comum problema de saúde mundial. Tem um grande impacto na qualidade de vida e significativos custos pessoais e sociais. Apesar da sua relevância, são escassos os estudos epidemiológicos sobre LU em Portugal. Com este trabalho pretende-se analisar a frequência de LU na população portuguesa, assim como estimar a carga de doença associada.

Foram analisados dados do IV Inquérito Nacional de Saúde, constituindo uma amostra representativa da população portuguesa com  $\geq 20$  anos (n=32635). Foram criados três grupos de participantes com LU de acordo com o tempo desde o diagnóstico ou último tratamento: a) L1: diagnóstico nos últimos 12 meses; b) L2: diagnóstico há mais de 12 meses,

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## CARTAZES A EXPOR

mas submetidos a tratamento nos últimos 12 meses; c) L3: diagnóstico e tratamento há mais de 12 meses. Estes grupos foram comparados com a população geral, ajustando para as variáveis idade, sexo e área de residência.

A prevalência estimada de LU auto-reportada foi de 5,9%. Os doentes com LU relataram uma pior autopercepção do seu estado de saúde (Prevalence Ratios (PR) (95% Intervalo de Confiança): L1 1,4 (1,2-1,7); L2 1,3 (1,2-1,4); L3 1,2 (1,1-1,2)) e incapacidade temporária superior (PR (95% IC): L1 2,0 (1,1-3,9); L2 1,6 (1,2-2,0); L3 1,3 (1,0-1,6)), relativamente à população geral. Também relataram maior frequência de consultas médicas nos últimos 3 meses (PR (95% IC): L1 1,5 (1,3-1,7); L2 1,3 (1,2-1,4); L3 1,1 (1,1-1,2)) e um maior consumo de medicação, incluindo medicação para a dor e para a depressão, nas duas semanas anteriores à entrevista (PR (95% IC): L1 1,3 (1,0-1,6); L2 1,2 (1,2-1,3); L3-1,2 (1,1-1,2)). Apesar dos indivíduos afetados apresentarem maiores despesas de saúde (PR (95% IC): L1 1,5 (1,1-2,0); L2 1,4 (1,3-1,6); L3 1,2 (1,1-1,3)), não referiram dificuldades financeiras significativamente maiores.

Este estudo confirma o importante impacto económico desta condição e quão prejudicial é para a qualidade de vida.

### CO84

#### A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA NA ABORDAGEM AOS TUMORES DO TESTÍCULO

JORGE CORREIA<sup>1,2</sup>; JOÃO PEREIRA<sup>3</sup>; DIOGO; NILNO LOURO<sup>2</sup>; MIGUEL RAMOS<sup>2</sup>; ISAAC BRAGA<sup>2</sup>; JOSÉ LA FUENTE<sup>2</sup>; AVELINO FRAGA<sup>2</sup>; JORGE OLIVEIRA<sup>2</sup>

1 - Centro Hospitalar do Porto; 2 - CHP; 3 - IPO Porto

#### INTRODUÇÃO

Os tumores do testículo, embora raros, são a neoplasia mais comum nos homens entre os 20 e os 40 anos e a sua incidência mundial está a aumentar. Em 2012, a incidência e a mortalidade de tumor do testículo em Portugal era, respectivamente, 5,9 e 0,4 por 100.000 habitantes. Mais de 95% dos tumores do testículo derivam de células germinativas (TCG), subdividindo-se estes classicamente em seminomas (TS) e não-seminomas (TNS).

A criação de centros de referência (CR) para o tumor do testículo urge da necessidade de otimizar o tratamento desta neoplasia rara, através de uma especial concentração de recursos, conhecimento e experiência multidisciplinar, e de vir a integrar Redes Europeias de Referência.

#### OBJECTIVOS

Caracterização da população de doentes com tumores do testículo submetidos a tratamento no centro de referência Centro Hospitalar do Porto, em colaboração interinstitucional com o Instituto Português de Oncologia do Porto.

#### MATERIAL E MÉTODOS

Colheita de dados dos doentes admitidos com o diagnóstico de tumor do testículo primário e submetidos a tratamento no centro de referência entre 2015-2016. Usou-se a classificação da American Joint Committee on Cancer and Union Internationale Contre le Cancer (atualização 2002) no estadiamento clínico dos TCG.

Análise retrospectiva, descritiva e analítica, dos dados obtidos com recurso ao software SPSSSTM v24.

#### RESULTADOS

Nos anos de 2015 e 2016 diagnosticaram-se 67 tumores do testículo neste CR, sendo a lateralidade semelhante (32 tumores do testículo esquerdos vs 35 tumores do testículo direito). A média de idades ao diagnóstico foi de 37,19±8,54 anos no caso do TS e de 27,45±7,81 anos para TNS.

A grande maioria dos doentes foi referenciada por massa testicular (68%).

Quanto à histologia dos tumores, 65 (97%) dos doentes apresentaram tumores de células germinativas e apenas 2 (3%) apresentaram tumores do estroma testicular.

Dos 67 doentes analisados, 58,2% apresentavam marcadores tumorais ao diagnóstico elevados, sendo que destes, menos de metade (48,7%) normalizou na primeira análise pós-tratamento. As dimensões ecográficas do tumor correlacionaram-se positivamente com o estadio (F 4,332; p<0,05).

A orquidectomia radical foi o tratamento cirúrgico mais realizado, sendo que apenas um doente, com antecedentes de orquidectomia contralateral, foi submetido a orquidectomia parcial. Verificou-se que no estadio I predominavam os TS (65,9%); ao invés, no estadio III destacam-se os TNS (84,6%).

A quimioterapia adjuvante foi administrada em 36 doentes (53,7%). Observaram-se reações adversas da quimioterapia em 72,2% dos doentes, sendo que a maioria (88,5%) apresentou toxicidade grau 1. Houve necessidade de linfadenectomia retroperitoneal em 34,3% dos doentes submetidos a quimioterapia adjuvante.

# CARTAZES A EXPOR

No follow-up, objectivaram-se 8 recidivas (6 de TNS e 2 de TS) e 2 falecimentos, ambos por TNS padrão celular misto estadio IIIC ao diagnóstico.

## CONCLUSÃO

Os resultados do Centro de Referência CHP/IPO são equivalentes aos resultados existentes na literatura, mas, dada a recente criação do respetivo CR, não são ainda suficientes para retirar conclusões elucidativas quanto aos potenciais ganhos no tratamento do tumor do testículo. Com o acumular de experiência no CR será possível comparar os resultados obtidos com outras instituições nacionais e internacionais.

## C085

### PIELOTOTOMIA LAPAROSCÓPICA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

BRUNO GRAÇA<sup>1</sup>; RUI FORMOSO<sup>1</sup>; VIRGÍLIO VAZ<sup>1</sup>; KRIS MAES<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Hospital da Luz Lisboa

## INTRODUÇÃO

O tratamento cirúrgico da litíase renal complexa teve uma evolução significativa nos últimos 10 anos. Da cirurgia aberta usada comumente no século passado, tem-se optado actualmente pela cirurgia renal percutânea e pela cirurgia intra-renal retrógrada. Estes procedimentos menos invasivos comportam, no entanto, algumas limitações como seja uma taxa de litíase residual não desprezível e a necessidade frequente de repetir o procedimento ou utilizar tratamentos complementares. A pielolitotomia laparoscópica, sendo um procedimento minimamente invasivo, permite a remoção "em bloco" da litíase renal desde que esta se encontre em localização favorável (piélica ou pielo-ureteral).

## OBJETIVOS

Descrevemos o caso de um doente do sexo masculino de 51 anos, raça caucasiana, engenheiro agrónomo, com antecedentes conhecidos de hipertensão arterial e hiperuricémia medicadas que recorreu ao Hospital da Luz por dor e distensão abdominal. Analiticamente apresentava Hemoglobina: 11,7g/dl; Creatinina: 14,2 mg/dl, e Calémiã: 6,7 mmol/L. A tomografia computadorizada abdominal e pélvica revelava hidronefrose grave à dta condicionada por cálculo coraliforme parcial impactado na junção com cerca de 4cm e ureterohidronefrose moderada a

grave à esquerda condicionada por cálculo ureteral pélvico com 15mm.

Após colocação de Stent JJ bilateral, com recuperação parcial da função renal, e ureterorenoscopia semirrígida à esquerda com litotricia completa do cálculo ureteral, realizou renograma que revelou compromisso importante da função glomerular de ambos os rins com contribuição bilateral semelhante. Demonstra-se a utilização da pielolitotomia laparoscópica como técnica minimamente invasiva com remoção completa de cálculo coraliforme parcial à dta.

## MATERIAL E MÉTODOS

Sob anestesia geral, em posição de decúbito lateral esquerdo, realizou-se uma abordagem laparoscópica transperitoneal com 4 portas (2x10mm e 2x5mm).

O isolamento do ureter proximal, da junção uretero-piélica e bacinete foi dificultado pela peri-pielite crónica e extensa. Fez-se um incisão longitudinal uretero-piélica com extração "em bloco" para saco "endocatch" de volumoso cálculo coraliforme e aspiração de conteúdo renal turvo. Fez-se o encerramento do excretor com polifilamento absorvível, ficando o doente com Stent JJ e dreno abdominal.

## RESULTADOS

A cirurgia teve a duração de 220 minutos e decorreu sem intercorrências.

O pós-operatório decorreu sem complicações, nomeadamente infeção ou fistula urinária, com alta ao 3º dia de internamento. Neste momento o doente encontra-se assintomático, sem litíase urinária, com uma função renal estabilizada com creatininémia de 2,0 mg/dl.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A incidência e prevalência da litíase urinária está a aumentar no mundo actual, inclusivé em regiões historicamente de baixa incidência.

O tratamento da litíase renal complexa constitui um desafio ao urologista apesar da crescente inovação e sofisticação de técnicas minimamente invasivas (PCNL e RIRS). Estas têm baixo rendimento, risco de urosépsis acrescido, taxa de litíase residual significativa com eventual necessidade de repetir o procedimento ou utilizar tratamentos complementares.

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## CARTAZES A EXPOR

A pielolitomia laparoscópica deve constituir uma opção do urologista, apresentando alta eficácia dada a baixa taxa de litíase residual.

Deverá ser reservada a casos seleccionados de litíase renal complexa com acesso laparoscópico favorável, em que falharam outros tratamentos ou que se prevê a sua falência.

### C086

#### **COMPLICAÇÕES TARDIAS INVULGARES DE ABCESSO PROSTÁTICO E PERI-PROSTÁTICO**

JOÃO LEMOS ALMEIDA<sup>1</sup>; FRANCISCO MARTINS<sup>1</sup>; JOANA ALFARELOS<sup>2</sup>; JOÃO FELÍCIO<sup>1</sup>; PEDRO OLIVEIRA<sup>1</sup>; CAROLINA PONTE<sup>1</sup>; HELENA CORREIA<sup>1</sup>; TOMÉ LOPES<sup>1</sup>

1 - Centro Hospitalar Lisboa Norte; 2 - Centro Hospital de Setúbal

#### **INTRODUÇÃO**

A formação espontânea de fístulas da uretra prostática secundária a abcessos prostáticos é muito rara, havendo poucos casos descritos na literatura.

#### **OBJETIVOS**

Relatar a abordagem de uma apresentação muito rara de fístula da uretra prostática para o espaço perirectal.

#### **MATERIAL**

Descrevemos o caso clínico de um doente com fístula da uretra prostática para o espaço peri-rectal, onde apresentava uma coleção abcedada com litíase volumosa no seu interior, além de litíase múltipla vesical, e que necessitou de prostatovesiculectomia total.

#### **MÉTODOS E RESULTADOS**

Homem de 60 anos, com antecedentes de ITU recorrentes com cerca de 1 ano de evolução, motivando múltiplos internamentos. Foi transferido de outra instituição, onde se encontrava, por novo quadro de ITU febril e achados em TC e RM pélvicas de trajecto fistuloso da uretra prostática para o espaço peri-prostático e perirectal, com comunicação com abcesso multiloculado e litíase no seu interior (4 cálculos, o maior com 18mm), que envolvia a fossa isquioanal, toda a vertente esquerda do canal anal e ainda a região pré-sagrada e pré-coccígea, medindo cerca de 4,3x5,5cm. Apresentava ainda cálculo intravesical com 4 cm e evidência de algália mal posicionada com balão insuflado a nível da uretra membranosa. A algália foi reposicionada, completou-se o curso

de antibioterapia e o doente teve alta algaliado. Realizaram-se posteriormente uretrrocistoscopia e uretrrocistografia reveladoras de fístula da uretra prostática para o espaço perirectal, com ampla destruição do mesmo e formação de cavitação. Não era evidente qualquer comunicação com o recto.

Propôs-se abordagem ablativa retropúbica, tendo consistido em prostatovesiculectomia total com cistolitotomia, que decorreram sem intercorrências, tendo ainda sido removida a litíase no espaço perirectal acessível por esta via. O doente foi desalgaliado às 2 semanas após cistografia sem evidência de fuga de contraste. Ao segundo mês pós-operatório, o doente encontra-se bem, livre de complicações infecciosas, com incontinência para esforços moderados em recuperação, com necessidade de uso de 2 pensos de incontinência por dia.

#### **DISCUSSÃO/CONCLUSÃO**

A presença de uma fístula da uretra prostática para o espaço peri-rectal com as características descritas é extremamente rara, havendo no entanto na literatura casos pontuais descritos de formação de fístulas espontâneas para o recto secundárias a abcessos prostáticos. Na origem do mesmo poderá ter estado a drenagem espontânea de um abcesso prostático volumoso, que tenha resultado em ampla destruição do órgão e na formação do trajecto descrito. Perante a destruição tecidual evidenciada, a prostatectomia total com cistolitotomia revelou-se necessária e eficaz na resolução do quadro.

Embora a drenagem percutânea transperineal ou transrectal seja a 1ª opção terapêutica para muitos autores, associada a aparente menor risco de complicações comparada com a cirurgia, uma abordagem cirúrgica com ressecção transuretral da próstata, e por vezes uma ablação prostática retropúbica mais agressiva, resulta em menor tempo de hospitalização, menor taxa de complicações e uma recuperação definitiva com menor morbilidade.

### C087

#### **ARE OUR PATIENTS ADEQUATELY INFORMED ABOUT THE SURGERIES THAT THEY ARE GOING TO UNDERGO? RESULTS FROM A PROSPECTIVE NON-RANDOMISED CROSS-SECTIONAL STUDY**

RAQUEL ORTIZ PEROJO<sup>1</sup>; TIAGO RIBEIRO DE OLIVEIRA<sup>2</sup>; SARA DÍAZ NARANJO<sup>1</sup>; CLARA LAHOZ GARCÍA<sup>1</sup>

# CARTAZES A EXPOR

1 - Complexo Assistencial de Segovia; 2 - Centro Hospitalar Lisboa Norte

## INTRODUCTION

The interest of the Informed Consent (IC), beyond its value as a legal document, has gradually been recognized by doctors, patients and relatives, making it an essential part of the modern doctor-patient communication. In fact, this paradigm shift has led to the need to revise the legibility of these documents, recognizing that the medical language has to be comprehensible by patients undergoing a health procedure, regardless of their social and educational background.

## AIM

To analyze patient perception regarding the quality and quantity of the information provided to them preoperatively.

## MATERIALS AND METHODS

A prospective non-randomized cross-sectional non-interventional study was carried out, in patients undergoing urological procedures in our department, from December 2016 to May 2017. After a preoperative consultation, patients answered a standardized questionnaire to analyze their perception on their disease (organ and nature of the illness – benign/malignant), the intervention proposed (approach, risk/benefits, visual schemes and their utility) and the IC provided (readability, language style and quality of the information). Patients undergoing minor surgery, patients undergoing more than 3 procedures for the same indication, pediatric patients, healthcare personnel or healthcare personnel relatives were excluded.

## RESULTS

A total of 100 patients were included, 25 women and 75 men, with a mean age of 64,72 years (16 to 92). Only 10% of patients had university degrees. Accurate knowledge on the organ to intervene was present in 91% of patients, but only 60% identified the nature of their illness. 68% of patients were aware of the surgical approach and 72% confirmed having been informed on the risks of the procedure. In case of having received visual support, 94.28% considered it helpful. Regarding the quality and quantity of the information provided, 82% avowed it was enough information and 70% declared the language was straightforward and comprehensible. Interestingly, a small group of patients requested oral information on the risks and benefits instead of reading them on a paper.

## CONCLUSIONS

Overall, our patients were satisfied with the information received after the preoperative consultation. Nevertheless, some important deficiencies still need to be addressed, mainly regarding the surgical technique and the nature of the disease, probably due to the use of ambiguous terms used by doctors to talk about certain conditions. Finally, we reinforce the importance of informing the patient directly, instead of delegating that responsibility to a legal document containing incomprehensible information, consequently weakening the doctor-patient relationship.

## C088

### PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA. A EXPERIÊNCIA INICIAL DO HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA - GUIMARÃES

PEDRO PASSOS<sup>1</sup>; JOSÉ PREZA-FERNANDES<sup>1</sup>; RUI VERSOS<sup>1</sup>; CARLOS GUIMARÃES<sup>1</sup>; VÂNIA GRENHA<sup>1</sup>; RICARDO RAMIRES<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães

## INTRODUÇÃO

A prostatectomia radical laparoscópica extraperitoneal (PRLE) tem vindo a ganhar terreno como o tratamento estandardizado para o carcinoma da próstata (CaP) localizado. Este procedimento é caracteristicamente minimamente invasivo, permitindo melhor controlo da dor, internamentos mais curtos e uma convalescença pós-operatória mais célere.

## OBJECTIVO

Este estudo tem como objectivo descrever a experiência inicial do serviço de Urologia do Hospital Senhora da Oliveira na prostatectomia radical laparoscópica, assim como, uma auto-avaliação quanto à sua importância e lugar na cirurgia da próstata.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Os autores realizaram uma revisão retrospectiva dos doentes submetidos a prostatectomia radical laparoscópica extraperitoneal no Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães, entre Janeiro de 2015 e Junho de 2017. A estatística descritiva foi realizada recorrendo ao uso do programa de análise SPSS® versão 20.

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## CARTAZES A EXPOR

### RESULTADOS

Foram incluídos na análise 19 doentes, com idade média de 64 anos (53-71 anos) e com a seguinte prevalência de comorbilidades: HTA (36,8%), Diabetes Mellitus (21,1%), dislipidemia (21,1%) e hábitos tabágicos (31,5%). O valor médio de PSA pré-operatório era de 8,7 ng/ml ( $\pm 3,7$  ng/ml).

Além das características demográficas foram também avaliados um conjunto de critérios pré, peri e pós operatórios em seguida apresentados.

GLEASON SCORE				
	6	7	8	9
Pre-PRLE n (%)	6 (31,6%)	13 (68,4%)	0	0
Pós-PRLE n (%)	1 (5,3%)	17 (89,5%)	0	1 (5,3%)

Estratificando os doentes por grupos de risco pré-operatório, segundo D'Amico, foi possível observar a seguinte distribuição: baixo risco (26,3%), risco intermédio (63,2%) e alto risco (10,5%), sendo que a taxa de conversão cirúrgica foi de 10,5% por complicação aguda. Quanto aos parâmetros associados ao procedimento, destacam-se as perdas calculadas de 189 ml ( $\pm 128$ ml), duração cirúrgica média de 199 min e uma média de 7,1 dias de internamento. A presença de margens positivas na peça histológica verificou-se em 47% dos doentes. A taxa média para continência foi de 4,9 meses, sendo que 3 dos doentes intervencionados estão incontinentes com necessidade de recorrer a 2 pensos diários.

### DISCUSSÃO

Com a evolução da técnica. o tempo cirúrgico para a realização da prostatectomia radical laparoscópica tem reduzido consideravelmente, decorrendo disto, uma menor percentagem de perdas e um pós operatório mais breve. Comparativamente a outros estudos iniciais, nomeadamente, Guillonneau et al., Turk et al e Abbou et al., o presente trabalho revela resultados sobreponíveis nos critérios de perdas calculadas na cirurgia e tempo de internamento. Quanto ao tempo médio de cirurgia, este foi inferior. O resultado das margens positivas apresenta

um padrão bifásico, em concordância com a evolução da prática cirúrgica.

### CONCLUSÃO

A prostatectomia radical laparoscópica extraperitoneal é um procedimento minimamente invasivo, seguro e com resultados oncológicos e funcionais de importância. A experiência e treino do cirurgião torna-se o elemento chave no sucesso deste procedimento e no avanço da curva de aprendizagem.

### C089

#### NEFRECTOMIA PARCIAL: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

PEDRO COSTA<sup>1</sup>; PAULO ESPIRIDÃO<sup>1</sup>; VÍTOR OLIVEIRA<sup>1</sup>; LUÍS XAMBRE<sup>1</sup>; RAQUEL RODRIGUES<sup>1</sup>; DANIELA PEREIRA<sup>1</sup>; JORGE DIÁZ<sup>1</sup>; RUI AMORIM<sup>1</sup>; LUÍS COSTA<sup>1</sup>; MANUEL PEREIRA<sup>1</sup>; JOSE AMARAL<sup>1</sup>; LUÍS FERRAZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - CH V.N.Gaia / Espinho

### INTRODUÇÃO

Quando exequível, a nefrectomia parcial (NP) é o tratamento de eleição para pequenas massas renais. O aumento da utilização de exames de imagem permitiu a identificação de maior número de casos adequados para cirurgia poupadora de nefrónios. O outcome cirúrgico ideal nestas situações é denominado de trifecta (margens negativas, tempo de isquemia quente (TIQ) < 25 minutos e ausência de complicações pós-operatórias). Com a disseminação da cirurgia minimamente invasiva, a laparoscopia assumiu um papel central na abordagem destes doentes. No entanto, esta técnica revela-se tecnicamente exigente e com uma longa curva de aprendizagem devendo ser centralizada em cirurgiões experientes.

### OBJETIVO

Avaliar a eficácia e a taxa de complicações da NP num centro de médio volume cirúrgico. Comparar resultados tendo em conta a técnica cirúrgica utilizada (aberta vs. laparoscópica)

### MÉTODOS

realizou-se um estudo retrospectivo dos doentes com tumores renais submetido a NP, no período de Janeiro 2014 a Janeiro 2017 (n=49), no nosso centro. Foram colhidos dados relativos ao seu diagnóstico (localização e dimensões tumorais), ao período intra- e peri-operatório (técnica utilizada, perdas hemáticas, tempo de isquemia, transfusões) e complicações pós-operatórias.

# CARTAZES A EXPOR

## RESULTADOS

49 doentes foram submetidos a NP, com idade média de  $61,1 \pm 10,0$  anos. O tumor localizava-se à direita em 51% dos casos, polo inferior em 47% e no superior em 25%. 65% dos procedimentos foi realizado por técnicas minimamente invasivas. O TIQ médio ( $n=33$ ) foi de  $21,2 \pm 11,4$  minutos, com 67% com TIQ < 25 minutos e 12% sem isquemia. As perdas hemáticas médias foram de  $328 \pm 397$  mL, com 8,2% dos doentes a necessitarem de transfusão sanguínea. O tempo cirúrgico médio foi  $160,0 \pm 39,3$  minutos e o de internamento foi  $4,8 \pm 3,3$  dias. 14,3% dos doentes tiveram complicações (todas de grau  $\leq 2$ , classificação de Clavien-Dindo). Em 75% dos doentes, o resultado histológico revelou a presença de carcinoma de células renais (83,3% no estadio Ia, 100% R0), nos restantes, uma patologia benigna. A creatinemia pré-operatória era  $0,85 \pm 0,24$  mg/dL, com ligeiro agravamento para  $0,91 \pm 0,23$  aos 12 meses ( $n=30$ ). Apenas em 13% dos doentes se observou um agravamento significativo ( $>0,1$  mg/dL) da creatinemia. O follow-up médio foi de 17,0 meses. O estudo comparativo entre a técnica aberta e laparoscópica está descrito na seguinte tabela:

	Aberta (n=17)	Laparoscópica (n=32)	
Tamanho da lesão (mm)	$34,5 \pm 14,3$	$26,3 \pm 10,4$	$p=0,03$
Tempo cirurgia (min)	$152,1 \pm 47,6$	$164,2 \pm 34,1$	$p=0,36$
Perdas hemáticas (mL)	$247 \pm 443$	$370 \pm 373$	$p=0,37$
Tempo internamento (dias)	$6,3 \pm 4,7$	$4,1 \pm 1,8$	$p=0,03$

## C090

### TUBERCULOSE ISOLADA DO EPIDÍDIMO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

SÓNIA RAMOS<sup>1</sup>; ANA CEBOLA<sup>1</sup>; MIGUEL ARAÚJO<sup>1</sup>; JOÃO VARREGOSO<sup>1</sup>; FRANCISCO CARRASQUINHO GOMES<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.

## INTRODUÇÃO

O sistema genitourinário é o segundo local mais comum de tuberculose (TB) extrapulmonar. A orquíepididimite tuberculosa isolada é uma entidade rara que pode mimetizar um tumor testicular, representando um desafio diagnóstico sobretudo em doentes sem história prévia de TB.

## MATERIAL/MÉTODOS

Apresentamos o caso de um doente com 48 anos de idade, de raça negra, com antecedentes de hepatite B crónica, hipertensão arterial essencial e acidente vascular cerebral hemorrágico aos 46 anos. Foi referenciado à consulta de Urologia em Dezembro de 2016 por quadro de aumento progressivo e indolor do volume do hemiescrotro esquerdo com 2 meses de evolução. Negava febre, sintomas consumptivos, queixas respiratórias ou urinárias. Ao exame objetivo destacavam-se a palpação de uma massa paratesticular esquerda sólida, irregular e indolor com cerca de 3cm de maior eixo, bem como sinais inflamatórios do hemiescrotro ipsilateral.

## RESULTADOS

Foi realizada ecografia escrotal que objetivou testículo de ecoestrutura heterogênea por múltiplas lesões hipocogênicas com 5mm, bem como uma massa hipocogênica com microcalcificações na cabeça do epidídimo esquerdo, com  $24 \times 17$ mm. Após isolamento de *Mycobacterium tuberculosis* complex em espermocultura (meios de cultura Lowenstein-Jensen e BACTEC) foi feito diagnóstico de epididimite tuberculosa. Realizou Rx tórax e TC toraco-abdomino-pélvica, sem evidência de achados sugestivos de tuberculose noutras localizações, ou de outras alterações nomeadamente lesões sugestivas de tumor primário/metastização. Dos restantes exames complementares de diagnóstico realizados a destacar: valores normais de alfa-fetoproteína, LDH e -HCG; hemograma PCR e função renal sem alterações; pesquisa de infeção HIV negativa; pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes na urina negativa (Ziehl-Neelson e cultura).

O doente foi tratado com 2 meses de terapêutica antibacilar quádrupla (rifampicina, isoniazida, etambutol e pirazinamida) seguido de 4 meses de rifampicina e isoniazida, com boa tolerância. Objetivou-se resposta clínica com regressão da massa paratesticular bem como resolução dos sinais inflamatórios locais.

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## CARTAZES A EXPOR

### DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

A tuberculose é uma patologia cuja prevalência e incidência permanecem ainda elevadas. Apesar de rara, a orquiepididimite tuberculosa isolada faz diagnóstico diferencial com neoplasia testicular. No caso descrito a suspeita clínica permitiu o diagnóstico correto e evitou uma orquidectomia desnecessária.

### C091

#### **A EXPERIÊNCIA DO CENTRO INTEGRADO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO NA REALIDADE DO SERVIÇO DE UROLOGIA**

JORGE CORREIA<sup>1</sup>, JOÃO PEREIRA<sup>2</sup>, DIOGO SOUSA<sup>1</sup>, DANIEL REIS<sup>1</sup>, SEVERINO RIBEIRO<sup>3</sup>, MIGUEL RAMOS<sup>1</sup>, AVELINO FRAGA<sup>1</sup>

1 - CHP, 2 - CHP/ IPO

### INTRODUÇÃO

A Urologia é uma especialidade que assume grande projecção em Cirurgia de Ambulatório, seja pelos diversos procedimentos de baixa e média complexidade que dispensam internamento hospitalar, bem como pelo incrível desenvolvimento tecnológico, nomeadamente na área da endoscopia, que permitiu procedimentos menos invasivos e mais seguros, com igual ou maior grau de eficácia. Nesse sentido, o Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA) do Centro Hospitalar do Porto), integrando os mais recentes avanços tecnológicos com rigorosos protocolos de actuação desde a admissão até ao momento da alta, veio reforçar essa capacidade.

### OBJECTIVOS

Caracterizar os procedimentos cirúrgicos de Urologia realizados entre Março 2011 e Dezembro 2016 no CICA.

### MATERIAL E MÉTODOS

Análise retrospectiva dos doentes operados durante este período por Urologia no CICA, através da análise da informação clínica electrónica, referente aos dados demográficos, clínicos, cirúrgicos e complicações registadas.

### RESULTADOS

Entre Março 2011 e Dezembro 2016 foram intervenções 1537 doentes, predominantemente do género masculino (90,7%), com uma idade média de 44,3 ± 17,1 anos.

De acordo com a avaliação anestésica, o risco anestésico, pelo ASA médio, foi de 1,82 ± 0,72. A anestesia geral foi a modalidade mais utilizada (59,3%), seguida pela sedação (18,4%) e local (11,8%).

Entre as principais patologias abordadas em Urologia de Ambulatório destacam-se fimose (26,0%), hidrocelo (18,1%), extracção de JJ (10,8%), varicocele (9,0%), freio curto isolado (7,2%), planeamento familiar para vasectomia (4,2%), quisto do epidídimo (3,4%) e quisto escrotal (3,1%).

O tempo médio cirúrgico foi de 27,97 ± 15,14 minutos, variando entre 1 e 93 minutos.

A taxa global de complicações foi de 4,7%, com predomínio das complicações precoces (<28 dias) em relação às tardias (≥28 dias) (3,78% e 0,91%, respectivamente). Entre as complicações mais frequentes destacam-se o hematocelo/ hematoma peniano e a hemorragia pela ferida.

A transferência para o hospital central e admissão em internamento verificou-se em 11 casos (0,71%), maioritariamente por necessidade de exploração testicular e drenagem e hemostase no bloco operatório.

Ao avaliarmos o tempo entre a cirurgia e complicação obtemos uma média de 31,48 ± 80,67 dias, mas que se revela distorcida por um caso de recidiva de hidrocelo 540 dias após a cirurgia e um caso de orquite crónica 339 dias após. A mediana traduz de forma mais fidedigna a apresentação essencialmente precoce e menor das complicações cirúrgicas em ambulatório (9,0 dias), tal como os 1º e 3º quartil (4,0 e 19,5 dias).

O tempo médio decorrido entre a cirurgia e a primeira consulta médica pós-operatória foi de 39,1 ± 24,4 dias. 5,85% dos doentes intervenções em regime de ambulatório faltaram a esta consulta.

### CONCLUSÃO

A Urologia em regime de ambulatório no CICA do CHP tem assumido uma importância crescente na produção cirúrgica global do serviço. Ela proporciona cuidados rápidos, cómodos e de elevado grau de satisfação aos utentes que dela usufruem, com taxas de complicação relativamente baixas, sobreponíveis à de centros de excelência.

# CARTAZES A EXPOR

## C092

### **FEOCROMOCITOMA – A NOSSA ABORDAGEM TERAPÉUTICA MULTIDISCIPLINAR**

TIAGO NEVES<sup>1</sup>; JUAN CARLOS MONTEVERDE<sup>1</sup>; SÉRGIO BATISTA<sup>1</sup>; JOÃO MIGUEL REIS<sup>1</sup>; CARLOS CORREIA<sup>1</sup>; LUCIANO PEREIRA<sup>1</sup>; LEONOR PIRES<sup>1</sup>; JOSÉ SILVA<sup>1</sup>; PAULO VASCO<sup>1</sup>; NUNO FRANCO<sup>1</sup>; JOÃO DIAS<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar Médio Tejo

#### **INTRODUÇÃO**

O feocromocitoma, tumor endócrino, oriundo de células da crista neural, tem uma incidência anual de 2 a 8 casos por 1 milhão de pessoas, com idade média de diagnóstico aos 45 anos de idade. Estima-se que seja actualmente responsável por 0.1-0.6% dos casos de HTA não essencial. A sua abordagem diagnóstica e preparação pré-operatória implica conhecimento profundo da fisiopatologia desta doença.

#### **OBJECTIVO**

Apresentação da abordagem multidisciplinar realizada no tratamento de três casos de feocromocitoma tratados, no último ano, no Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT), em estreita coordenação com o Serviço de Anestesiologia.

#### **MÉTODO**

Revisão retrospectiva dos registos clínicos dos doentes e discussão crítica da abordagem multidisciplinar realizada.

#### **RESULTADOS**

No último ano foram tratados no CHMT três doentes com suspeita clínica, imagiológica e laboratorial de feocromocitoma. Tratam-se de três doentes do sexo masculino com 42, 46 e 59 anos de idade respectivamente, com formas esporádicas desta doença e localizados à glândula supra-renal.

Apresenta-se o trabalho encetado pelos respectivos elementos do Serviço de Urologia e Anestesiologia na correcta preparação pré-operatória destes doentes e os principais cuidados intra-operatórios anestesiológicos. A abordagem para o tratamento cirúrgico utilizada foi laparoscópica transperitoneal em dois dos doentes e convencional transperitoneal no outro.

Apresenta-se a evolução no pós-operatório imediato e tardio, tendo os três doentes tido alta clínica assintomáticos.

Apresenta-se a confirmação histológica das peças operatórias.

## **DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

Após o diagnóstico de suspeição, a correcta preparação do doente com feocromocitoma envolve uma avaliação multiorgânica sistematizada, a fim de compreender o real impacto decorrente do excesso catecolaminérgico a que o doente esteve sujeito. Uma avaliação cardiológica segura é fundamental em virtude da possibilidade de já existir patologia cardíaca importante – facto presente no nosso doente mais jovem. O algoritmo farmacológico pré-operatório utilizado nos nossos doentes baseou-se na administração de bloqueadores  $\alpha$  e  $\beta$ , bem como na adaptação de fármacos anti-hipertensores da família dos antagonistas de canais de cálcio.

O período intra-operatório carece de particular cuidado cirúrgico na tentativa de identificação dos pedículos vasculares, nomeadamente para laqueação precoce das veias supra-renais.

## **C093**

### **GLANS RESURFACING IN CARCINOMA IN SITU OF THE PENIS – A CASE REPORT**

RAQUEL CATARINO<sup>1</sup>; ANDRÉ CARDOSO<sup>1</sup>; CARLOS FERREIRA<sup>1</sup>; DIOGO PEREIRA<sup>1</sup>; TIAGO CORREIA<sup>1</sup>; MANUEL CERQUEIRA<sup>1</sup>; FEDERICO CARMO REIS<sup>1</sup>; MARTINHO ALMEIDA<sup>1</sup>; RAQUEL CRISÓSTOMO<sup>1</sup>; MARIA JOÃO RODRIGUES<sup>1</sup>; RUI PRISCO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Serviço de Urologia, Hospital Pedro Hispano

#### **INTRODUCTION**

Penile cancer is an uncommon malignancy in Western countries. There are known premalignant lesions that can progress to invasive penile cancer, namely carcinoma in situ (CIS) of the glans. There are no large, randomized studies comparing treatment options for these lesions, and reports concerning the surgical approaches are scarce. In this study we present a case report of a patient with CIS of the glans penis surgically treated with glans resurfacing.

#### **CASE DESCRIPTION**

A 57 year-old man, circumcised as a child, with no other relevant past medical history, presented an erythematous lesion on the glans penis. The biopsy demonstrated CIS of the glans and the patient was treated with imiquimod and cryotherapy. After 2 years, the lesion recurred and a new biopsy demonstrated CIS of the glans, with no evidence of invasive disease. The patient was referred to our department and we proposed a surgical excision, with glans resurfacing. The glans was marked in quadrants from the urethral meatus until the coronal sulcus, after which

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## CARTAZES A EXPOR

a perimeatal and circumcoronal incision was performed and the glans epithelium and subepithelial tissue were excised from the corpora spongiosum for each quadrant, with margins and orientation carefully labeled. A split-thickness graft was collected from the anterior aspect of the right thigh with a dermatome and was used to overlay the glans. The graft was sutured to the penile skin at the coronal sulcus and external urethral meatus and was fully quilted over the glans. Finally, we placed a bladder catheter and the glans was covered with a soft and humid gauze. The dressing was left in place for 7 days and the patient remained on bed rest for 48h. On the 7th day, the dressing and the bladder catheter were removed. All surgical margins were clear of disease. The patient was discharged, and the wound was reviewed at the hospital the following week and periodic intervals afterwards. During follow-up, the patient reports decreased penile sensibility.

### DISCUSSION/CONCLUSIONS

It has been reported that about 30% of penile CIS progress to invasive carcinoma. Topical chemotherapy with imiquimod and 5-fluorouracil can be used as first-line treatment in these lesions. However, although these agents present low toxicity and adverse effects, the efficacy seems to be limited. The surgical treatment not only removes the lesion, but also allows a more accurate histopathologic staging and detailed evaluation of the surgical margins.

Glans resurfacing surgery allows preservation of penile length and function, with a good cosmetic outcome and also permitting oncologic control. Moreover, one major advantage of the surgical approach is the ability to examine the whole excised tissue, evaluating the surgical margins and access the treatment efficacy.

In our case, although with very limited follow-up time, the patient has no evidence of recurrence, is satisfied with the cosmetic appearance and has preserved urinary and erectile functions.

### C094

#### LEIOMIOMA PARAURETRAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

RAQUEL CANTARINO<sup>1</sup>; MANUEL CERQUEIRA<sup>1,2</sup>; ANDRÉ CARDOSO<sup>1</sup>; CARLOS FERREIRA<sup>1,2</sup>; TIAGO CORREIA<sup>1,2</sup>; MADALENA PIMENTA<sup>1</sup>; FREDERICO CARMO REIS<sup>1,2</sup>; RUI PRISCO<sup>1,2</sup>

1 - Serviço de Urologia, Hospital Pedro Hispano; 2 - Hospital CUF Porto

### INTRODUÇÃO

Os leiomiomas parauretrais são doenças raras. Constituem tumores mesenquimatosos com origem no músculo liso uretral e parauretral e surgem mais comumente em mulheres em idade reprodutiva.

Neste estudo descrevemos um caso clínico de leiomioma parauretral, sem envolvimento da uretra tratado cirurgicamente na nossa instituição.

### CASO CLÍNICO

Mulher de 49 anos, sem antecedentes de relevo, recorre à consulta de urologia por massa perineal gradualmente crescente, ligeiramente dolorosa, com 6 meses de evolução. Clinicamente, apresentava dispareunia, sem sintomas do trato urinário. Ao exame físico, apresentava uma massa localizada na vertente posterior do meato uretral externo, bem definida, ovóide, dolorosa à palpação, com cerca de 3 cm. Analiticamente sem alterações de relevo. Realizou ressonância magnética nuclear para caracterização da lesão, que revelou uma massa nodular com cerca de 22x16x19mm, localizada em íntimo contato com a parede anterior do terço distal da vagina, com densidade espontânea não tipicamente quística, com sinal moderado em T2 e hipossinal em T1, com ténue captação de contraste, sem relação íntima ou continuidade com a uretra. Útero, ovários e bexiga sem alterações.

A uretrrocistoscopia revelou uretra normal, sem evidência de invasão do trato urinário inferior e mucosa vesical e meatos uretrais sem alterações.

A doente foi proposta para intervenção cirúrgica e foi realizada excisão total em bloco da massa. A estudo anatomopatológico da peça revelou ressecção completa de leiomioma.

A doente teve boa evolução no pós-operatório, que decorreu sem complicações. Retirou o cateter vesical após 7 dias, com micção espontânea. Durante o seguimento, sem sintomas urinários, nomeadamente incontinência urinária e com boa evolução cicatricial, sem complicações. A doente permaneceu assintomática, sem evidência de recorrência durante o seguimento.

### DISCUSSÃO/CONCLUSÕES

No períneo, os leiomiomas podem ter origem na vulva, uretra ou tecido parauretral. Os leiomiomas uretrais são mais comumente originados a partir da parede anterior da uretra proximal, enquanto que os leiomiomas parauretrais surgem a partir da

# CARTAZES A EXPOR

parede anterior da vagina e septo vesicovaginal. Ao contrário dos tumores uretrais, os leiomiomas parauretrais raramente apresentam invasão da mucosa uretral. Estes tumores podem envolver a uretra distal, embora o segmento proximal seja o local mais comumente envolvido.

Este estudo demonstra um caso de leiomioma parauretral com localização incomum, na vertente distal da uretra, sem invasão uretral demonstrada em uretrrocistoscopia e ressonância magnética nuclear.

O tratamento cirúrgico é recomendado, com excisão local e completa da lesão, com bons resultados descritos na literatura. Geralmente, não ocorre recorrência ou transformação maligna destes tumores após o tratamento.

## C095

### **NEFROMA QUÍSTICO GIGANTE EM LACTENTE DE 4 MESES - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

SARA VAZ RODRIGUES<sup>1</sup>; VANDA PRATAS VITAL<sup>1</sup>; RUI ALVES<sup>1</sup>; JOÃO PASCOAL<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Hospital Dona Estefânia

#### **INTRODUÇÃO**

O Nefroma Quístico é uma lesão benigna, rara e difícil de distinguir de outros tumores renais malignos como o Nefroblastoma Quístico parcialmente diferenciado, o Nefroblastoma Quístico e o Sarcoma de Células Claras. A nefrectomia é a cirurgia de eleição e é curativa.

#### **MATERIAL E MÉTODOS**

Apresentamos o caso clínico de uma lactente de 4 meses, natural de Cabo-Verde com DPN de rim esquerdo multiquístico. No período neonatal apresentava distensão abdominal, mas não foi realizado qualquer estudo imagiológico. Aos 4 meses de vida, por aumento súbito e importante do volume abdominal, que condicionava dificuldade respiratória, foi evacuada de Cabo Verde para o HDE. Realizou TC abdominal que mostrou "Volumosa formação quística multiloculada renal esquerda, condicionando importante desvio dos órgãos abdominais, sem sinais invasivos local ou de disseminação à distância; sendo as hipóteses diagnósticas mais prováveis nefroma quístico multiloculado ou tumor de Wilms, variante quística.

A doente foi submetida a nefroureterectomia esquerda, sem intercorrências, e a anatomia patológica confirmou tratar-se de Nefroma Quístico.

#### **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A cirurgia decorreu sem intercorrências, tendo a doente tido alta no 4º dia de pós-operatório. A doente tem função renal normal e mantém-se normotensa.

#### **CONCLUSÃO**

O Nefroma Quístico é um tumor raro e apesar de benigno, a cirurgia a realizar é a nefrectomia, pelo facto de ser imagiológicamente indistinguível de outras lesões malignas potencialmente agressivas.

## C096

### **DIAGNOSTIC DILEMMAS: 2 CASES OF MULTILOCULAR CYSTIC RENAL CELL CARCINOMA**

VANESSA METROGOS<sup>1</sup>; JOÃO CRUZ<sup>1</sup>; NUNO RAMOS<sup>1</sup>; CELSO MARIALVA<sup>1</sup>; ALEXANDRE MACEDO<sup>1</sup>; JOÃO BASTOS<sup>1</sup>; NUNO FIGUEIRA<sup>1</sup>; NELSON MENEZES<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Hospital Garcia de Orta

#### **INTRODUCTION**

Multilocular cystic renal cell carcinoma (MCRCC) represents a rare variant of clear cell renal cell carcinoma (RCC) with an excellent outcome, representing 1-2% of all renal tumors. It has been recognized as a separate subtype of RCC and diagnosed on the basis of strict histological criteria according to 2004 WHO classification. It cannot be promptly distinguished from other cystic tumors on imaging studies. Only few cases of MCRCC have been reported.

#### **AIM**

To present 2 clinical cases and a brief review about MCRCC.

#### **MATERIAL AND METHODS**

A MEDLINE search for "multilocular cystic renal cell carcinoma" was performed and information was selected. Two clinical cases were presented based on clinical data records.

#### **RESULTS**

Case 1

A 69-year-old male with a past history of smoking and hypertension was referred for the management of an incidentally diagnosed

### CARTAZES A EXPOR

left-sided complex renal cystic. Contrast-enhanced computed tomography (CT) showed a heterogeneously enhancing, well-defined polilobulated multicystic lesion with 4.7x4.9cm in the mid third of the left kidney, without lymph node or secondary involvement. Contrast-enhanced magnetic resonance (MR) confirmed the presence of an intralesional solid hypervascular component. Left radical nephrectomy was performed. Histopathological examination revealed a multiloculated cyst containing mucinous material and haemorrhagic areas, compatible with a MCRCC, stage T1b, Fuhrman nuclear grade II, with vimentin and EMA membranous positivity. No recurrence happened until now.

#### Case 2

A 62-year-old male with a past history of renal transplantation due to IgA nephropathy and posteriorly left radical nephrectomy for papillary RCC (in native kidney), underwent a radical nephrectomy of the right native kidney, after a unfavorable 6-months follow-up of a complex cystic with 3cm. Histopathology examination of the specimen showed a well-circumscribed lesion with 4.5cm, with multiloculated cystic spaces and thin septa, compatible with MCRCC, stage T1b, Fuhrman nuclear grade I, with vimentin and EMA membranous positivity. Any recurrence was found until the present.

#### DISCUSSION/CONCLUSION

As happened in these cases, MCRCC is almost always discovered incidentally. The mean age of presentation is 51 years, ranging between 20 and 76 years and exists a male predominance (3:1). MCRCC is considered a distinct subtype of clear cell RCC in the 2004 WHO classification based on the characteristic gross features with a multilocular cystic appearance and a variegated, yellowish solid component limited to small areas, with no expansive nodules or necrosis. Histologic examination reveals cysts lined by occasionally flattened cuboidal clear cells and septa that contain aggregates of epithelial cells with clear cytoplasm; tumors are usually Fuhrman grade 1 and are positive for CD10, vimentin, and EMA, confirming the diagnosis. The chief differential diagnoses to be considered include cystic nephroma, cystic clear cell RCC, clear cell papillary RCC and tubulocystic carcinoma. In a recent series of 45 cases of MCRCC, Suzigan et al. found 82% of cases in T1 stage and 62% with low nuclear grade, similar to our cases. Therefore, the survival rate is significantly better than conventional RCC.

#### C097

##### **PRIMARY LYMPHOMA IN UROLOGY: CLINICAL PRACTICE IN A TERTIARY CARE CENTER**

RAQUEL ORTIZ PEREJO<sup>1</sup>; TIAGO RIBEIRO DE OLIVEIRA<sup>2</sup>; SARA DÍAZ NARANJO<sup>3</sup>; CÉSAR MIRANDA<sup>3</sup>

1 - Complejo Asistencial de Segovia; 2 - Centro Hospitalar Lisboa Norte; 3 - Complejo Hospitalario de Ourense

#### INTRODUCTION

Primary lymphomas of the genitourinary system are a rare clinical entity, with an incidence of less than 3% of all malignancies of the genital and urinary systems. Despite the absence of evident lymphoproliferative lesions on other locations after extensive diagnostic investigations, the diagnosis of a primary lymphoma is always a matter of great controversy due to the suspicion of an occult primary lymphoma with secondary genitourinary involvement. Nevertheless, the number of reports on primary lymphomas of the genitourinary system is increasing in the literature.

#### AIM

To report our experience on primary lymphomas of the genital and urinary systems.

#### MATERIALS AND METHODS

A retrospective analysis of the clinical data of patients with primary lymphomas of the genital and urinary systems treated in our center, from 2005 to 2016, was performed.

#### RESULTS

Three cases of confirmed primary lymphoma of genital or urinary organs are described. A 66 year old male patient with a testicular solid lesion underwent a radical orchiectomy. Pathology of the specimen revealed a diffuse large B-Cell lymphoma. Diagnostic evaluation with a whole body CT (computed tomography), bone marrow biopsy and spinal fluid cytology were negative for other lymphoproliferative lesions. At 2 years of follow-up, the patient remains without evidence of relapse. A 17 year old female patient with multiple bilateral kidney solid lesions underwent an open renal biopsy after a FNA (Fine Needle Aspiration) suggestive of lymphoma. Pathology revealed a B-Cell non-Hodgkin's lymphoma. Diagnostic evaluation with CT, MRI (Magnetic Resonance Imaging), bone marrow biopsy and blood tumor marker levels were negative for other lymphoproliferative lesions. Chemotherapy with standard CHOP

# CARTAZES A EXPOR

chemotherapy (Cyclophosphamide, Hydroxydaunorubicin, Vincristine and Prednisone) was performed (6 cycles), with radiological evidence of success. At 10 years of follow-up, the patient remains without evidence of relapse. A 68 year old female patient with previous systemic mastocytosis was diagnosed with 2 suspicious exophytic bladder lesions (3.9x2.7cm and 2x1.3 cm, respectively) in a MRI on the diagnostic evaluation of repeated urinary tract infections with suspicious urine cytologies. The patient underwent a transurethral resection of the bladder lesions. Pathology of the specimen revealed a diffuse large B-Cell lymphoma. Diagnostic evaluation with MRI and PET-CT (Positron Emission Tomography-Computed Tomography) was negative for other lymphoproliferative lesions. Despite chemotherapy with scheme BURKIMAB14, the patient died after 3 months due to progression of the systemic mastocytosis disease.

## CONCLUSIONS

Primary lymphomas of genital and urinary organs are a recognized clinical entity, with an increasing number of reports on the literature over the past years. Although uncommon, this clinical entity must be considered on the differential diagnosis of genitourinary malignancies, since its therapeutic management is often different from the most common malignancies of the considered organs.

## C098

### **TUMOR DE CÉLULAS GERMINATIVAS PRIMÁRIO DA PRÓSTATA – DESCRIÇÃO DE UM CASO RARO**

HUGO ANTUNES<sup>1</sup>; RUI ALMEIDA<sup>2</sup>; JOÃO CARVALHO<sup>1</sup>; BELMIRO PARADA<sup>1</sup>; PEDRO NUNES<sup>1</sup>; ARNALDO FIGUEIREDO<sup>1</sup>

1 - Serviço de Urologia e Transplantação Renal - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 - Serviço de Anatomia Patológica - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

## INTRODUÇÃO

Os tumores de células germinativas primários extra-gonadais (EGCTs) são extremamente raros, localizados sobretudo no mediastino e retroperitônio, correspondendo a apenas 1-5% de todos os tumorais de células germinativas. São caracterizados pela transformação maligna de células germinativas na ausência de um tumor gonadal primário. Os EGCTs primários da próstata são extremamente raros, com menos de 20 casos descritos na literatura.

## CASO CLÍNICO

Homem, 47 anos, em lista de espera para cirurgia endoscópica da próstata por presumida hiperplasia benigna da próstata que foi admitido no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) no contexto de dor lombar e febre. Realizou, nesse episódio, ecografia abdominal que mostrou volumosa massa pélvica condicionando hidronefrose bilateral. Analiticamente apresentava lesão renal aguda (Creatinina 9,45 mg/dl). Foi submetido a derivação urinária de urgência com colocação de nefrostomias percutâneas bilaterais e internado para monitorização clínica e esclarecimento diagnóstico. Após estabilização clínica foi submetido a ressecção endoscópica de lesão vesical/próstática cujo estudo histológico levantou a hipótese diagnóstica de sarcoma indiferenciado com a imunohistoquímica a revelar positividade apenas para vimentina. Após a cirurgia realizou TC toraco-abdomino-pélvica, tendo sido objetivada uma massa pélvica com 110x45 mm localizada no recesso recto-vesical, sem aparentes planos de clivagem com a próstata e recto. Sem lesões secundárias identificadas. A avaliação analítica revelou aumento ligeiro da beta-HCG (3,2 mUI/mL), elevação da AFP (288 ng/mL) e da neuroenolase específica (36 ng/mL). O PSA pré-operatório era de 1,42 ng/ml. Perante o diagnóstico histológico de sarcoma retroperitoneal foi encaminhado para a Unidade de Sarcomas Ósseos e de Tecidos Moles do CHUC, tendo feito quimioterapia neoadjuvante com doxorubicina e dacarbazina. No final deste tratamento, 6 meses após o diagnóstico inicial, o doente foi submetido a cistoprostatectomia radical com linfadenectomia pélvica e construção de ureteroleostomia cutânea tipo Wallace II. Houve excisão macroscopicamente completa da massa tumoral. A análise histológica revelou uma neoplasia germinativa mista da próstata com extensa necrose e fibrose e com componentes viáveis de tumor do saco vitelino/tumor do seio endodérmico (cerca de 20%) e de seminoma (cerca de 10%) que interessava ambos os lobos da próstata. Após a cirurgia o doente fez ecografia escrotal que não identificou qualquer alteração testicular. Os marcadores tumorais diminuíram para os valores normais de referência. Foi submetido até ao momento a 2 ciclos de quimioterapia com BEP (Bleomicina 30 mg nos dias 1, 8 e 15; cisplatina 40 mg nos dias 1-4; etoposido 100 mg nos dias 1-5), tendo, durante o segundo ciclo, desenvolvido um quadro de neutropenia febril que obrigou a interromper temporariamente o tratamento, até ao momento sem sinais de recidiva da doença.

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## CARTAZES A EXPOR

### CONCLUSÃO

O diagnóstico preciso dos EGCTs é essencial não só para prever a progressão tumoral mas sobretudo para uma correta orientação dos doentes. A sobrevida aos 5 anos destes doentes na literatura varia entre os 40 e 90%, sendo mais favorável naqueles que apresentam predominância seminomatosa.

### C099

#### URORECTAL FISTULA AFTER BRACHYTHERAPY AND RADIOTHERAPY – A CASE REPORT

GIL FALCÃO<sup>1</sup>; FRANCISCO MARTINS<sup>1</sup>; JORGE MORALES<sup>1</sup>; PEDRO BALTAZAR<sup>1</sup>; RUI BERNARDINO<sup>1</sup>; FRANCISCO FERNANDES<sup>1</sup>; HUGO PINHEIRO<sup>1</sup>; CABRITA CARNEIRO<sup>1</sup>; LUÍS CAMPOS PINHEIRO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - *chlc; 2 - chln*

#### INTRODUCTION AND OBJECTIVE

Urorectal fistula (RUF) is a rare disease mostly associated with pelvic cancer treatment.

The more frequent use of radiation therapy in the treatment of prostatic adenocarcinoma (CaP) has led to an increase of more complex cases. The diagnosis is straightforward and its closure is surgical in most cases. The treatment of choice remains controversial, and there is no standardized algorithm for patient-specific orientation.

#### MATERIALS AND METHODS

We report a 69-year old male with PCa who underwent brachytherapy (BT) with I125 + radiotherapy (RT) in 2014. In 2016, he developed fecaluria, pneumaturia and dysuria. The diagnosis of RUF was initially confirmed by computed tomography (CT) scan. In the same year, he underwent diverting colostomy but developed several recurrent episodes of urinary tract infections (UTI), despite targeted antibiotic therapy. The voiding urethrocytography (VCUG) and Magnetic Resonance Imaging (MRI) identified a high-output fistula from the prostatic urethra to the rectum (7x7mm). He underwent surgical reconstruction in February 2017: a guidewire was placed endoscopically from the prostatic urethral fistula ostium to the anterior rectum wall. A transperineal approach through an inverted U-shaped incision was used to close the fistula, the fistula tract was identified and mobilized, and a separate closure of the rectal and urinary sides of the fistula was performed. Fibrin glue (Glubran®) was applied at the end of the surgical repair to reinforce closure.

### RESULTS

Five months later, the patient underwent radical cystoprostatectomy because of persistence of the fistula tract. At the time of this poster preparation, the patient was recovering uneventfully.

### DISCUSSION/CONCLUSION

We present a complex RUF case resulting from energy ablation treatment involving brachytherapy and external irradiation. The incidence of this type of RUF is up to 10x higher than in RUF purely secondary to surgery, this latter one averaging  $\leq 1\%$ . In irradiated patients, the RUF is usually larger, with dense circumferentially palpable fibrosis and, in many cases, complicated by an intervening local cavity. These radiation-induced RUF are best treated by an abdomino-perineal salvage radical prostatectomy or cystoprostatectomy, repair of the rectal defect (which was achieved through the perineum at the 1st stage in this patient), and, if necessary, omental wrap interposition. Although surgical repair of iatrogenic RUF may be extremely difficult, success can be achieved in most cases through an aggressive perineal or abdominoperineal approach.

### C100

#### NEOPLASIA DO RIM COM TROMBO NA VEIA CAVA INFERIOR – A PROPÓSITO DE 3 CASOS CLÍNICOS

LUISA J. ALVES<sup>1</sup>; SOFIA P. LOPES<sup>1</sup>; CATARINA GAMEIRO<sup>1</sup>; RUI SOUSA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - *Hospital Beatriz Angelo*

#### INTRODUÇÃO

O carcinoma de células renais (CCR) com trombo da veia cava inferior (VCI) é relativamente raro (4-10% dos casos). O tratamento destes tumores implica nefrectomia radical e excisão completa do trombo. Contudo, não existe consenso acerca da melhor opção cirúrgica neste contexto. De acordo com as publicações existentes, a extensão do crescimento intravascular não se associa a aumento do risco de disseminação local, ganglionar ou à distância. Descrevemos três casos de CCR com trombo na VCI, sintomáticos, submetidos a nefrectomia radical e trombectomia, sem circulação extra-corporal e com recurso a ecocardiograma transesofágico.

# CARTAZES A EXPOR

## CASOS CLÍNICOS

Caso 1: Doente do sexo masculino, 79 anos, hipertenso, ex-fumador (40 UMA) com diagnóstico de tumor do rim esquerdo (RE) com trombo na VCI (grau III) com trombo-embolismo pulmonar (TEP) esquerdo maciço como forma de apresentação. Foi submetido a nefrectomia radical com suprarrenalectomia e trombectomia. O pós-operatório foi complicado de uma ligeira extensão do TEP e pneumonia tendo tido alta ao 23º dia de pós-operatório. Cerca de três anos após cirurgia, foi submetido a excisão de metástase única do úmero. Actualmente, encontra-se no 5º ano pós cirurgia do tumor

Caso 2: Doente do sexo feminino, 72 anos, hipertensa, fumadora (50 UMA), com quadro de dor torácica direita que, após avaliação imagiológica, levou ao diagnóstico de lesão do RE com trombo mural na VCI (grau III) associado a metastização pulmonar, óssea e ganglionar. Foi submetida a cirurgia radical para remoção do tumor primário e terapêutica sistémica adjuvante com pazopanib. Teve uma sobrevida de 20 meses.

Caso 3: Doente do sexo masculino, 61 anos, hipertenso, ex-fumador (10 UMA), admitido no serviço de urgência por quadro de dor abdominal e dispneia, nesse contexto, foi-lhe diagnosticada lesão neoformativa do RE com trombo na VCI (grau II) associado a trombo na aurícula direita. Foi submetido a nefrectomia radical com suprarrenalectomia e trombectomia. Teve alta ao 8º dia de pós-operatório. Encontra-se no 6º mês de seguimento, sem evidência de recidiva de doença.

## DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Mesmo em estadios localmente avançados, incluindo os tumores renais com trombo na VCI, a cirurgia, quando possível, é a melhor forma de tratamento. A abordagem cirúrgica deve ser adaptada a cada caso e baseada na extensão do trombo. A multidisciplinaridade é a chave para a optimização peri-operatória destes doentes e, por conseguinte, do sucesso da abordagem terapêutica.

## C101

### **CARCINOMA DE CÉLULAS RENAI ESCAMOSO-ALVEOLAR BIFÁSICO – CASO CLÍNICO DE UMA VARIANTE RARA**

RAQUEL CATARINO<sup>1</sup>; CERQUEIRA MANUEL<sup>2</sup>; ANDRÉ CARDOSO<sup>3</sup>; CARLOS FERREIRA<sup>4</sup>; DIOGO PEREIRA<sup>5</sup>; TIAGO CORREIA<sup>6</sup>; FREDERICO CARMO REIS<sup>7</sup>; MARTINHO ALMEIDA<sup>8</sup>; RUI PRISCO<sup>9</sup>

<sup>1</sup> - Serviço de Urologia, Hospital Pedro Hispano - 2 -

## INTRODUÇÃO

O carcinoma de células renais escamoso-alveolar bifásico (CCREAB) constitui uma entidade histológica recentemente reconhecida. Foi descrito pela primeira vez em 2012 por Petersson e colaboradores com a publicação de 2 casos clínicos. Posteriormente Mudaliar publicou um caso clínico semelhante e o assunto foi posteriormente caracterizado por Hes e colaboradores em 2016, com a descrição de 21 casos a partir de 12 instituições a nível mundial. No total, existem apenas 5 estudos na literatura sobre esta temática, contando com apenas 24 casos descritos em todo o Mundo.

O estudo histológico, imunohistoquímico e análise genética destas neoplasias demonstram que este tipo de tumor está intimamente relacionado com o carcinoma papilar de células renais.

O CCREAB é constituído por uma população dupla de células distintas, na qual as células tumorais maiores apresentam características epiteliais e formam áreas redondas sólidas bem demarcadas, rodeadas na sua maioria por células neoplásicas mais pequenas.

Tem sido descrita a presença uniforme de emperiolese nas células epiteliais maiores. Embora este fenómeno esteja descrito noutras neoplasias, é um achado incomum no carcinoma de células renais. Adicionalmente, tem sido descrita a positividade para ciclina D1 como uma característica típica deste tipo de tumores.

Apresentamos um caso clínico de um doente com carcinoma de células renais escamoso-alveolar tratado cirurgicamente na nossa instituição.

## CASO CLÍNICO

Doente de 67 anos, género masculino, com antecedentes de adenocarcinoma do cólon submetido a ileocelectomia e quimioterapia adjuvante há 6 anos, é enviado à consulta de Urologia por achado incidental de lesão sólida no rim esquerdo. Fez ressonância magnética que evidenciou múltiplos quistos renais e lesão nodular sólida na metade superior do rim esquerdo, com 9mm, assim como adenoma da glândula suprarrenal esquerda. Sem evidência de metastização ganglionar ou à distância. Clinicamente assintomático e analiticamente sem alterações da função renal. Manteve seguimento em consulta de Urologia com caracterização imagiológica periódica da lesão renal. Após 6 anos de seguimento, realizou nova ressonância

# APU 2017

## CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE UROLOGIA

### CARTAZES A EXPOR

magnética nuclear que mostrou crescimento da lesão nodular, com 16mm, tratando-se de lesão hipervascular.

O doente foi proposto para nefrectomia parcial esquerda, que foi realizada por via extraperitoneal com lombotomia esquerda. O estudo anatomopatológico evidenciou carcinoma de células renais bifásico escamóide e alveolar, relatando uma massa de 34x23x23mm, constituída por duas populações celulares distintas: uma população do tipo alveolar com formação de estruturas tubulares e a segunda constituída por células que formam ninhos sólidos no centro das estruturas tubulares, com observação de fenómenos de emporiolesis. Estadiamento pT1a, com margens cirúrgicas negativas.

A cirurgia decorreu sem complicações e após 6 meses de seguimento, o doente encontra-se assintomático, sem evidência de recidiva da doença.

#### DISCUSSÃO/CONCLUSÕES

O CCREAB constitui uma variante de carcinoma de células renais recentemente reconhecida. Dada a raridade deste tumores e inexistência de estudos publicados, pouco se sabe acerca das características clínicas dos doentes. São necessários mais estudo de forma a definir qual a melhor abordagem terapêutica e de seguimento destes doentes.

#### C102

##### CANCRO HEREDITÁRIO DA PRÓSTATA

MADALENA MONTEIRO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - USF S. João da Talha

#### INTRODUÇÃO

O cancro da próstata é o cancro com maior incidência no sexo masculino em Portugal. Os seus fatores de risco reconhecidos são: a etnia, a idade avançada e a história familiar. 5-10% dos cancros têm um componente hereditário ou uma mutação genética associada que causam uma predisposição inerente ao cancro da próstata.

#### OBJETIVO

Identificar os critérios da história pessoal e familiar do doente que aumentam o seu risco de ter um cancro hereditário da próstata.

#### METODOLOGIA

Em Janeiro de 2017 foi feita uma pesquisa nas bases de dados: UpToDate, Cochrane Library, Medline/PubMed, AHRQ's National Guideline Clearinghouse com os termos: cancer predisposition, genetic counseling combinados com prostate cancer. Foram selecionados os artigos considerados relevantes para os objetivos definidos, publicados em inglês e português.

#### RESULTADOS

Foram associadas algumas mutações genéticas que aumentam a predisposição ao desenvolvimento do cancro da próstata. A mutação HOXB13 está presente em 1.4-4.6% dos doentes com cancro da próstata com múltiplos familiares em 1º grau afetados, ou com um diagnóstico numa idade inferior a 55 anos. As mutações no genes BRCA 1 e BRCA2 associados ao síndrome do cancro hereditário da mama e ovário estão também associados a uma maior predisposição ao cancro da próstata, numa idade mais jovem e com um curso mais agressivo. O Síndrome de Lynch causado por mutações germinais nos genes de reparação do ADN, em especial nos genes MLH1 e MSH2, também parece aumentar o risco do cancro da próstata. Deveremos pensar num carácter hereditário nos indivíduos nos quais se identifique um cancro da próstata em pelo menos dois familiares próximos (familiares em 1º e 2º grau do mesmo lado da família) com idade igual ou inferior a 55 anos; ou pelo menos 3 familiares em 1º grau com cancro da próstata; ou cancro da próstata agressivo (Gleason >7) e pelo menos 2 casos de cancro da mama, ovário e/ou pâncreas em familiares próximos.

#### CONCLUSÕES

Um aspecto importante dos cuidados ao doente com um risco aumentado de ter um cancro hereditário é o seu atempado reconhecimento e idealmente a sua referenciação a uma consulta de genética. No entanto existem ainda algumas limitações no dia a dia à sua rápida identificação, nomeadamente o limitado tempo de consulta para uma adequada avaliação familiar que faça o médico suspeitar de uma condição genética e pouca informação dos utentes acerca da sua história familiar oncológica.

# CARTAZES A EXPOR

## C103

### **SEMINOMA TESTICULAR BILATERAL SÍNCRONO: APRESENTAÇÃO RARA DE DOENÇA RARA.**

PEDRO SIMÕES DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; TIAGO RIBEIRO OLIVEIRA<sup>1</sup>; SANDRO GASPAR<sup>1</sup>; DAVID MARTINHO<sup>1</sup>; SÉRGIO PEREIRA<sup>1</sup>; ANA LÚCIA COSTA<sup>1</sup>; ANA MARIA PALHA<sup>1</sup>; TOMÉ LOPES<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - CHLN-Hospital de Santa Maria

#### **INTRODUÇÃO**

Tumores testiculares de células germinativas (TTCGs) são a neoplasia mais frequente em homens entre os 20 e 40 anos de idade. No entanto, é uma doença rara, representando apenas 5% dos tumores urológicos.

TTCGs bilaterais são ainda mais raros, representando 1-2% de todos os casos. Aproximadamente 35% são síncronos, sendo a maioria seminomas e geralmente de igual histologia. O tratamento destes tumores é controverso. Orquidectomia radical bilateral (ORB) é considerada o tratamento padrão em casos de alteração dos níveis de testosterona. De modo a preservar a fertilidade e produção endógena de testosterona, uma cirurgia poupadora de órgão (CPO) pode ser uma opção desde que o volume tumoral seja inferior a 30% do volume testicular. Nestes casos, a taxa de neoplasia de células germinativas in situ (TIN) é elevada (até 82%).

O seguimento é igual ao de tumores unilaterais, no entanto, seguimento vitalício pode ser aconselhável devido ao risco de recidiva. Vigilância com ecografia escrotal pode ser recomendada em doentes submetidos a CPO.

#### **OBJETIVOS**

Apresentar um doente com volumosas massas testiculares bilaterais correspondendo a seminoma bilateral síncrono estadio IIB.

#### **MATERIAL**

Homem de 37 anos, com aumento do volume escrotal bilateralmente com três meses de evolução. O exame físico revelou aumento do volume escrotal bilateralmente, de consistência endurecida, superfície irregular e reduzida mobilidade. Transiluminação negativa. Sem evidência de adenopatias palpáveis inguinais ou supraclaviculares. A ecografia escrotal revelou múltiplas lesões sólidas nodulares bilaterais envolvendo cerca de 50% de cada testículo. Os marcadores tumorais: LDH 322 U/L, AFP 1.3 ng/ml e BhCG 29 U/L. Testosterona 453 ng/dL.

#### **MÉTODOS E RESULTADOS**

O doente foi submetido a exploração escrotal via inguinal com biópsia testicular bilateral. O exame extemporâneo foi positivo para seminoma bilateralmente. Procedeu-se, no mesmo tempo, a ORB com colocação de prótese testicular bilateralmente.

O exame anatomo-patológico confirmou o diagnóstico de seminoma bilateral com invasão da túnica albugínea e invasão vascular e linfática (pT2). Apresentou ainda normalização dos marcadores tumorais após a cirurgia.

O doente iniciou terapia de substituição com testosterona.

A TC toraco-abdomino-pélvica de estadiamento revelou uma linfadenopatia inter-aorto-cava de 30 mm (estadio IIB), tendo sido referenciado a Oncologia e realizado três ciclos de BEP.

Três meses mais tarde, a PET 18F-FDG não revelou qualquer atividade metabólica e os marcadores tumorais eram normais.

#### **DISCUSSÃO/CONCLUSÃO**

Doentes com tumores testiculares bilaterais requerem uma abordagem individualizada de forma a conseguir uma boa qualidade de vida. Embora a ORB seja o tratamento padrão, está associada a um grande impacto na fertilidade levando os doentes a suplementação hormonal vitalícia.

A CPO deve ser realizada sempre que possível, embora múltiplas biópsias testiculares sejam necessárias para descartar a presença de TIN ou tumor multifocal. A presença de TIN está associada à necessidade de radioterapia, o que pode resultar em infertilidade e hipogonadismo do testículo remanescente, e respetivo impacto na qualidade de vida.

O prognóstico destas neoplasias síncronas é determinado pela histologia tumoral e presença de doença metastática. Embora estes doentes apresentem, geralmente, estádios mais avançados, o prognóstico é bom com taxas de sobrevida comparáveis aos doentes com doença unilateral.

## C104

### **INTRAPERITONEAL BLADDER RUPTURE FOLLOWING BLUNT PELVIC TRAUMA**

PEDRO BARROS<sup>1</sup>; ANIBAL<sup>1</sup>; MIGUEL CABRITA<sup>1</sup>; MARCO DORES<sup>1</sup>; MIGUEL RODRIGUES<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar do Algarve; 2 - Cen

Although relatively uncommon in blunt trauma, bladder rupture occurs in the setting of pelvic floor fracture in 85% of the cases,

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## CARTAZES A EXPOR

mainly on those with pelvis dislocation. Broadly divided in intraperitoneal versus extraperitoneal, the approach to each one of the cases differs substantially. While the first normally requires surgical closure of the bladder in order to prevent chemical peritonitis or secondary intra-abdominal infection, the latest can be treated conservatively with bladder drainage.

In this case, a 40 year old male patient was brought to the ER after a supposed fall on the stairs. On the initial evaluation when he arrived, it was evident a diastase of the pelvis, with an unstable fracture of the sacral right wing, with concomitant fracture of the transverse apophysis of L4 and L5. During the next hours, following complaints of abdominal pain and distension, an abdomino-pelvic CT was done which revealed free fluid in the abdomen with a suspected bladder contusion and small liver laceration. As the patient had not urinated since his admission on the ER, and even though the CT scan showed no evidence of an urethral fracture, a retrograde urography was performed, which showed no signs of urethral trauma. Thus vesical catheterization ensued, with leakage of 400 cc of concentrated urine with no gross hematuria. An later CT with excretory phase showed a bladder full with contrast, with extravasation on the right antero-superior surface of the bladder dome, and accumulation on the parieto-colic gutters. An exploratory laparotomy was carried out with confirmation of a 2-3 cm bladder rupture near the vesical dome, which was sutured on two plans. The revision of the other abdominal organs showed no evidence of lesions (apart from the liver laceration, which was left to heal). The patient was kept with a bladder drainage system for almost 3 weeks, after which it was removed, with no intercorrecions in between.

This case depicts how an early intervention in a case of an intraperitoneal bladder rupture, prevents further complications arising from urinary contamination of the abdominal cavity.

### C105

#### CANCRO DA PRÓSTATA – TENDÊNCIAS

RAQUEL CATARINO<sup>1</sup>; ANDRÉ CARDOSO<sup>1</sup>; CARLOS FERREIRA<sup>1</sup>; DIOGO PEREIRA<sup>1</sup>; TIAGO CORREIA<sup>1</sup>; MANUEL CERQUEIRA<sup>1</sup>; FREDERICO CARMO REIS<sup>1</sup>; MARTINHO ALMEIDA<sup>1</sup>; RUI PRISCO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Serviço de urologia, Hospital Pedro Hispano

#### INTRODUÇÃO

O cancro da próstata constitui um problema de saúde pública a nível global. Existem variações consideráveis na incidência

e mortalidade por esta neoplasia em todo o Mundo. Com o envelhecimento global da população, e considerando que a idade avançada é fator de risco para esta neoplasia, estima-se que este problema venha a assumir ainda maior importância. Neste estudo pretendemos descrever e analisar as tendências do cancro da próstata, em termos de incidência e mortalidade.

#### RESULTADOS

O cancro da próstata constitui o quarto cancro mais comum em ambos os sexos e o segundo mais comum nos homens. Em 2012, estima-se que foram diagnosticados cerca de 1.1 milhões de casos com cancro da próstata em todo o Mundo, sendo responsável por 15% de todos os cancros diagnosticados em homens, sendo a maioria (cerca de 70%) em países desenvolvidos. A incidência varia consideravelmente a nível mundial, com as taxas de incidência mais altas em países desenvolvidos.

Com um número de mortes estimado de 307000 casos em 2012, o cancro da próstata é a quinta causa mais comum de morte por cancro em homens (cerca de 6.6% de todas as mortes nos homens).

Em Portugal, o cancro da próstata ocupa o primeiro lugar das doenças oncológicas e a segunda causa de mortalidade nos homens. Estima-se que existam cerca de 25000 homens com cancro da próstata em Portugal.

No nosso país, estima-se que em 2012 foram diagnosticados 6622 novos casos de cancro da próstata, e 1582 mortes por esta doença.

De acordo com as projeções do GLOBOCAN, em 2030, o número de novos casos irá aumentar consideravelmente, com cerca de 1.8 milhões de novos casos e 544000 mortes por cancro da próstata. As projeções para Portugal indicam que em 2030 irão ser diagnosticados 8848 novos casos (comparativamente a 6622 em 2012) e 2188 mortes (comparativamente a 1582 em 2012).

#### DISCUSSÃO/CONCLUSÕES

Os padrões e tendências na incidência desta neoplasia têm sido influenciados por abordagens de rastreio e fatores de risco populacionais ainda não bem esclarecidos. O aumento do número de resseções transuretrais da próstata, assim como a aplicação do teste de PSA a partir dos anos 80 influenciou fortemente as tendências de incidência observada em países desenvolvidos. Os fatores de risco estabelecidos para cancro da próstata incluem idade avançada, etnia negra e história familiar deste neoplasia, assim como algumas variações genéticas. Têm sido propostos

# CARTAZES A EXPOR

fatores de risco ambientais relacionados com o estilo de vida ocidental, nomeadamente, obesidade, aumento da ingestão de gorduras e calorias e uso de suplementos alimentares, embora não estejam ainda completamente estudados.

Em termos de mortalidade, as taxas têm vindo a diminuir na maioria dos países desenvolvidos. Esta tendência de diminuição nas taxas de mortalidade são consistentes com a melhoria nas abordagens terapêuticas, deteção mais precoce de tumores localizados e subsequente diminuição de diagnóstico de doença avançada ou metastática.

A relação entre o rastreio de PSA e a redução da mortalidade é ainda controversa, mas estudos recentes iniciam um benefício do rastreio e deteção precoce na redução da mortalidade por esta doença.

## C106

### **COMPLICAÇÕES SISTÉMICAS APÓS A ADMINISTRAÇÃO DE BACILO DE CALMETTE-GUÉRIN**

ANTONIO PATRÍCIO<sup>1</sup>; CLARINDA NEVES<sup>1</sup>; SAUL ALMEIDA<sup>1</sup>; NUNO MAIA<sup>1</sup>; PEDRO DIAS<sup>1</sup>; JOÃO LOURENÇO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Centro Hospitalar do Baixo Vouga

#### **INTRODUÇÃO**

A instilação intravesical do bacilo de Calmette-Guérin (BCG) permanece como o tratamento standard na sequência da ressecção trans-uretral (RTU) dos tumores não invasivos da bexiga de alto grau. Este tratamento é geralmente bem tolerado, no entanto cerca de 8% dos doentes cessam o tratamento por intolerância. Febre baixa e cistite após a instilação são comuns e até interpretadas como um sinal de boa resposta ao tratamento. Complicações sistémicas podem no entanto ocorrer, desde prostatite, orquiepididimite ou hepatite granulomatosas, pneumonite, reações alérgicas e até sépsis por BCG.

#### **OBJECTIVOS**

Apresentamos o caso de sépsis por BCG num doente de 72 anos de idade submetido a imunoterapia com BCG na sequência de RTU de tumor vesical (pTa de alto grau). Realizou-se uma análise retrospectiva confrontando este caso com os dados da literatura.

#### **MATERIAL E MÉTODOS**

Este doente recorreu à Urgência por dispneia de início súbito no próprio dia da instilação intravesical de BCG, referindo

sentir arrepios e tremores assim que chegou ao domicílio. Na admissão encontrava-se apirético, normotenso e sem disritmias, com edemas dos membros inferiores. Constatado choque, o estudo complementar incluiu análises com gasimetria, ECG, ecocardiograma, RX do tórax, AngioTac e ecografia abdominal. Iniciou uma antibioterapia empírica com Ceftriaxone + Azitromicina por suspeita de traqueo-bronquite aguda.

#### **RESULTADOS**

Os múltiplos rastreios sépticos, incluindo incubação prolongada foram negativos. Suspeitou-se uma infeção em sépsis por *Mycobacterium bovis* no contexto do tratamento intra-vesical com BCG. Desenvolveu uma hepatite de predomínio colestático. Iniciou anti-bacilares; a reintrodução da corticoterapia foi acompanhada de uma melhoria franca do estado geral. A pesquisa de BK directo no sangue, urina, secreções respiratórias e suco gástrico foram negativas. Os resultados analíticos revelaram anticorpos positivos para *Brucella*, com IgG positivo e *Coxiella Burnetti*, com IgG e IgM positivos, em contexto de reação de imunidade cruzada. A biópsia hepática evidenciou múltiplos granulomas.

#### **DISCUSSÃO**

O tratamento instituído reflecte a dificuldade do diagnóstico precoce, sendo habitualmente necessário um suporte intensivo. Está recomendada a administração de fluoroquinolonas, alargando o espectro para um possível foco urinário por bactérias Gram negativas. A administração precoce de tuberculostáticos (Rifampicina, Isoniazida e Etambutol) é fundamental, assim como a corticoterapia.

A sépsis por BCG pressupõe a disseminação hematogénica de micobactérias e uma reação de hipersensibilidade. Factores de risco incluem RTU recente, algalias traumáticas, hematúria persistente, infeções ou estados imunodeprimidos. A associação temporal é importante, porém as infeções por BCG podem ocorrer até anos após o tratamento e manifestarem-se em qualquer órgão. A identificação de bacilos é incerta. O tratamento deve incluir a prescrição de 3 ou 4 tuberculostáticos para um período até 12 meses.

Se a primeira aplicação de BCG intravesical vem descrita há mais de 40 anos por Morales et al. (1976), as mais recentes meta-análises vem confirmar a sua superioridade em reduzir

# APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA DE UROLOGIA

## CARTAZES A EXPOR

a progressão e recorrência dos tumores da bexiga. Esquemas terapêuticos alternativos para a redução das complicações, como a redução da dose, o uso concomitante de tuberculostáticos ou anticolinérgicos não demonstraram eficácia. Um diagnóstico precoce é fundamental, sendo imperioso manter uma supervisão médica dos doentes em hospital de dia.

# SPONSORS





Associação  
Portuguesa  
de Urologia

## SECRETARIADO CIENTÍFICO

R. Nova do Almada, 95 - 3ªA - 1200-288 Lisboa

☎ +351 21 324 35 90

✉ [apurologia@mail.telepac.pt](mailto:apurologia@mail.telepac.pt)

🌐 [www.apurologia.pt](http://www.apurologia.pt)

## SECRETARIADO **DIVENTOS**

R. da Paz, nº 66, 2º andar, sala 2.4, 4050-461 Porto

☎ 351 22 607 62 90

✉ [geral@diventos.com](mailto:geral@diventos.com)

🌐 [www.diventos.com](http://www.diventos.com)